

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Censita in PsycINFO e Elsevier Nursing Database EMcare



GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Vol. 37
N. 3 • 2017

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Censita in PsycINFO e Elsevier Nursing Database EMcare



GIORNALE DI
NEUROPSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Direzione

Direttore Editoriale

Antonella Costantino (Presidente SINPIA)

Direttore Scientifico

Antonella Costantino

Comitato di Redazione

Vice-Presidente

Giovanni Cioni

Responsabili delle Sezioni Scientifiche

Elisa Fazzi (Riabilitazione)

Franco Nardocci (Epidemiologia e Servizi)

Renzo Guerrini (Neurologia)

Rocco Farruggia (Psichiatria)

Roberta Penge (Neuropsicologia)

Associati

Mauro Camuffo

Oliviero Fuzzi

Maria Pia Legge

Vincenzo Leuzzi

Massimo Molteni

Annalisa Monti

Nardo Nardocci

Paolo Stagi

Alessandro Zuddas

Segreteria Scientifica

Carmela Bravaccio (Napoli)

Comitato di Consulenza - Advisory board

Massimo Ammaniti

Catherine Barthelemy

Ernesto Caffo

Filippo Calamoneri

Giampaolo Cantore

Carlo Cianchetti

David Cohen

Paolo Curatolo

Bernardo dalla Bernardina

Antonio Federico

Giuseppe Gobbi

Vincenzo Guidetti

Mario Maj

Gabriele Masi

Giovanni Neri

M. Antonio Persico

Armido Rubino

Cirillo Sossio

Hans-Christoph Steinhausen

Benedetto Vitiello

Copyright by

Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

Edizione

Pacini Editore Srl

Via Gherardesca, 1 - 56121 Pisa

Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300

info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Direttore Responsabile: Patrizia Alma Pacini

Rivista stampata su carta TCF (Total Chlorine Free)
e verniciata idro.

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Vol. 37
N. 3 • 2017



Indice • Contents

ARTICOLI ORIGINALI / ORIGINAL ARTICLES

- La valutazione dello sviluppo lessicale attraverso la scala *Language Development Survey* in un campione di bambini tra i 18 e i 36 mesi
The assessment of lexical development through the Language Development Survey in a sample of 18-36 months children
A. FRIGERIO, M.E.SALI, P. SPATARO, E. LONGOBARDI, L. RESCORIA pag. 155
- La percezione della qualità delle cure erogate nei servizi di riabilitazione italiani per bambini con paralisi cerebrale: risultati di uno studio osservazionale multicentrico
Perceived quality of care in the Italian rehabilitation services for children with cerebral palsy: results from a multicenter observational study
A. MOLINARO, E. FEDRIZZI, S. CALZA, J. GALLI, E. FAZZI, GRUPPO ITALIANO PARALISI CEREBRALE INFANTILE (GIPCI) » 166
- Uno studio clinico sulla sessualità infantile
A clinical study concerning child sexuality
D. NOTARI, M. FABRIS, C. LONGONBARDI, S. RACALBUTO, F. SIAS, C. BAIETTO » 178
- La gestione dell' "emergenza psichiatrica": l'esperienza ospedaliera dell'Unità di Psichiatria Infantile di Padova
Managing "psychiatric emergency": the hospital experience of Pediatric Psychiatric unit in Padua
L. ZILLI, A. TRAVERSO, E. TOFFOLI, V. MORAO, B. BOLZONELLA, F. SCARABEL, C. BERTOSSI, M.F. PELIZZA, A. RAMPAZZO, P.A. BATTISTELLA, S. ZANATO » 185

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO / REVIEW

- Attività e utenza di un servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: verifica dopo 10 anni
Activities and users of a local service of Child and Adolescent Neuropsychiatry: occurs after 10 years
M. CAMUFFO, S. DEI » 190
- Indice del Volume 37, 2017 » 202
- Ringraziamento ai Revisori » 206
- Istruzioni per gli Autori » 207

LA VALUTAZIONE DELLO SVILUPPO LESSICALE ATTRAVERSO LA SCALA LANGUAGE DEVELOPMENT SURVEY IN UN CAMPIONE DI BAMBINI TRA I 18 E I 36 MESI

The assessment of lexical development through the Language Development Survey in a sample of 18-36 months children

A. Frigerio¹, M.E. Sali¹, P. Spataro², E. Longobardi², L. Rescorla³

¹ IRCCS Eugenio Medea, Bosisio Parini, Lecco; ² Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma; ³ Bryn Mawr College, Bryn Mawr, PA, USA

RIASSUNTO

Il presente studio ha valutato lo sviluppo lessicale di 518 bambini monolingui e 105 bambini figli di migranti, di età compresa tra i 18 e i 35 mesi, attraverso la scala Language Development Survey (LDS), e l'associazione tra sviluppo lessicale e problemi emotivo-comportamentali, tramite la *Child Behavior Checklist 1 ½-5* (CBCL/ 1 ½-5), in un campione più piccolo di 96 partecipanti. Sono emerse differenze legate al genere, all'età e alla condizione di bilinguismo, ma non in base al livello socio-economico. Vengono, inoltre, presentati i valori normativi per il campione italiano. È emersa, infine, solo una correlazione negativa significativa tra ampiezza del vocabolario e problemi attentivi e di iperattività. In sintesi, i risultati di questo studio sono globalmente in linea con la letteratura e consentono l'impiego della versione italiana della scala LDS per identificare precocemente i bambini che presentano un ritardo dello sviluppo lessicale.

INTRODUZIONE

I problemi di linguaggio costituiscono una delle principali ragioni che spingono i genitori di bambini in età prescolare a richiedere un aiuto professionale. Tali problemi possono essere secondari a un ritardo evolutivo o a un disturbo dello spettro autistico; tuttavia, esiste una percentuale piuttosto elevata di bambini, fino al 20%^{1,2}, che presentano un ritardo nel vocabolario espressivo non dovuto ad altre patologie. Si tratta di bambini, definiti *late talkers*, che hanno un vocabolario inferiore alle 50 parole all'età di 24 mesi oppure ottengono un punteggio inferiore al quindicesimo

SUMMARY

The present study has investigated lexical development in 518 monolingual and 105 bilingual children, aged 18-35 months, through the Language Development Survey (LDS), and the association between lexical development and emotional-behavioral problems, through the Child Behavior Checklist 1 ½-5 (CBCL/ 1 ½-5), in a smaller sample of 96 participants. Differences related to gender, age and bilingualism, but not to socioeconomic status, were found. Normative data related to the Italian sample are also presented. Last, only a significant negative correlation between vocabulary size and attention-hyperactivity problems emerged. To sum up, the results of this study are generally in line with the literature and allow to use the Italian LDS version in order to promptly identify children who show a delay in lexical development.

percentile in test standardizzati^{3,4}. Sebbene molti di questi bambini sembrano mostrare un recupero entro i 4 anni di vita, diversi studi longitudinali indicano come il ritardo nel vocabolario espressivo possa trasformarsi in un disturbo specifico del linguaggio – sia recettivo che espressivo – durante e oltre l'età scolare. Inoltre, anche nei casi in cui i *late talkers* ottengano dei punteggi nelle prove di linguaggio che si collocano nel range della norma entro l'età scolare, le loro prestazioni in questi compiti sono significativamente più basse rispetto a quelle dei pari con sviluppo tipico del linguaggio⁵⁻⁷. Pertanto, è molto importante identificare i *late talkers*, al fine di determinare se il ritardo

PAROLE CHIAVE

Linguaggio - Screening - Prescolari - Bilinguismo - Norme

KEY WORDS

Language - Screening - Preschoolers - Bilingualism - Norms

del linguaggio espressivo sia secondario a un'altra condizione patologica e decidere se sia necessario un intervento precoce.

Le scale più utilizzate per identificare i *late talkers*, basate sul resoconto dei genitori, sono il *MacArthur-Bates Communicative Development Inventory* (CDI) ⁸ e il *Language Development Survey* (LDS) ³. Il CDI, conosciuto nella versione italiana come il "Primo Vocabolario del Bambino" ^{9,10}, è composto da 680 parole ed è stato costruito per ottenere un quadro dettagliato sulle abilità lessicali e grammaticali nei bambini di età compresa tra 18 e 36 mesi. Diversi studi hanno dimostrato che il CDI possiede ottime caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità (e.g. ¹¹). La scala LDS, composta da 310 parole, è stata sviluppata allo scopo di avere uno strumento pratico ed efficace per identificare il ritardo nel linguaggio espressivo in bambini di età compresa tra i 18 e i 35 mesi. Diversi studi hanno evidenziato come la scala LDS, oggetto del presente studio, non sia soltanto un questionario veloce e facile da compilare, ma anche uno strumento valido e affidabile ¹²⁻¹⁴. Anche la versione italiana della scala LDS ha mostrato una buona affidabilità test-retest e un elevato indice di validità concorrente ¹⁵.

Molti studi basati sul LDS, così come sul CDI, hanno mostrato in modo costante una elevata variabilità individuale nell'ampiezza di vocabolario, incrementi significativi associati all'età, e differenze consistenti legate al genere, a vantaggio delle bambine ^{11,13,16-18}. Diversi studi hanno, inoltre, evidenziato come i bambini appartenenti a un basso livello socioeconomico abbiano più frequentemente punteggi più bassi alle prove di vocabolario rispetto ai bambini provenienti da livelli socioeconomici medio-alti (e.g. ³); tuttavia, questa associazione non è stata confermata in altri studi (e.g. ¹⁹).

Pochi studi hanno esaminato lo sviluppo del linguaggio espressivo nei bambini i cui genitori parlano una lingua diversa da quella del paese in cui la famiglia vive. A seguito della crescente ondata migratoria in Italia, un numero molto elevato di bambini provenienti da famiglie immigranti frequenta gli asili nido e impara l'italiano. In costante aumento è anche l'utenza straniera ai servizi di Neuropsichiatria infantile ²⁰. Di conseguenza, è importante aumentare le nostre

conoscenze in merito all'impatto del bilinguismo sull'apprendimento della lingua italiana in modo da identificare tempestivamente i bambini figli di genitori immigrati che possono presentare delle difficoltà e che, conseguentemente, necessitano di una valutazione più accurata e di un intervento. Per quello che ci risulta, nessuno studio ha confrontato finora lo sviluppo linguistico dei bambini monolingui e bilingui attraverso la scala LDS.

Inoltre, alcuni studi sulla presenza di problemi emotivo-comportamentali nei bambini che manifestano un ritardo di linguaggio hanno messo in luce un'associazione significativa tra queste due tipologie di problemi evolutivi in età prescolare (e.g. ²¹); tuttavia, altri studi – tra cui quelli che hanno utilizzato la scala LDS in popolazioni non cliniche – non hanno confermato questa relazione (e.g. ¹⁷). Per quello che ci risulta, nessuno studio ha finora esaminato la possibile associazione tra ritardo del linguaggio e problemi emotivo-comportamentali in un campione italiano di bambini di età inferiore a 3 anni.

In un nostro precedente studio ¹⁵, abbiamo utilizzato la versione italiana del LDS per confrontare lo sviluppo lessicale di un campione di bambini italiani con quello di un campione di bambini americani, riscontrando diverse somiglianze nell'acquisizione delle due lingue. Il campione era costituito da 398 bambini monolingui, di età compresa tra i 18 e i 35 mesi, reclutati attraverso gli asili nido di due province del Nord Italia e di Roma. Tuttavia, Rescorla e colleghi ¹⁵ avevano escluso dal campione 101 bambini, figli di immigranti, i cui genitori avevano compilato la scala LDS. Nel presente studio sono stati inclusi i bambini figli di genitori migranti ed è stato aggiunto un gruppo di bambini provenienti dal Sud Italia, allo scopo di migliorare la rappresentatività del campione dal punto di vista geografico.

Gli obiettivi principali di questo studio sono i seguenti: a) valutare l'effetto di variabili socio-demografiche (sesso, età, livello socioeconomico) e della condizione linguistica (monolingue vs bilingue) sullo sviluppo linguistico in termini di ampiezza del vocabolario e lunghezza media delle frasi; b) esaminare la prevalenza dei *late talkers* nel campione di bambini monolingui e bilingui; c) fornire i dati normativi per la scala LDS relativamente al campione italiano; d) analizzare

l'associazione tra problemi emotivo-comportamentali e problemi di linguaggio.

METODI

Partecipanti

Il campione è costituito da bambini di età compresa tra i 18 e i 35 mesi che frequentavano, al momento della ricerca, gli asili nido comunali (n = 23) di Monza Brianza ed Erba (Nord), Roma (Centro) e Potenza (Sud). La scelta di effettuare il campionamento all'interno degli asili pubblici risponde alla necessità di avere la più ampia rappresentatività possibile dei diversi livelli socioeconomici. Ai genitori di ciascun bambino è stata consegnata una busta contenente una lettera informativa, il modulo di consenso informato e la scala LDS da compilare a casa; un ricercatore si recava a scuola per ritirare le buste compilate a distanza di circa una settimana dalla consegna.

Nelle 3 diverse aree geografiche di provenienza sono state compilate dai genitori (nella quasi totalità dei casi dalle madri) 325 scale LDS su 404 distribuite al Nord (response rate: 80%), 175 su 233 distribuite al Centro (response rate: 75%), e 125 su 153 distribuite al Sud (response rate: 81%). Il campione totale è così costituito da 624 partecipanti (un soggetto è stato

escluso dal campione per dati incompleti), di cui 105 (17%) stranieri. Un numero significativamente elevato di bambini stranieri proveniva dal Nord (n = 87), mentre solo 15 provenivano dal Centro e 3 dal Sud Italia. Le lingue straniere più frequentemente parlate erano lo spagnolo, il rumeno e l'arabo al Nord, il rumeno e il polacco al Centro, e l'albanese, il russo e il polacco al Sud.

Nella Tabella I è riportata la distribuzione dei due campioni (monolingue e bilingue) in base al genere, alle 3 fasce di età (18-23, 24-29 e 30-35 mesi ²²), e al livello socioeconomico (SES), calcolato utilizzando il sistema di classificazione di Hollingshead ²³. Tale sistema prevede l'attribuzione di un punteggio compreso tra 0 e 90, in base all'occupazione più quotata tra quelle dei due genitori: punteggi tra 70 e 90 corrispondono a un livello socio-economico alto, punteggi tra 40 e 60 a un livello medio e punteggi tra 0 e 30 a un livello basso. Nel campione monolingue, la distribuzione dei partecipanti in base al genere ($\chi^2(2) = 0,31$; $p = ,86$) e all'età ($\chi^2(4) = 6,98$; $p = ,14$) non differiva nelle 3 diverse aree geografiche, mentre è emersa una differenza statisticamente significativa rispetto al SES ($\chi^2(4) = 17,91$; $p = ,001$). Come riportato in Tabella I, la percentuale più elevata di famiglie appartenenti a un basso livello economico

TAB. I. Caratteristiche socio-demografiche.

	Monolingui						Bilingui			
	Lecco-Erba (n = 238)		Roma (n = 160)		Potenza (N = 121)		Totale (N = 519)		Totale (N = 105)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Genere										
Maschi	125	52,5	84	52,5	67	55,4	276	53,2	55	52,4
Femmine	113	47,5	76	47,5	54	44,6	243	46,8	50	47,6
Età										
18-23 mesi	70	29,4	45	28,1	46	38,0	161	31,0	22	21,0
24-29 mesi	92	38,7	51	31,9	37	30,6	180	34,7	41	39,0
30-35 mesi	76	31,9	64	40,0	37	30,6	177	34,1	42	40,0
SES										
Basso	24	10,1	36	22,5	20	16,5	80	15,0	43	48,3
Medio	128	53,8	83	51,9	46	38,0	257	49,5	26	29,2
Alto	75	31,5	41	25,6	47	38,8	163	31,4	20	22,5

riguardava il campione del Centro (22,5%), quella più bassa il campione del Nord (10,1%), mentre il campione del Sud (16,5%) aveva una percentuale intermedia. Non sono stati effettuati confronti tra le variabili socio-demografiche e l'area di provenienza nel campione bilingue, alla luce della ridotta numerosità dei partecipanti di origine straniera al Centro e al Sud-Italia.

I due campioni monolingue e bilingue non differivano tra loro rispetto al genere ($\chi^2(1) = 0,02$; $p = ,48$) e all'età ($\chi^2(2) = 4,35$; $p = ,11$), ma differivano in base al livello socioeconomico ($\chi^2(2) = 48,01$; $p < ,001$). Come riportato in Tabella 1, i partecipanti di origine straniera appartenevano più frequentemente al livello socio-economico più basso (48,3%) ed erano meno rappresentati nella fascia socioeconomica media (22,5%).

Inoltre, all'interno del campione monolingue, il 10% dei partecipanti ($n = 52$) ha riportato una familiarità per le difficoltà linguistiche e il 6% ($n = 32$) dei genitori ha espresso preoccupazioni rispetto allo sviluppo linguistico. Non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto alla familiarità nelle tre aree geografiche, mentre è stata riscontrata una maggiore tendenza dei genitori del Sud a esprimere preoccupazioni in merito allo sviluppo linguistico ($\chi^2(2) = 7,98$; $p = ,02$). All'interno del campione bilingue, 9 (8%) e 10 (9%) partecipanti hanno riportato, rispettivamente, familiarità per le difficoltà linguistiche e preoccupazioni rispetto allo sviluppo linguistico.

Infine, le madri di 104 partecipanti del campione del Nord, equamente distribuiti in base al genere (60 maschi) e alle 3 fasce d'età (18-23 mesi: $n = 27$; 24-29 mesi: $N = 43$; 30-35 mesi: $N = 34$) hanno compilato la scala *Child Behavior Checklist/ 1 1/2-5* (CBCL/1 1/2-5)²², a distanza di una settimana dalla compilazione del LDS. Sono stati esclusi dal campione 9 partecipanti bilingui, a causa dell'esiguo numero di CBCL/ 1 1/2-5 compilate.

Misure

La scala sullo sviluppo del linguaggio 18-35 mesi (LDS). La scala LDS è composta da due parti principali: 1) un elenco formato da 310 parole divise in 14 categorie semantiche (cibi, animali, persone, veicoli, azioni ecc.); al genitore viene chiesto di mettere una

crocetta accanto a ciascuna parola pronunciata spontaneamente dal proprio bambino e di riportare altre parole pronunciate dal figlio e non riportate nell'elenco, e 2) una sezione dove è richiesto al genitore di indicare le frasi migliori e più lunghe formulate dal loro bambino. A ciascuna parola indicata dal genitore viene assegnato il punteggio di 1; nel punteggio totale di vocabolario vengono anche conteggiate le parole (fino a un massimo di 5) aggiunte dal genitore (max punteggio = 315 parole). La lunghezza media delle frasi viene calcolata in base al numero totale di parole riportate nelle frasi considerate valide diviso per il numero totale di frasi (massimo 5) considerate valide. Le frasi composte da un duplicato della stessa parola (es. "ciao ciao") non vengono considerate valide. Se il genitore indica che il bambino non combina parole in frasi, viene assegnato un punteggio di 1.

L'adattamento italiano della scala LDS è stato curato da uno degli autori (AF) e da una sua collega (Valentina Pastore); ciascun item è stato poi discusso con due altri autori del presente lavoro (LR, autrice della scala, ed EL) al fine di valutare la sua inclusione o sostituzione. Il lavoro di adattamento ha comportato la sostituzione di 17 parole in base a ragioni di tipo culturale o perché, nella lingua italiana, si utilizza la stessa parola per due diverse parole in inglese. Ad esempio, nel primo caso, alcune parole utilizzate poco frequentemente nel vocabolario italiano (es. *hot dog*) sono state sostituite con altre più utilizzate appartenenti alla stessa categoria semantica (es. *panino*); nel secondo caso, parole come *boy* e *girl* sono state unite in un unico item (ragazzo/a) ed è stata aggiunta un'altra parola appartenente alla stessa categoria semantica (fratello). Per una descrizione più dettagliata del lavoro di adattamento si rimanda il lettore all'articolo di Rescorla et al.¹⁵.

La validità test-retest della versione italiana dell'LDS è stata esaminata somministrando una seconda volta, a distanza di una settimana dalla prima somministrazione, la scala a 66 partecipanti di due asili del Nord. È emersa una correlazione pari a .96 per la scala "ampiezza di vocabolario" e uguale a .88 per la scala "lunghezza media delle frasi". La validità concorrente è stata misurata attraverso la compilazione della versione italiana del CDI: WS 9 in un sottogruppo ($n = 160$) di partecipanti del Centro dopo circa

TAB. II. Punteggi medi e DS alle scale ampiezza di vocabolario e lunghezza media delle frasi in base al genere e alla fascia d'età, e al SES nei due campioni (monolingui e bilingui).

Scale LDS	Monolingui		Bilingui	
	M (DS)	N	M (DS)	N
Ampiezza di vocabolario				
<i>Maschi</i>				
18-23 mesi	67,03 (62,96)	92	45,07 (54,36)	15
24-29 mesi	172,41 (82,53)	96	117,95 (88,72)	20
30-35 mesi	234,30 (59,73)	87	174,35 (79,33)	20
Totale	157,16 (97,52)	276	118,58 (91,67)	55
<i>Femmine</i>				
18-23 mesi	84,72 (70,59)	69	80,57 (85,94)	7
24-29 mesi	203,43 (67,31)	84	165,76 (82,40)	21
30-35 mesi	249,90 (61,53)	89	205,64 (91,43)	22
Totale	186,67 (94,33)	242	171,38 (94,75)	50
SES				
Basso	165,91 (96,71)	80	162,81 (91,75)	43
Medio	172,17 (97,33)	256	152,15 (103,81)	26
Alto	175,43 (96,33)	162	140,10 (80,48)	20
Lunghezza media frasi				
<i>Maschi</i>				
18-23 mesi	1,64 (0,92)	92	1,62 (0,91)	15
24-29 mesi	3,21 (1,58)	95	2,92 (1,85)	19
30-35 mesi	4,82 (1,99)	85	3,90 (2,08)	19
Totale	3,19 (2,00)	273	2,90 (1,93)	53
<i>Femmine</i>				
18-23 mesi	2,05 (1,09)	69	2,07 (1,22)	6
24-29 mesi	4,17 (1,81)	83	2,81 (1,00)	20
30-35 mesi	5,39 (2,25)	87	4,42 (2,12)	22
Totale	4,00 (2,26)	239	3,45 (1,85)	48
SES				
Basso	3,25 (1,68)	80	3,57 (1,82)	42
Medio	3,65 (2,33)	253	3,27 (2,33)	26
Alto	3,70 (2,13)	160	2,95 (1,55)	19

una settimana dalla compilazione del LDS. È emersa una correlazione pari a .90 per quanto riguarda la scala "ampiezza di vocabolario" e pari a 0,83 per la scala "lunghezza media delle frasi".

Child Behavior Checklist/1½-5. Si tratta di un questionario²² compilato dai genitori che permette di valutare i problemi emotivo-comportamentali occorsi negli ultimi 2 mesi in bambini di età compresa tra 1½ e 5 anni.

È composto da 99 item valutati su una scala a tre livelli (0 = non vero; 1 = in parte o qualche volta vero; 2 = molto vero o spesso vero). Il questionario fornisce punteggi relativi a sette scale empiriche (Reattività Emotiva, Ansia/Depressione, Lamentele Somatiche, Ritiro, Problemi del Sonno, Problemi Attentivi, Comportamento Aggressivo), due scale globali ad ampio spettro (Esternalizzazione e Internalizzazione) e una scala Totale dei Problemi. Tale strumento consente, inoltre, una valutazione del comportamento infantile in base a cinque scale "DSM-oriented": Problemi Affettivi, Problemi d'Ansia, Problemi Pervasivi dello Sviluppo, Problemi di Iperattività/Deficit di Attenzione, Problemi di Oppositività/Provocazione. Nel presente studio abbiamo impiegato la versione italiana della CBCL/1 ½-5, autorizzata dagli autori, che ha mostrato una buona affidabilità anche nel nostro contesto²⁴.

RISULTATI

Effetto dei fattori socio-demografici sullo sviluppo lessicale

In Tabella II, sono riportati i punteggi medi e le DS alla scala "ampiezza di vocabolario" e "lunghezza media delle frasi" nei due campioni (monolingue e bilingue), suddivisi in base al sesso e alle tre fasce d'età, e al SES. Le ampie DS indicano una grande variabilità nei punteggi delle due scale in entrambi i campioni. Una ANCOVA 2 (condizione linguistica: monolingui vs bilingui) × 2 (genere: maschi vs femmine) × 3 (età: 18-23, 24-29, 30-35 mesi), con il SES come covariata, sui punteggi alla scala "ampiezza di vocabolario" ha evidenziato effetti principali significativi legati alla condizione linguistica [$F(1,573) = 6,41$, $p = ,01$, $\eta_p^2 = ,01$], al genere [$F(1,573) = 6,33$, $p = ,01$, $\eta_p^2 = ,01$] e all'età [$F(2,573) = 50,36$, $p < ,001$, $\eta_p^2 = ,15$], a vantaggio rispettivamente dei bambini monolingui, delle femmine e dei bambini più grandi. Similmente, sono emersi effetti significativi legati alla condizione linguistica [$F(1,566) = 3,70$, $p = ,05$, $\eta_p^2 = ,01$] e all'età [$F(2,566) = 40,14$, $p < ,001$, $\eta_p^2 = ,12$] anche sui punteggi alla scala "lunghezza media delle frasi", nella stessa direzione, ma non legati al genere [$F(1,566) = 1,02$, $p = ,31$, $\eta_p^2 < ,01$]. Nessuna delle due analisi ha mostrato un effetto del SES o interazioni significative tra le variabili

indipendenti sui punteggi alle due scale del LDS.

È stata infine effettuata un'analisi ANOVA per verificare l'effetto dell'area (Nord - Centro - Sud) sui punteggi alle 2 scale, soltanto nel campione di bambini monolingui (a causa della ridotta numerosità dei bambini bilingui al Centro e al Sud). È emerso un effetto significativo, sebbene di dimensioni ridotte, legato all'area geografica sui punteggi sia alla scala "ampiezza di vocabolario" [$F(2, 515) = 3,34$; $p = ,04$, $\eta_p^2 = ,01$], sia alla scala "lunghezza media delle frasi" [$F(2,509) = 4,59$; $p = ,01$, $\eta_p^2 = ,02$]; più precisamente, l'analisi *post hoc* di Bonferroni ha mostrato che i bambini del Sud ottenevano punteggi mediamente più bassi dei bambini del Nord in entrambe le scale (Ampiezza di vocabolario: Media = 151,55, DS = 97,09 vs Media = 179,10, DS = 96,42; $p = ,03$; Lunghezza media delle frasi: Media = 3,13, DS = 1,85 vs Media = 3,85, DS = 2,46; $p = ,009$).

Bambini *late talkers* che imparano l'italiano

Utilizzando il criterio delle 50 parole per definire il ritardo nell'acquisizione del vocabolario in bambini di età compresa tra 24 e 35 mesi^{3,4}, il 4.5% ($n = 16$) dei bambini monolingui e il 14.5% ($n = 12$) dei bambini bilingui presentava un ritardo nello sviluppo lessicale, evidenziando così un'associazione statisticamente significativa tra ritardo del linguaggio espressivo e bilinguismo ($\chi^2(1) = 11,19$, $p = ,002$). In entrambi i campioni, la maggior parte dei *late talkers* era di genere maschile ($n = 14/16$ dei monolingui e $n = 8/12$ dei bilingui), sebbene solo nel campione di bambini monolingui l'associazione tra le due variabili raggiungeva la significatività statistica ($\chi^2(1) = 8,74$, $p < ,01$).

Dati normativi

Nella Tabella III sono riportati il range di punteggi (numero di parole e media delle parole combinate) e i percentili corrispondenti alla scala "ampiezza di vocabolario" e "lunghezza media delle frasi", divisi in base al genere e all'età, per il campione monolingue. Per quanto riguarda la scala "lunghezza media delle frasi" sono riportati i valori a partire dalla fascia 24-29 mesi, in linea con i dati americani. Punteggi inferiori o uguali al 15° percentile alla scala "ampiezza di vocabolario", e inferiori o uguali al 20° percentile

TAB. III. Punteggi percentili per le 2 scale LDS nel campione monolingue, suddiviso in base al genere e alle fasce d'età.

Percentili	Ampiezza di vocabolario						Lunghezza media delle frasi			
	18-23 mesi		24-29 mesi		30-35 mesi		24-29 mesi		30-35 mesi	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
> 85	151-315	168-315	265-315	280-315	288-315	306-315	> 4,40	> 5,54	> 7,00	> 7,60
85	122-150	139-167	247-264	268-279	284-287	303-305	4,17-4,40	5,41-5,54	6,37-7,00	6,69-7,60
80	102-121	112-138	241-246	259-267	270-283	298-302	4,01-4,16	4,81-5,40	6,01-6,36	6,21-6,68
75	95-101	102-111	229-240	251-258	269	293-297	3,81-4,00	4,61-4,80	5,61-6,00	6,01-6,20
70	88-94	93-101	220-228	243-250	265-268	286-292	3,49-3,80	4,47-4,60	5,21-5,60	5,65-6,00
65	68-87	77-92	211-219	237-242	263-264	280-285	3,37-3,48	4,01-4,46	4,93-5,20	5,61-5,64
60	50-67	71-76	196-210	223-236	257-262	276-279	3,21-3,36	4,00	4,81-4,92	5,29-5,60
55	42-49	63-70	188-195	218-222	253-256	267-275	3,20	3,81-4,00	4,61-4,80	4,81-5,28
50	38-41	58-62	172-187	209-217	246-252	264-266	3,01-3,20	3,61-3,80	4,41-4,60	4,57-4,80
45	30-37	54-57	148-171	188-208	238-245	257-263	2,89-3,00	3,60	4,01-4,40	4,41-4,56
40	26-29	41-53	136-147	172-187	225-237	244-256	2,61-2,88	3,45-3,60	4,00	4,37-4,40
35	22-25	36-40	121-135	161-171	215-224	229-243	2,49-2,60	3,41-3,44	3,77-4,00	4,09-4,36
30	18-21	33-35	114-120	151-160	204-214	223-228	2,21-2,48	3,01-3,40	3,31-3,76	3,81-4,08
25	13-17	26-32	102-113	146-150	196-203	217-222	2,01-2,20	2,81-3,00	3,21-3,30	3,61-3,80
20	11-12	23-25	82-101	136-145	187-195	199-216	1,00-2,00	1,00-2,80	1,00-3,20	1,00-3,60
≤ 15	0-10	0-22	0-81	0-135	0-186	0-198				

alla scala "lunghezza media delle frasi", possono essere considerati indicativi di un ritardo dello sviluppo lessicale ²².

Sviluppo lessicale e problemi emotivo-comportamentali

L'associazione tra sviluppo lessicale e problemi emotivo-comportamentali è stata analizzata attraverso 30 correlazioni (15 scale CBCL/ 1 ½ -5 × 2 scale LDS). Non sono emerse correlazioni statisticamente significative tra i punteggi alla scala "ampiezza di vocabolario" e i punteggi: a) alle scale empiriche, ad eccezione della scala "Problemi Attentivi" ($r = -,30$; $p = ,004$), b) alle scale di Internalizzazione ed Esternalizzazione; c) alla scala Totale dei problemi e d) alle scale DSM-oriented, a eccezione della scala "Problemi di Iperattività/Deficit di Attenzione" ($r = -,33$; $p = ,001$). Parimenti, non è emersa alcuna correlazione significativa tra i punteggi alla scala "lunghezza media delle frasi" e i punteggi alle 15 scale della CBCL/ 1 ½-5.

In Tabella IV sono, infine, riportate le medie e le DS dei punteggi alle scale empiriche, globali e DSM-oriented della CBCL/1½-5 nel campione suddiviso in base alla presenza o meno di un ritardo nell'acquisizione del linguaggio (*late talkers vs non late*

talkers) e nel campione totale. L'analisi ANOVA univariata non ha mostrato alcun effetto statisticamente significativo della condizione *late talkers* sui problemi emotivo-comportamentali, a eccezione della scala dei "Problemi di Iperattività/Deficit di Attenzione", dove i bambini *late talkers* ottenevano punteggi medi significativamente più elevati dei loro coetanei con sviluppo tipico del linguaggio ($F = 4,26$; $p = ,04$).

DISCUSSIONE

Il presente studio ha indagato lo sviluppo lessicale in un ampio campione di bambini monolingui e in un campione di bambini, figli di migranti, che imparano l'italiano, attraverso la versione italiana della scala LDS. Lo scopo principale era quello di contribuire alla standardizzazione dello strumento, di cui abbiamo già testato l'affidabilità e la validità nel contesto italiano ¹⁵, e di valutare l'effetto dei fattori socio-demografici e comportamentali sullo sviluppo lessicale dei bambini di età inferiore ai tre anni.

In linea con le attese, sono emerse ampie differenze individuali nell'acquisizione del vocabolario e nella composizione delle frasi, per i bambini della stessa fascia d'età, in entrambi i campioni ^{16 17}. Tuttavia, i

TAB. IV. Punteggi medi e DS alle scale della CBCL ½-5 nel campione totale e suddiviso in *late talkers* e *non late talkers*.

Scale CBCL ½-5	<i>Non late talkers</i> (n = 78)	<i>Late talkers</i> (n = 17)	Campione totale (n = 95)
	M (DS)	M (DS)	M (DS)
Scale empiriche			
Reattività emotiva	1,81 (1,66)	1,76 (1,68)	1,80 (1,65)
Ansia/depressione	2,12 (1,65)	2,76 (2,31)	2,23 (1,79)
Lamentele somatiche	1,68 (1,74)	1,71 (1,86)	1,68 (1,75)
Ritiro	1,01 (1,27)	1,65 (2,06)	1,13 (1,45)
Problemi del sonno	2,73 (2,56)	2,65 (2,26)	2,72 (2,50)
Problemi attentivi	2,41 (1,90)	3,29 (2,42)	2,57 (2,02)
Comp. aggressivo	8,77 (4,81)	8,71 (6,17)	8,76 (5,05)
Esternalizzazione	11,18 (6,30)	12,00 (8,33)	11,33 (6,66)
Internalizzazione	6,62 (4,73)	7,88 (6,59)	6,84 (5,09)
Totale problemi.	28,72 (15,40)	32,71 (22,71)	29,43 (16,87)
Scale DSM-oriented			
Probl. affettivi	1,76 (1,82)	2,24 (2,44)	1,84 (1,94)
Probl. d'ansia	2,78 (2,01)	3,06 (2,41)	2,83 (2,08)
Probl. pervasivi dello sviluppo	2,40 (2,29)	2,94 (2,49)	2,49 (2,32)
Probl. iperattività/deficit di attenzione	4,82 (2,58)	6,35 (3,56)	5,09 (2,82)
Probl. oppositività/provocazione	2,26 (1,78)	1,94 (1,71)	2,20 (1,77)

bambini monolingui hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati sia alla scala "ampiezza di vocabolario" sia alla scala "lunghezza media delle frasi", indipendentemente dal genere e dall'età, rispetto ai bambini bilingui. Sebbene la dimensione dell'effetto legato a una più lenta acquisizione della lingua italiana nei bilingui sia modesto, questo risultato conferma i dati di altri studi condotti in questo ambito, attraverso l'utilizzo della scala LDS, in paesi di lingua inglese¹⁷. Anche una recente ricerca italiana di Onofrio e colleghi²⁰ sullo sviluppo della lingua italiana valutato attraverso il CDI (nella versione Italiana del Primo Vocabolario del Bambino, PVB), in un campione di 47 bambini bilingui, riporta un'ampiezza di vocabolario e un numero di frasi prodotte inferiori rispetto a quanto atteso in base all'età cronologica. Va, inoltre, evidenziato come le maggiori difficoltà legate allo sviluppo lessicale dei bilingui, rispetto ai monolingui, si riflettano anche sulle percentuali di bambini che mostrano un ritardo linguistico. Nello specifico, i nostri dati indicano che una percentuale pari al 14,5% di bambini figli di genitori migranti ave-

va, tra i 24 e i 35 mesi, un vocabolario inferiore alle 50 parole. Sebbene tale percentuale risulti quasi triplicata in confronto a quella (pari a 4,5%) dei bambini *late talkers* monolingui, la grande eterogeneità della popolazione bilingue e la sua maggiore appartenenza a un basso livello socio-economico, unitamente alla mancanza di dati epidemiologici di riferimento, suggeriscono estrema cautela nell'interpretazione di questo dato. Di conseguenza, sono necessari ulteriori studi per comprendere meglio se le differenze tra lo sviluppo lessicale, misurato attraverso la scala LDS, dei bambini italiani e dei bambini figli di migranti siano stabili e se vi sia la necessità di avere norme specifiche per quest'ultimi.

Il nostro studio conferma, inoltre, come lo sviluppo lessicale dei bambini sia fortemente influenzato dall'età e, in misura ridotta, dal genere^{11 13 16-18}. A quest'ultimo riguardo, va sottolineato come i bambini abbiano ottenuto punteggi significativamente più bassi delle bambine alla scala "ampiezza di vocabolario", oltre ad essere più frequentemente rappresentati tra i *late talkers*. A differenza di altri studi (e.g.^{3 17 25}), ma in linea con altri

(e.g. ¹⁹), non abbiamo trovato un effetto significativo legato al livello socio-economico sia sull'ampiezza di vocabolario sia sulla lunghezza media delle frasi in entrambi i campioni. È possibile che il nostro risultato sia da mettere in relazione con la composizione del campione, principalmente formato da famiglie appartenenti a un livello socio-economico medio-alto per quanto riguarda i monolingui, e con la relativa esiguità numerica dei partecipanti bilingui. Va, tuttavia, rilevato che il campione di bambini del Sud-Italia, caratterizzato da un più basso livello socio-economico, otteneva punteggi significativamente più bassi rispetto al campione di bambini del Nord-Italia in entrambe le scale LDS.

Per quanto riguarda i dati normativi riferiti al campione italiano, sulla base dei risultati ottenuti in questo studio, sono state costruite norme distinte per genere ed età per entrambe le scale "Ampiezza di Vocabolario" e "Lunghezza Media delle Frasi"; in quest'ultimo caso, in linea con Achenbach & Rescorla ²², le norme sono state calcolate a partire dalla fascia di età tra i 24 e i 30 mesi, in quanto un numero ridottissimo di bambini era in grado di comporre frasi al di sotto dei due anni di età. Proponiamo ai clinici e ai ricercatori di usare un punteggio al di sotto del 15° percentile alla scala "Ampiezza di Vocabolario" e al di sotto del 20° percentile alla scala "Lunghezza Media delle Frasi", per identificare i bambini che mostrano delle difficoltà nello sviluppo lessicale.

Un altro risultato del nostro studio riguarda la mancanza di correlazioni statisticamente significative tra lo sviluppo lessicale e i problemi emotivo-comportamentali dei bambini monolingui. Questo dato è in linea con quanto riportato in altri studi condotti su campioni non clinici di bambini della stessa fascia di età (e.g. ^{13 17}), ma contrasta con i risultati di alcune ricerche effettuate su popolazioni cliniche di bambini più grandi (e.g. ^{26 27}). È, pertanto, possibile che il rischio di manifestare significativi problemi emotivo-comportamentali sia maggiore in presenza di un disturbo del linguaggio manifesto da più anni, in bambini che sono in carico ai servizi di Neuropsichiatria infantile. L'unica eccezione, a questo riguardo, è emersa in relazione ai problemi di disattenzione-iperattività: nello specifico, abbiamo trovato che all'aumentare di questo tipo di difficoltà corrispondeva una diminuzione dei punteggi alle scale "ampiezza di vocabolario" e "lunghezza

media delle frasi" del LDS; inoltre, i bambini *late talkers* presentavano, rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico del linguaggio, punteggi più elevati alla scala DSM-oriented dei Problemi di Iperattività/Deficit di Attenzione. Questo risultato sembra essere congruente con una robusta mole di dati che indica come i bambini con difficoltà di linguaggio abbiano un'incidenza più elevata di deficit attentivi (e.g. ²⁸), e come quelli con deficit attentivi abbiano un'incidenza più elevata di difficoltà di linguaggio, rispetto ai loro coetanei ²⁹. Similmente, uno studio recente condotto in Scozia, su un campione di popolazione generale composto da bambini di età simile a quella dei bambini del nostro campione, riporta come una percentuale piuttosto elevata (intorno al 22%) di *late talkers* presenti anche problemi di iperattività ³⁰.

I risultati della nostra ricerca hanno utili e significative implicazioni cliniche, poiché offrono la possibilità agli operatori socio-sanitari (neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti), operanti in diversi servizi, di disporre di uno strumento, affidabile e di facile utilizzo, per indagare lo sviluppo lessicale dei bambini al di sotto dei 3 anni di età, tenendo conto di norme specifiche e dei fattori – come il genere, l'età, la condizione linguistica e i problemi di attenzione iperattività – che lo possono influenzare.

Lo studio presenta, tuttavia, alcuni limiti, che debbono essere tenuti in considerazione. Primo, mancano informazioni specifiche legate al tempo di esposizione alla lingua italiana nei bambini bilingui. Più precisamente, non sappiamo quanti bambini stranieri parlino la loro lingua madre in famiglia e quanti l'italiano, sebbene tutti i bambini frequentassero gli asili nido al momento della ricerca e fossero, pertanto, quotidianamente esposti alla lingua italiana per una durata consecutiva di almeno quattro/cinque ore. Inoltre, la mancanza di informazioni sullo sviluppo lessicale inerente la lingua madre dei bilingui non consente di trarre conclusioni su un effettivo ritardo linguistico di questi bambini rispetto alla lingua di origine di uno e/o di entrambi i genitori. Secondo, i cut-off suggeriti per identificare i bambini che presentano un possibile ritardo linguistico (punteggi inferiori al 15° percentile e al 20° percentile, rispettivamente per la scala "ampiezza di vocabolario" e "lunghezza media delle frasi" ²²) non sono stati clinicamente validati nella

lingua italiana. Di conseguenza, sarebbe importante in futuro valutare i bambini che ottengono punteggi al di sotto e al di sopra dei cut-off, attraverso delle prove dirette di linguaggio, per testare la sensibilità e la specificità della scala. Terzo, i bambini sono stati selezionati solo in asili nido comunali, ma un numero non trascurabile di bambini italiani frequenta strutture private. Infine, la natura trasversale dello studio impedisce di fare inferenze in merito alla direzione di causalità dell'associazione tra problemi di attenzione-iperattività e problemi di linguaggio.

Nonostante i limiti sopra riportati, questa ricerca contribuisce ad ampliare le nostre conoscenze in merito allo sviluppo lessicale dei bambini, sia italiani che figli di migranti, in età prescolare, attraverso uno strumento valido e affidabile impiegato in un ampio campione, e fornisce dati utili agli operatori che necessitano di identificare precocemente i bambini che presentano un ritardo del linguaggio.

Bibliografia

- 1 Reilly S, Wake M, Bavin EL, et al. *Predicting language at 2 years of age: a prospective community study*. Pediatrics 2007;120:1441-9.
- 2 Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, et al. *Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors and covariates*. J Speech Lang Hear Res 2007;50:1562-92.
- 3 Rescorla L. *The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers*. J Speech Hear Disord 1989;54:587-99.
- 4 Rescorla L, Dale PS. *Late talkers. Language development, interventions and outcomes*. Baltimore: Brookes 2013.
- 5 Rescorla L. *Language and reading outcomes to age 9 in late-talking toddlers*. J Speech Lang Hear Res 2002;45:360-71.
- 6 Rescorla L. *Age 13 language and reading outcomes in late-talking toddlers*. J Speech Lang Hear Res 2005;48:459-72.
- 7 Rescorla L. *Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers: support for a dimensional perspective on language delay*. J Speech Lang Hear Res 2009;52:16-30.
- 8 Fenson L, Dale PS, Reznick JS, et al. *MacArthur communicative development inventories: user's guide and technical manual*. San Diego, CA: Singular 1993.
- 9 Caselli MC, Casadio P. *Il primo vocabolario del bambino*. Milano: FrancoAngeli 1995.
- 10 Caselli MC, Pasqualetti P, Stefanini S. *Parole e frasi nel primo vocabolario del bambino*. Milano: FrancoAngeli 2007.
- 11 Dale PS, Bates E, Reznick JS, et al. *The validity of a parent report instrument of child language at twenty months*. J Child Lang 1989;16:239-49.
- 12 Klee T, Carson DK, Gavin WJ, et al. *Concurrent and predictive validity of an early language screening program*. J Speech Lang Hear Res 1998;41:627-41.
- 13 Rescorla L, Alley A. *Validation of the Language Development Survey (LDS): a parent report tool for identifying language delay in toddlers*. J Speech Lang Hear Res 2001;44:434-45.
- 14 Rescorla L, Ratner NB, Jusczyk P, et al. *Concurrent validity of the language development survey: associations with the MacArthur-Bates communicative development inventories: Words and sentences*. Am J Speech-Lang Pathol 2005;14:156-63.
- 15 Rescorla L, Frigerio A, Sali ME, et al. *Typical and delayed lexical development in Italian*. J Speech Lang Hear Res 2014;57:1792-803.
- 16 Fenson L, Dale PS, Reznick JS, et al. *Variability in early communicative development*. Monogr Soc Res Child Dev 1994;242:1-174.
- 17 Rescorla L, Achenbach TM. *Use of the Language Development Survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old*. J Speech Lang Hear Res 2002;45:733-43.
- 18 Rescorla L, Alley A, Christine JB. *Word frequencies in toddlers' lexicons*. J Speech Lang Hear Res 2001;44:598-609.
- 19 Jackson-Moldonado D, Thal D, Marchman V, et al. *Early lexical development in Spanish-speaking infants and toddlers*. J Child Lang 1993;20:523-49.
- 20 Onofrio D, Rinaldi P, Pettinati P. *Il primo sviluppo del linguaggio in bambini che imparano più lingue: una proposta per la valutazione e l'interpretazione del profilo linguistico*. Psicologia Clinica dello Sviluppo 2012;3:661-70.
- 21 Redmond SM, Rice ML. *The socioemotional behaviors of children with SLI: social adaptation or social deviance?* J Speech Lang Hear Res 1998;41:688-700.
- 22 Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry 2000.
- 23 Hollingshead AB. *Four-factor index of social status*. Unpublished manuscript. CT: Yale University, Department of Sociology, New Haven 1975.
- 24 Frigerio A, Cozzi P, Pastore V, et al. *La valutazione dei problemi emotivo comportamentali in un campione italiano di bambini in età prescolare attraverso la Child Behavior*

- Checklist e il Caregiver – Teacher Report Form*. *Infanzia e Adolescenza* 2006;5:24-37.
- ²⁵ Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, et al. *Language delay in a community cohort of young children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:932-40.
- ²⁶ Coster FW, Goorhuis-Brower SM, Nakken H, et al. *Specific language impairments and behavioural problems*. *Folia Phoniatr Logop* 1999;51:99-107.
- ²⁷ Van Daal J, Verhoeven L, van Balkom H. *Behaviour problems in children with language impairment*. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:1139-47.
- ²⁸ Willinger U, Brunner E, Diendorfer-Radner G, et al. *Behaviour in children with language development disorders*. *Can J Psychiatry* 2003;48:607-14.
- ²⁹ Tannock R, Schachar R. *Executive dysfunction as an underlying mechanism of behavior and language problems in attention deficit hyperactivity disorder*. In: Beitchman J, Cohen N, Konstantareas M, et al., (Eds.). *Language, Learning and Behavior Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press 1996, pp. 128-55.
- ³⁰ Sim F, O'Dowd J, Thompson L, et al. *Language and social/emotional problems identified at a universal developmental assessment at 30 months*. *BMC Pediatrics* 2013;13:206.

CORRISPONDENZA

Alessandra Frigerio, Unità di Psicopatologia dello Sviluppo, IRCCS Eugenio Medea, via Don Luigi Monza 20, 23842 Bosisio Parini (LC) - Tel. +39 031 877595 - E-mail: alessandra.frigerio@bp.inf.it

LA PERCEZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE NEI SERVIZI DI RIABILITAZIONE ITALIANI PER BAMBINI CON PARALISI CEREBRALE: RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO

Perceived quality of care in the Italian rehabilitation services for children with cerebral palsy: results from a multicenter observational study

A. Molinaro¹, E. Fedrizzi², S. Calza³, J. Galli¹, E. Fazzi¹, Gruppo Italiano Paralisi Cerebrale Infantile (GIPICI)*

¹ UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST degli Spedali Civili di Brescia e Università degli Studi di Brescia; ² Fondazione Mariani e UO di Neurologia dello Sviluppo, Istituto Neurologico C. Besta, Milano; ³ Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università degli Studi di Brescia

*GIPICI: Trabacca Antonio & Vespino Teresa (IRCCS E. Medea La Nostra Famiglia, Polo Regionale di Ostuni e Brindisi, UOC di Neuroriabilitazione 1); Gallino Francesca & Villani Ambra (ASL 3 di Genova, UO di Terapia Fisica e Riabilitazione Territoriale); Piccolini Odoardo & Cozzaglio Massimo (IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano, UOS di Riabilitazione per l'Età Evolutiva); Pagliano Emanuela & Baranello Giovanni (IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano, UO di Neurologia dello Sviluppo); Zambonin Fabio & Daniela Fiorese (Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza); Mandalari Pasquale & Mirabile Laura (ASP Messina, Servizio di Neuropsichiatria Infantile); Nacinovich Renata & Broggi Fiorella (Ospedale San Gerardo di Monza, UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza); De Polo Gianni & Da Ruos Flavia (IRCCS E. Medea La Nostra Famiglia di Conegliano (TV), UO per le disabilità gravi in età evolutiva); Cazzagon Monica & Godio Marina (IRCCS E. Medea La Nostra Famiglia di San Vito al Tagliamento (PN) e Pasian di Prato (UD), UO per le disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE); Piantoni Chiara & Dusi Elvira (U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST degli Spedali Civili di Brescia); Marzaroli Michela & Fusari Donatella (AO Ospedali Riuniti di Bergamo, USC Neuropsichiatria Infantile); Arisi Daniele & Magri Stefania (AO Istituti Ospitalieri di Cremona, UONPIA, Servizio Territoriale); Landi Nerina, MD, & Roberti Luisa, PT (ASL 10 di Firenze, UO di Neuropsichiatria Infantile); Signorini Sabrina & Luparia Antonella (Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino di Pavia, Centro di Neuroftalmologia dell'Età Evolutiva); Sabbadini Maurizio & Riccioli Nadia (IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro e Santa Marinella, Roma, UOC di Neuroriabilitazione Pediatrica e UDGEE); Turconi Anna Carla & Molteni Francesca (IRCCS E. Medea La Nostra Famiglia, Basisio Parini, Lecco, UO di Riabilitazione Funzionale); Marcelli Marco & Di Brina Carlo (Azienda USL di Viterbo, UOC di Neuropsichiatria Infantile) e sociale, orientato sul modello di presa in carico

RIASSUNTO

Introduzione. L'approccio alle cure centrato sulla famiglia (*family-centred care*, FCC) è ormai riconosciuto come il miglior modello di buona prassi nei servizi dedicati ai bambini con disabilità e alle loro famiglie. Lo scopo di questo studio è quello di valutare la percezione della qualità delle cure, sia da parte delle famiglie che dei professionisti, e la reale applicazione del concetto di FCC in una rete italiana di 17 servizi di riabilitazione, e di esaminare la relazione tra caratteristiche del bambino, della famiglia, dei professionisti, dell'organizzazione dei servizi e il grado di soddisfazione per le cure ricevute.

Metodi. La percezione della qualità delle cure è stata valutata attraverso il questionario *Measure of Process of Care* (MPOC-20), composto da una serie di domande per i familiari del bambino, e con il *Measure of Process of Care Service Providers* (MPOC-SP), composto da una serie di domande per i professionisti dei servizi. Per questo progetto è stata realizzata una scheda di raccolta dati per

SUMMARY

Introduction. *Family-centred care* (FCC) is recognized as the model of best practice for the provision of services for children who have physical disabilities and their families. The aim of this study is to assess the overall perception of FCC provided in an Italian network of 17 rehabilitation services, as perceived by parents of children with cerebral palsy and professionals, and to explore whether children, families, service providers and service-related characteristics influence parent satisfaction regarding service provision in a FCC practice.

Methods. The *Measure of Processes of Care* (MPOC-20) for parents/caregivers and the *Measure of Processes of Care for Service Providers* (MPOC-SP) for health-care providers were used. For the purposes of the study, an ad hoc information form was developed to collect information concerning children, families, service providers and services.

Results. A total of 382 parents/caregivers and 269 healthcare providers com-

PAROLE CHIAVE

Percezione della qualità delle cure - Approccio alle cure centrato sulla famiglia - Paralisi cerebrale - MPOC-20 - MPOC-SP

KEY WORDS

Perceived quality of care - Family-centred care - Cerebral palsy - MPOC-20 - MPOC-SP

ottenere le principali informazioni relative alle caratteristiche del bambino, della famiglia, del tipo di intervento e del servizio.

Risultati. 382 genitori/caregiver e 269 operatori hanno risposto ai questionari compilati. Sia le famiglie che gli operatori hanno espresso un giudizio positivo nei domini che valutano la collaborazione, il rispetto e il sostegno alla famiglia, mentre hanno individuato come principale criticità il dominio che esplora la modalità di comunicazione delle informazioni generali. L'età materna avanzata, l'essere un genitore single o disoccupato e il disagio economico sono stati identificati come fattori predittivi di una bassa percezione di qualità delle cure. Anche i trattamenti intensivi, i trattamenti effettuati in regime di ricovero, i servizi territoriali o identificati come servizi a risorse limitate sono variabili significativamente associate a punteggi inferiori al questionario MPOC-20.

Discussione. La percezione della qualità delle cure è stata generalmente positiva, pur essendo state identificate alcune aree che necessitano di miglioramento, in particolare per gli aspetti legati alla richiesta di informazioni. È importante che i professionisti dedichino maggiore tempo e attenzione alla comunicazione e all'ascolto delle esigenze dei genitori. Le variabili legate alle caratteristiche della famiglia e all'organizzazione dei servizi individuate come potenziali fattori predittivi della percezione della qualità delle cure mettono in evidenza l'opportunità di potenziare i servizi, fornendo loro una maggiore disponibilità di risorse economiche e di personale.

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi 20 anni si è assistito a una ampia diffusione dei modelli di approccio alle cure basati sui concetti di *family-centred care* (FCC) e *family-centred services* (FCS) per i bambini con paralisi cerebrale (PC) e le loro famiglie¹.

La FCC fa riferimento a un approccio di cure erogate dai servizi che risponde alle esigenze sia del bambino che dei suoi genitori, in cui famiglia e professionisti lavorano insieme come partner uguali nella definizione del progetto terapeutico, con il reciproco riconoscimento dell'importanza di entrambi i ruoli.

Un servizio *family-centred* (come descritto dal *Can-Child Centre for Childhood Disability Research*, Ontario, Canada) riconosce che ogni famiglia è unica, che la famiglia è una presenza costante nella vita del bambino e che ai familiari bisogna attribuire il ruolo di esperti per quanto riguarda la conoscenza delle abilità e dei bisogni del bambino². Le esigenze della famiglia determinano come e quando i servizi devono essere erogati, e una prospettiva più ampia sui bisogni della famiglia nel suo complesso permette

pleted the MPOC questionnaires. Parents and service providers both identified the domains for enabling partnerships and interpersonal sensitivity as a strength, while the domain relating to general information was always scored the lowest. An advanced maternal age, being a single parent, being unemployed, and having lower socio-economic status were factors identified as individually predictive of lower FCC scores on the MPOC-20. Higher intensity treatment, inpatient services, primary health-care settings, and settings identified with limited financial resources and reduced space/time for each family were other variables significantly associated with less favourable MPOC-20 ratings.

Discussion. *The perception of FCC provided was fairly positive, with some areas of improvement, such as the domain of provision of information. Professionals should, therefore, provide better communication and take more time in giving information and attention to parents. Potential sources of variation in parent perceptions of FCC based on family characteristics and the organization of services highlights the importance the need to support services through the provision of greater financial and human resources.*

una flessibilità nella definizione degli obiettivi di intervento, oltre a consentire di individuare quali sono le priorità da affrontare³. Diversi studi clinici hanno confermato che la prassi *family-centred* è associata con numerosi outcomes positivi sia nei bambini sia nei genitori^{1 4 7} e che i professionisti devono essere pienamente consapevoli di questo tipo di approccio^{8 9}. In Italia, l'approccio alle cure centrato sulla famiglia ha iniziato a diffondersi da qualche anno^{10 11} e in particolare il GIPCI (Gruppo Italiano Paralisi Cerebrali Infantili) ha condiviso e sostenuto questa modalità di collaborazione con i genitori nella definizione del progetto riabilitativo.

Per promuovere una reale collaborazione tra genitori e professionisti e per garantire un efficace coordinamento dei servizi di riabilitazione, la FCC deve essere definita secondo un modello chiaro e condiviso, in modo da promuovere l'adesione e migliorarne la percezione sia da parte dei genitori che degli operatori. Da una analisi della letteratura è emerso chiaramente come siano stati condotti pochi studi che hanno tentato di identificare quali fattori predittivi legati al bambino, alla famiglia e alle caratteristiche del servizio

offerto possono avere un'influenza sulla percezione della FCC¹²⁻¹⁴.

Questo studio ha avuto quindi due obiettivi. Utilizzando il questionario *Measure of Processes of Care*¹⁵ e il questionario *Measure of Processes of Care for Service Providers*¹⁶, scopo principale del progetto di ricerca è stato quello di valutare la percezione della qualità delle cure erogate nei servizi di riabilitazione italiani da parte delle famiglie di bambini con PC e da parte degli operatori, entrambi intesi come parte essenziale per il modello assistenziale FCC. Obiettivo secondario dello studio è stato quello di analizzare se caratteristiche specifiche del bambino, della famiglia, dei professionisti e dell'organizzazione dei servizi potessero avere influenza sul grado di soddisfazione dei genitori e sulla percezione delle cure offerte.

MATERIALI E METODI

Soggetti

Il disegno dello studio ha previsto l'arruolamento di genitori di bambini affetti da PC, di età compresa fra 1 e 18 anni (inclusi), in carico per il trattamento riabilitativo da almeno 6 mesi presso uno dei 17 servizi di riabilitazione partecipanti al progetto e facenti parte del GIPCI, diffusi su tutto il territorio italiano.

Lo studio è stato proposto a 314 famiglie con bambini affetti da PC, in cui la compilazione del questionario è stata richiesta sia alla madre che al padre, e nello stesso periodo a un totale di 290 operatori dei centri di riabilitazione partecipanti, che avessero in carico da almeno 6 mesi almeno un bambino di età compresa fra 1 e 18 anni (inclusi) con diagnosi di PC.

Il protocollo di studio ha ricevuto l'approvazione da parte del Comitato Etico di ognuno dei singoli centri partecipanti.

Misure di valutazione

Per questo progetto, la percezione della qualità delle cure è stata valutata utilizzando il questionario MPOC-2015 e il questionario MPOC-SP16, due strumenti ampiamente utilizzati a livello internazionale, composti da una serie di domande per i genitori del bambino e per i professionisti, specificamente elaborate per analizzare la diffusione dell'approccio FCC nei servizi di riabilitazione¹⁷.

Il questionario MPOC-20 è composto da 20 items organizzati in cinque domini che esplorano la modalità con cui i professionisti: (1) sviluppano le competenze e la collaborazione della famiglia; (2) forniscono informazioni generali sulla patologia; (3) forniscono informazioni specifiche sul bambino e sul processo di cura; (4) danno assistenza coordinata e completa; (5) garantiscono rispetto e sostegno alla famiglia.

Il questionario MPOC-SP è composto da 27 item attraverso cui i professionisti valutano il proprio operato in 4 domini: (1) sensibilità nella relazione interpersonale con la famiglia; (2) comunicazione di informazioni specifiche; (3) disponibilità nel fornire informazioni generali; (4) rispetto nell'interazione con i genitori.

In entrambi i questionari, le domande fanno riferimento a comportamenti che si sono verificati nell'ultimo anno; le risposte possono essere fornite attraverso una scala a sette punti (da 1 a 7, con una categoria aggiuntiva "non applicabile") in cui il punteggio più alto definisce il massimo grado di rispondenza ai bisogni della famiglia e una percezione delle qualità delle cure che si avvicina al modello *family-centered*. Entrambi i questionari sono stati tradotti in diverse lingue e validati su famiglie di bambini affetti da varie patologie croniche e in particolare con PC¹⁸⁻¹⁹. La traduzione dei questionari MPOC-20 e MPOC-SP in italiano è stata curata nel 2008 dalla Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani, su autorizzazione del Centro "Can Child".

In considerazione degli obiettivi di questo studio, gli operatori coinvolti hanno compilato una scheda di raccolta dati, creata appositamente per questo progetto, per raccogliere informazioni relative alle caratteristiche del bambino, dei genitori, del nucleo familiare, del tipo di trattamento riabilitativo e dell'organizzazione del servizio.

Sono stati raccolti dati relativi a età, sesso, forma clinica di PC, severità della patologia e livello di comorbidità del bambino. Il *Gross Motor Function Classification System -expanded and revised*²⁰, il *Manual Abilities Classification System*²¹ e il *Communication Function Classification System*²² sono stati utilizzati per classificare i livelli funzionali. La presenza di comorbidità è stata classificata, tenendo conto di quelle che più spesso accompagnano la diagnosi primaria (ad esempio deficit visivi e/o uditivi, ritardo di

linguaggio, disabilità intellettiva, epilessia); ai fini di questo studio, i disordini associati sono stati codificati come "nessuno", "uno o due" e "tre o più".

Le informazioni socio-demografiche hanno incluso la struttura e il reddito familiare, l'età, il titolo di studio e il lavoro di entrambi i genitori. Il livello socio-economico è stato calcolato sulla base della carriera scolastica e dell'attuale occupazione di entrambi i genitori utilizzando l'indice di Hollingshead²³ e classificato come livello socio-economico "basso" (Hollingshead medio-basso o basso) o "alto" (Hollingshead medio-alto o alto).

Infine, sono state raccolte informazioni in merito al tipo di intervento riabilitativo (inizio del trattamento, frequenza delle sedute, trattamento continuativo o a cicli) e all'organizzazione del servizio. Le informazioni relative al servizio comprendevano il tipo di servizio (ospedale pubblico, ospedale universitario, servizio territoriale), il numero di operatori coinvolti, il numero totale di ore dirette e indirette di trattamento. In termini di disponibilità di risorse, queste sono state classificate come "scarse", "modeste" o "adeguate" sulla base del rapporto tra numero di pazienti per ogni singolo terapeuta, disponibilità di tempo per gli incontri multidisciplinari e di tempi e spazi adeguati dedicati agli incontri con le famiglie.

Procedure

La valutazione preliminare, relativa ai criteri di inclusione e di esclusione, l'informativa e la raccolta dell'adesione al progetto da parte delle famiglie è stata effettuata dagli operatori dei singoli Servizi partecipanti. Ai genitori che hanno fornito il consenso alla partecipazione è stata inviata a mezzo posta la versione italiana del questionario MPOC-20 (1 copia per ogni genitore/caregiver), insieme a una lettera di presentazione dello studio e a una busta preaffrancata per la spedizione dei questionari compilati. Tutti i questionari erano anonimi e identificati utilizzando un codice univoco per ogni genitore/caregiver per favorire la corrispondenza dei dati; per confermare che l'informazione proveniva da entrambi i genitori, è stato chiesto di specificare la relazione con il bambino (ad esempio "madre") scrivendola sul frontespizio del questionario. Per garantire la riservatezza, non sono stati effettuati solleciti telefonici alle famiglie che non hanno re-inviato i questionari. Il questionario MPOC-

SP è stato spedito via e-mail dallo sperimentatore principale direttamente ai professionisti che hanno aderito al progetto.

Analisi statistica

I punteggi sono stati calcolati in accordo con le regole e la sintassi descritte dal CanChild^{15 16}. Il punteggio globale di ogni dominio è stato calcolato come media dei punteggi ottenuti ai singoli items che compongono il dominio stesso. In accordo con la metodologia proposta nella descrizione originale di entrambi i questionari¹⁴, sono stati identificati gli items a cui è stato attribuito un punteggio ≤ 4 da più del 33% dei partecipanti. Inoltre, in accordo con Woodside et al.¹⁶, è stata effettuata una corrispondenza tra le scale di valutazione dei questionari per consentire di effettuare un confronto tra la percezione dei genitori e dei professionisti nella percezione del servizio offerto. I dati ottenuti sono espressi come media (M) e deviazione standard (SD). È stato effettuato il t-test per dati indipendenti per confrontare le differenze di punteggio nei domini MPOC tra genitori e operatori. L'associazione tra i punteggi MPOC-20 e tutte le variabili di interesse è stata valutata usando un modello lineare a effetti misti, considerando i centri come effetti random. Alla variabile di risposta è stata applicata un'opportuna trasformazione per normalizzarne la distribuzione. La selezione del modello migliore è stata condotta mediante stepwise regression basata su l'Akaike Information Criterion (AIC). In tutte le analisi sono stati considerati significativi valori di $p < ,05$. Le analisi sono state svolte utilizzando il software R24.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Lo studio ha avuto durata complessiva di un anno. 382 (60,8%) genitori/caregiver dei 628 reclutati hanno rispedito i questionari compilati. I partecipanti erano principalmente madri e padri (88%); i restanti includevano nonni, genitori adottivi/affidatari e tutori (identificati nel testo come "genitori"). Tra i 290 professionisti dei servizi contattati, 269 (93%) hanno compilato il questionario MPOC-SP. Le principali caratteristiche delle famiglie reclutate, dei loro bambini, degli operatori e dei servizi sono riportate in Tabella I e in Tabella II.

Percezione della qualità delle cure

La Tabella III descrive la percezione della qualità delle cure sia da parte dei genitori che da parte dei professionisti in accordo con quanto emerso dai 5 domini del questionario MPOC-20 e dai 4 del questionario MPOC-SP.

I genitori hanno espresso un giudizio generalmente positivo rispetto al servizio offerto, con punteggi variabili tra un grado di soddisfazione buono e discreto. I domini "assistenza coordinata e completa" ($M = 5,29$; $SD = 1,31$) e "rispetto e sostegno alla famiglia" ($M = 5,38$; $SD = 1,35$) hanno ricevuto i punteggi più alti. Il punteggio più basso è stato sistematicamente attribuito al dominio "fornire informazioni generali" ($M = 3,47$; $SD = 1,65$). Rispetto ai genitori, i professionisti hanno espresso un giudizio maggiormente positivo sul proprio operato ($p < 0,001$). I punteggi più alti sono stati attribuiti al dominio "rispetto nell'interazione con i genitori" ($M = 6,11$; $SD = 1,04$), mentre il dominio "fornire informazioni generali" ha ricevuto i punteggi inferiori ($M = 3,47$; $SD = 1,41$).

Gli items in entrambi i questionari che hanno ricevuto un punteggio tra 1 e 4 in più del 33% dei partecipanti sono presentati nelle Tabelle IV e V. Sia i genitori che gli operatori hanno identificato come aree di criticità quelle esplorate dai 5 items che costituiscono il dominio "fornire informazioni generali". Inoltre, i genitori hanno valutato che 2 dei 3 items del dominio "fornire informazioni specifiche" e 2 dei 3 items del dominio "competenze e la collaborazione della famiglia" identificano aree dell'assistenza che necessitano di un miglioramento.

Inoltre, dal 47 al 57% dei professionisti ha identificato criticità nell'assistenza nei 3 items del dominio "sensibilità nella relazione interpersonale" e in 1 item del dominio "comunicare informazioni specifiche".

Fattori in grado di influenzare la qualità delle cure

L'analisi dell'associazione tra le caratteristiche del bambino e i punteggi ottenuti al questionario MPOC-20 ha rivelato una relazione statisticamente significativa con l'età del bambino ($p = 0,003$), ma non con il sesso, i livelli funzionali o di disabilità associate.

Le famiglie monoparentali ($p < 0,001$) o con un livello socio economico basso (Hollingshead medio-

TAB. I. Caratteristiche dei bambini e delle loro famiglie.

Bambini		N (%)
Sesso	M	191 (60,8)
	F	123 (39,2)
Età	0-6 anni	133 (42,3)
	7-12 anni	124 (39,4)
	13-18 anni	57 (18,1)
Disordine motorio	Unilaterale	113 (36)
	Bilaterale	201 (64)
GMFCS	I	97 (30,8)
	II	45 (15)
	III	54 (17,2)
	IV	60 (19,1)
	V	58 (18,4)
MACS	I	80 (25,4)
	II	87 (27,7)
	III	66 (21)
	IV	33 (10,5)
	V	48 (15,2)
CFCS	I	140 (44,5)
	II	57 (18,1)
	III	49 (15,6)
	IV	32 (10,1)
	V	36 (11,4)
Comorbidità	0	79 (25,1)
	1-2	100 (31,8)
	≥ 3	135 (42,9)
Trattamento		N (%)
Tipo di trattamento	Fisioterapia	253 (80,6)
	Terapia occupazionale	113 (35,9)
	Logopedia	68 (21,7)
	Altro	13 (4,1)
Durata del trattamento	< 2 anni	46 (14,6)
	2-5 anni	113 (35,9)
	> 5 anni	155 (49,3)
Tipo di trattamento	Ambulatoriale	231 (73,6)
	Ricovero	54 (17,2)
	Semi-residenziale	29 (9,2)
Frequenza del trattamento	1 giorno	78 (24,8)
	3 giorni	167 (53,2)
	> 3 giorni	69 (22)

segue Tab. I

continua Tab. I

Padri		N (%)
Età	< 35 anni	34 (10,8)
	35-45 anni	171 (54,4)
	> 45 anni	109 (32,1)
Istruzione	Diploma di media o superiore	236 (75,1)
	Laurea	78 (24,8)
Madri		N (%)
Età	< 35 anni	66 (21,3)
	35-45 anni	190 (60,5)
	> 45 anni	57 (18,1)
Istruzione	Diploma di media o superiore	222 (70,7)
	Laurea	92 (29,2)
Famiglia		N (%)
Situazione familiare	Famiglie biparentali	274 (87,2)
Stato socio-economico	Basso	55 (17,5)
Occupazione	Madri	201 (64)
	Padri	294 (93,6)
Etnia	Origine italiana	269 (85,7)
	Origine europea	10 (3,2)
	Origine extra-europea	18 (5,7)
	Origine mista	17 (5,4)

basso o basso, $p < 0,001$), i genitori disoccupati ($p < 0,001$) e le madri con età superiore a 35 anni ($p < 0,001$) hanno maggiori probabilità di attribuire punteggi bassi agli items del questionario.

Per quanto riguarda le caratteristiche specifiche del tipo di trattamento, la durata del trattamento non sembra influenzare significativamente la percezione della qualità delle cure, mentre la frequenza del trattamento, in particolare il trattamento intensivo (più di 3 volte a settimana, $p = 0,006$) e il trattamento in regime di ricovero ($p < 0,001$) sembrano essere predittori di punteggi meno favorevoli.

In merito alle caratteristiche del servizio, i genitori che afferiscono ai servizi territoriali ($p < 0,001$) e in quei servizi identificati come a limitate risorse economiche ($p < 0,001$) riportano punteggi più bassi al questionario MPOC-20. Le caratteristiche dei professionisti non sembrano invece influenzare la percezione della qualità delle cure (dati non mostrati).

TAB. II. Caratteristiche degli operatori e dei servizi.

Operatori		N (%)
Tipo	Fisioterapisti	102 (37,9)
	Medici NPI/fisiatri	41 (15,2)
	TNPEE	36 (13,3)
	Pedagogisti	28 (10,4)
	Logopedisti	23 (8,5)
	Altro	39 (14,4)
Età	< 40 anni	118 (43,9)
	40-50 anni	67 (24,9)
	> 50 anni	84 (31,2)
Anni di esperienza	< 10 anni	117 (43,5)
	10-30 anni	121 (45)
	> 30 anni	31 (11,5)
Servizio		N (%)
Tipo	Servizio territoriale	7 (41,2)
	Ospedale	3 (17,6)
	Ospedale universitario/IRCCS	7 (41,2)
Risorse	Scarse	5 (29,4)
	Modeste	8 (47)
	Adeguate	4 (23,5)

TAB. III. Dati descrittivi emersi dall'analisi dei 5 domini del questionario MPOC-20 e dai 4 domini del questionario MPOC-SP. I dati sono riportati come media e deviazione standard.

Domini	Media (DS)
MPOC-20 (genitori, n = 382)	
Competenze e collaborazione	4,76 (1,55)
Informazioni generali sulla patologia	3,47 (1,65)
Informazioni specifiche sul bambino e sul processo di cura	4,49 (1,78)
Assistenza coordinata e completa	5,29 (1,31)
Rispetto e sostegno	5,38 (1,35)
MPOC-SP (operatori, n = 269)	
Sensibilità nella relazione interpersonale	4,80 (1,22)
Fornire informazioni generali	3,47 (1,41)
Comunicare informazioni specifiche	4,67 (1,74)
Rispetto nell'interazione con i genitori	6,11 (1,04)

L'analisi della regressione lineare multipla ha consentito di sviluppare un modello per predire i punteggi al questionario MPOC-20 in relazione alle variabili del bambino, dei genitori, della famiglia, del trattamento

TAB. IV. Items identificati dai genitori come aree di miglioramento (items con punteggio ≤ 4 in più del 33% dei partecipanti).

Fornire informazioni generali 5/5 items		
Q20.	... vi sono stati dati consigli su come ottenere informazioni o contattare altri genitori?	83%
Q19.	... avete a disposizione informazioni secondo tipologie diverse, come ad es. opuscoli, kit, video...?	78%
Q17.	... avete a disposizione informazioni relative alla disabilità di cui è affetto vostro figlio?	54%
Q16.	... vi hanno dato informazioni circa i tipi di servizi offerti dal centro o nella vostra comunità?	54%
Q18.	... fornito l'opportunità a tutta la famiglia di ricevere informazioni?	48%
	Fornire informazioni specifiche sul bambino 2/3 items	
Q2.	... fornito informazioni scritte relative a quanto il vostro bambino fa nella terapia?	58%
Q14.	... fornito informazioni scritte relative ai progressi del vostro bambino?	50%
	Competenze e collaborazione 2/3 items	
Q4.	... vi hanno lasciato la scelta del momento in cui ricevere le informazioni e del tipo di informazione desiderata?	50%
Q8.	... vi hanno dato l'opportunità di prendere decisioni relative alla terapia?	49%
	Assistenza coordinata e completa 0/4 items	
	Rispetto e sostegno alla famiglia 0/5 items	

TAB. V. Items identificati dagli operatori come aree di miglioramento (items con punteggio ≤ 4 in più del 33% dei partecipanti).

Fornire informazioni generali 5/5 items		
Q23.	... favorito i contatti tra le famiglie per promuovere uno scambio su esperienze condivise?	82%
Q25.	... fornito consigli su come ottenere informazioni o contattare altri genitori?	78%
Q27.	... avuto a disposizione informazioni generali a proposito di diversi argomenti?	72%
Q26.	... dato opportunità all'intera famiglia inclusi fratelli e sorelle di ottenere informazioni?	66%
Q24.	... fornito assistenza alle famiglie per aiutare a gestire l'impatto della patologia cronica del proprio bambino?	57%
	Comunicare informazioni specifiche 1/3 items	
Q15.	... fornito informazioni scritte relative alla patologia, ai progressi o alla terapia?	52%
	Sensibilità interpersonale 3/10 items	
Q8.	... parlato e indagato su come ogni componente della famiglia vive la presenza di un bambino con bisogni speciali?	57%
Q9.	... previsto le preoccupazioni dei genitori dando loro informazioni ancora prima che siano loro a chiederle?	50%
Q11.	... lasciato ai genitori la scelta del momento in cui ricevere informazioni e del tipo di informazioni desiderate?	47%
	Rispetto nell'interazione con i genitori 0/9 items	

e del servizio. Il modello finale, che illustra le variabili significativamente correlate con punteggi più bassi al questionario MPOC-20, è riportato in Tabella VI.

DISCUSSIONE

Questo studio rappresenta la prima esperienza di valutazione multicentrica di percezione della qualità delle cure da parte dei genitori di bambini con paralisi cerebrali e della reale diffusione dei concetti e della prassi FCC nei servizi di riabilitazione italiani.

La percentuale di genitori/caregivers che ha accettato di partecipare allo studio (60,8%) è simile a quella riportata in altri studi^{25 26}, mentre il tasso di partecipazione degli operatori è risultato più elevato (93%), probabilmente in relazione al fatto che i professionisti dei servizi appartenenti al gruppo GIPCI sono stati coinvolti fin dall'inizio nella discussione, progettazione e realizzazione dello studio stesso.

L'analisi dei diversi fattori del processo di cura definiti dal MPOC-20 ha fatto emergere una percezione della qualità delle cure generalmente positiva e ha permesso l'individuazione precisa di alcune aree di miglioramento. Analogamente ad altri studi nazionali^{4 19 25-29} i genitori hanno segnalato come particolarmente efficace la modalità con cui gli operatori garantiscono rispetto e sostegno alla famiglia e hanno giudicato positivamente la capacità con cui questi forniscono un'assistenza coordinata e completa. I nostri risultati confermano inoltre che la maggiore criticità individuata da parte delle famiglie riguarda l'area della comunicazione e in particolare la disponibilità

degli operatori a fornire informazioni di carattere generale^{25 26}.

I professionisti hanno espresso un punteggio concorde con le famiglie nella valutazione dei principali fattori di cura, giudicando positivamente il proprio operato in 3 dei 4 domini identificati attraverso il MPOC-SP. Rispetto a studi precedenti^{25 26 30}, gli operatori coinvolti hanno sistematicamente identificato il proprio intervento come rispettoso nell'interazione con i genitori e caratterizzato da sensibilità nella relazione con la famiglia, mentre hanno individuato come criticità la capacità nel fornire informazioni alle famiglie in maniera efficace.

In merito all'analisi degli items che identificano le aree di miglioramento (items con punteggio ≤ 4 in più del 33% dei partecipanti), sia genitori che operatori segnalano come fattore di vulnerabilità nella percezione della qualità delle cure la difficoltà delle famiglie nel poter scegliere quando ottenere le informazioni e che tipo di informazioni ricevere. Al fine di integrare la FCC nella prassi riabilitativa del bambino con PC è quindi importante che alle famiglie sia lasciata la possibilità di decidere il proprio livello di coinvolgimento^{31 32} e che i professionisti tengano in considerazione che ogni singola famiglia esprimerà la propria partecipazione attiva al processo decisionale con tempi e modalità diversi³³.

Dal 48% all'83% dei genitori e dal 57% all'82% dei professionisti ha identificato criticità nella qualità del servizio offerto in tutti i 5 items che definiscono il dominio "fornire informazioni generali". Numerosi studi hanno dimostrato che i genitori di bambini con PC identificano costantemente come elemento irrinunciabile

TAB. VI. Variabili significativamente correlate con punteggi più bassi al questionario MPOC-20 - risultati del modello multivariato.

Variabili	Coefficienti	CI_low	CI_up	p
Bambino				
GMFCS	-0,377	-0,598	-0,155	< 0,001
Famiglia				
Stato socio economico basso	-1,312	-2,001	-0,624	< 0,001
Intervento riabilitativo e servizi				
Frequenza del trattamento	-0,844	-1,117	-0,570	< 0,001
Tipo di trattamento - ricovero	-2,093	-2,893	-1,292	< 0,001
Disponibilità di risorse - scarsa	-2,605	-3,261	-1,949	< 0,001

bile nel processo di cura la possibilità di ricevere informazioni^{5 19 26 30 33}. Le famiglie esprimono il bisogno di ricevere costantemente informazioni aggiornate³³ e gli operatori dovrebbero concentrare i loro sforzi nel fornire informazioni non solo al momento della diagnosi, ma anche nel corso del processo riabilitativo. Questa attitudine può assumere particolare rilevanza in ambito pediatrico, dove i cicli di trattamento sono prolungati e variano a seconda dell'evoluzione della patologia del bambino.

Queste carenze nel processo di cura potrebbero essere in parte attribuite all'organizzazione dei servizi²⁵. La qualità delle informazioni trasmesse necessita di tempi lunghi e di uno scambio e un aggiornamento fra professionisti continuo e costante, tuttavia la presa in carico di un numero elevato di bambini e famiglie comporta la necessità di stabilire con precisione gli appuntamenti limitando la durata delle sedute, che spesso sono interamente dedicate a spiegare programmi terapeutici specifici ai genitori¹⁷.

Dall'altra parte, la vulnerabilità individuata nella maggior parte degli studi presenti in letteratura nel dominio "fornire informazioni generali" potrebbe essere spiegata dalla diversità dei contesti culturali in cui il processo di cura è stato analizzato. In Italia, ad esempio, ci sono poche associazioni per i genitori di bambini affetti da PC e le possibilità di collegamento e confronto tra le famiglie sono scarse; questo potrebbe spiegare perché i genitori sentano il bisogno di ricevere da parte degli operatori dei servizi maggiori informazioni non solo specifiche in merito alla patologia del proprio bambino, ma anche generali in merito a suggerimenti pratici legati alla gestione quotidiana. Al fine di individuare quali fattori possono influenzare la percezione della qualità delle cure da parte dei genitori, abbiamo analizzato la relazione tra i punteggi ottenuti con il questionario MPOC-20 e una serie di caratteristiche relative al bambino, ai genitori, al nucleo familiare, al tipo di trattamento riabilitativo e all'organizzazione del servizio.

Nel nostro studio né il livello di disabilità, né il numero di comorbidità presenti sembra influenzare significativamente la soddisfazione dei genitori. Questi risultati contrastano con gli studi precedenti; comunemente, i genitori di bambini con un minor grado di compromissione hanno una percezione più positiva della

FCC rispetto ai genitori di bambini con disabilità multiple³⁴. Questa discrepanza può essere attribuita al diverso modo in cui i singoli servizi sono organizzati nel nostro paese. Spesso i bambini con disabilità multiple e complesse ricevono un maggior numero di valutazioni in luoghi diversi e da parte di diversi specialisti, mentre le famiglie e in bambini che hanno partecipato a questo studio hanno seguito un percorso di cura quasi interamente all'interno di un unico servizio, secondo un approccio multidisciplinare. Questo può spiegare il fatto che anche le famiglie di bambini con disabilità multiple abbiano espresso un buon livello di soddisfazione globale rispetto al servizio offerto, che si riflette in un aumento dei punteggi medi nella valutazione della FCC.

Diversamente da quanto precedentemente riportato in letteratura^{13 18 27}, dall'analisi dei dati è inoltre emerso che famiglie con figli più grandi riportano punteggi più elevati al questionario MPOC-20. La nostra esperienza dimostra che quando i bambini con PC sono trattati e seguiti per un lungo periodo di tempo durante la crescita dallo stesso team di professionisti, il rapporto di fiducia reciproca che si crea tra genitori e operatori influenza positivamente la percezione di qualità delle cure.

Di contro, alcune caratteristiche del nucleo familiare, come l'età materna avanzata, la famiglia monoparentale, l'essere un genitore disoccupato e più in generale la condizione di disagio economico, sono fattori risultati significativamente associati a punteggi minori al questionario MPOC-20 e sono stati già stati riportati in letteratura come potenziali fattori di vulnerabilità nella percezione della FCC2. I genitori devono fare fronte alla diagnosi di una malattia cronica e devono gestire gli effetti che questa diagnosi può avere sulla vita quotidiana del loro bambino. Questo può significare che i genitori single, e in particolare le madri, possono incontrare maggiori difficoltà nella gestione di una patologia cronica come la PC, così come le difficoltà economiche di per sé possono limitare l'accesso ai servizi.

Fino ad ora, l'influenza di caratteristiche specifiche del trattamento riabilitativo è stata poco analizzata in letteratura^{13 35}. Nel nostro studio, la percezione della qualità delle cure da parte dei genitori differisce in modo significativo in base all'intensità delle sedute

(numero di accessi settimanali) e al tipo di presa in carico (ambulatoriale o semiresidenziale/ospedaliera). In particolare, emerge come la compliance da parte delle famiglie sia migliore per brevi periodi di trattamento intensivo piuttosto che per trattamenti di più lunga durata con frequenza quasi quotidiana. D'altra parte, è ipotizzabile che i ricoveri ospedalieri prolungati e l'aumento delle ore complessive del servizio offerto possano causare disagio in termini di organizzazione nell'intero nucleo familiare.

Per quanto riguarda le caratteristiche relative al servizio, è stato dimostrato che il questionario MPOC può essere utile per mettere in evidenza le differenze esistenti tra le diverse modalità di organizzazione dei servizi di riabilitazione^{13,18}. King e Chiarello¹ hanno riportato una serie di studi che suggeriscono come la mancanza di risorse, e in particolare di risorse finanziarie, limiti l'adozione di pratiche di FCC. Anche nel nostro studio, la percezione della qualità delle cure da parte dei genitori sembra essere negativamente influenzata dalla presa in carico del proprio figlio in servizi territoriali e in quei servizi classificati come a limitate risorse economiche. I servizi ambulatoriali di riabilitazione negli ospedali pubblici e nelle cliniche universitarie sono costituiti da team multidisciplinari, e solitamente dispongono di più tempo e di maggiori risorse finanziarie rispetto ai servizi territoriali, che al contrario sono identificati spesso come carenti sia in termini di risorse economiche che di disponibilità di personale. La scarsa soddisfazione nei confronti dei servizi territoriali potrebbe essere in parte spiegata dal fatto che, nel nostro campione, una elevata percentuale di famiglie con disagio economico (33%; $p = 0,001$) afferisce esclusivamente a questo tipo di servizio. È inoltre ipotizzabile da questi dati che l'approccio FCC in Italia sia probabilmente maggiormente noto ai professionisti che lavorano nei servizi di riabilitazione ospedalieri o universitari, mentre nei diversi livelli di organizzazione dei servizi di cure primarie vi è ancora una mancanza di consapevolezza della rilevanza di questa prassi per migliorare la qualità della vita dei bambini disabili e delle loro famiglie.

Il presente studio conferma la necessità di estendere la cultura e la prassi della FCC nel sistema sanitario italiano. Attraverso l'utilizzo dei questionari MPOC-20 e

MPOC-SP è stato possibile individuare i fattori ritenuti più significativi nella percezione del processo di cura sia per i genitori che per gli operatori; l'identificazione di questi aspetti ha anche permesso di riconoscere i punti di forza e soprattutto i margini di miglioramento della qualità del servizio, al fine di potenziare la capacità di risposta ai bisogni della famiglia. È importante sottolineare, confermando quanto già segnalato dalla letteratura, la necessità che i professionisti che sono coinvolti nel percorso riabilitativo dedichino più tempo e maggiore attenzione nell'ascoltare le esigenze dei genitori e di tutti i membri della famiglia, e nel fornire risposte complete alle domande relative ai temi della presa in carico globale dei bambini con PC.

Come osservazione conclusiva, lo studio, individuando come fattore di vulnerabilità nella percezione della qualità delle cure l'organizzazione dei servizi di cure primarie, fornisce un ulteriore sostegno alla necessità di migliorare e sostenere questi servizi di riabilitazione e di fornire loro maggiori risorse finanziarie e umane.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano le famiglie dei bambini con PC e gli operatori dei servizi di riabilitazione per la partecipazione allo studio. Ringraziamo in modo particolare la Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani (Milano) per il finanziamento e l'attiva collaborazione a questo progetto di ricerca.

Bibliografia

- 1 King G, Chiarello L. *Family-Centered Care for Children with Cerebral Palsy: conceptual and practical considerations to advance care and practice*. J Child Neurol 2014;29:1046-54.
- 2 Rosenbaum PL, King SM, Law M, et al. *Family centered service: a conceptual framework and research review*. Physical Occup Ther Pediatrics 1998;18:1-20.
- 3 Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. *Meta-analysis of family-centered help giving practices research*. Mental Retard Developm Disabil 2007;13:370-8.
- 4 King S, Teplicky R, King G, et al. *Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature*. Seminars Pediatric Neurol 2004;11:78-86.
- 5 Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. *Research synthesis and*

- meta-analysis of studies of family-centered practices. Asheville, NC: Winterberry Press 2008.
- ⁶ Dempsey I, Keen D. A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics Early Child Special Educ* 2008;28:42-52.
- ⁷ Dunst CJ, Trivette CM. Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *Int J Pediatrics* 2009:1-9.
- ⁸ Litchfield R, MacDougall C. Professional issues for physiotherapists in family-centered and community-based settings. *Austr J Physiotherapy* 2002;48:105-12.
- ⁹ Strock-Lynskey D, Keller DW. Integrating a family-centered approach into social work practice with families of children and adolescents with disabilities. *J Social Work Disab Rehab* 2007;6:111-34.
- ¹⁰ Scuccimarra G. Percezione della qualità delle cure e qualità di vita delle madri di soggetti affetti da disabilità dello sviluppo. *Gior Neuropsich Età Evol* 2010;30:99-108.
- ¹¹ Cerioli M. L'esperienza di valutazione della qualità delle cure attraverso la MPOC-56 in un servizio in Italia. In: *Approccio integrato alla riabilitazione del bambino con paralisi cerebrale: le competenze multidisciplinari e la terapia centrata sulla famiglia*. Milano: FrancoAngeli 2011, pp. 117-29.
- ¹² Law M, Hanna S, King G, et al. Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. *Child Care Health Develop* 2003;29:357-66.
- ¹³ Camden C, Swaine B, Tetreault S, et al. Reorganizing pediatric rehabilitation services to improve accessibility: do we sacrifice quality?. *BMC Health Services Research* 2010;10:227-38.
- ¹⁴ King S, Rosenbaum P, King G. Parents' perceptions of care-giving: development and validation of a measure of processes. *Developl Med Child Neurol* 1996;38:757-72.
- ¹⁵ King S, King G, Rosenbaum P. Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: development of a refined measure of processes of care (MPOC- 20). *Children's Health Care* 2004;33:35-57.
- ¹⁶ Woodside J, Rosenbaum P, King S, et al. Family-centred service: Developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's Health Care* 2001;30:237-52.
- ¹⁷ Cunningham BJ, Rosenbaum P. Measure of processes care: a review of 20 years of research. *Developm Med Child Neurol* 2014;56:445-52.
- ¹⁸ McConachie H, Logan S. Validation of the measure of processes of care for use when there is no Child Development Centre. *Child Care Health Developm* 2003;29:35-45.
- ¹⁹ Dyke P, Buttigieg P, Blackmore AM, et al. Use of the Measure of Process of Care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. *Child: Care Health Developm* 2006;32:167-76.
- ²⁰ Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, et al. Content validity of the expanded and revised gross motor function classification system. *Developm Med Child Neurol* 2008;50:744-50.
- ²¹ Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rosblad B et al. The manual ability classification system (MACS) for children with cerebral palsy: Scale development and evidence of validity and reliability. *Developl Med Child Neurol* 2006;48:549-54.
- ²² Hidecker MJ, Paneth N, Rosenbaum PL, et al. Developing and validating the communication function classification system for individuals with cerebral palsy. *Developm Med Child Neurol* 2011;53:704-10.
- ²³ Hollingshead AB. *Four factor index of social status*. New Haven, CT: Yale University 1975.
- ²⁴ R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria 2015 [Internet] (<http://www.R-project.org/>).
- ²⁵ Jeglinsky I, Autti-Ramo I, Carlberg EB. Two sides of the mirror: parents' and service Providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. *Child Care Health Developm* 2012;38:79-86.
- ²⁶ Raghavendra P, Murchland S, Bentley M, et al. Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child Care Health Developm* 2007;33:586-92.
- ²⁷ McDowell BC, Duffy C, Parkes J. Service use and family-centred care in young people with severe cerebral palsy: a population-based, cross-sectional clinical survey. *Disability Rehab* 2015;26:1-6.
- ²⁸ Myrhaug HT, Jahnsen R, Ostensjø S. Family-centred practices in the provision of interventions and services in primary health care: A survey of parents of preschool children with cerebral palsy. *J Child Health Care* 2014. pii: 1367493514551312.
- ²⁹ Wang M, Petrini MA, Guan Q. Evaluation of family-centred services from parents of Chinese children with cerebral palsy with the measure of processes of care. *Child Care Health Developm* 2015;41:408-15.
- ³⁰ Dickens K, Matthews LR, Thompson J. Parent and service providers' perceptions regarding the delivery of family-centered paediatric rehabilitation services in a children's hospital. *Child Care Health Developm* 2010;37:64-73.
- ³¹ Bamm EL, Rosenbaum P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementa-

tion in rehabilitation medicine. Arch Phys Med Rehab 2008;89:1618-24.

- ³² Bourke-Taylor H, Howie L, Law M. *Impact of caring for a school-aged child with a disability: understanding mothers' perspectives.* Austr Occup Ther J 2010;57:127-36.
- ³³ Dodd J, Saggars S, Wildy H. *Constructing the 'ideal' family for family-centred practice: challenges for delivery.* Disab Soc 2009;24:173-86.
- ³⁴ Granat T, Lagander B, Borjesson MC. *Parental participation in the habilitation process – evaluation from a user perspective.* Child Care Health Developm 2002;28:459-67.
- ³⁵ Dix DB, Klassen AF, Papsdorf M, et al. *Factors affecting the delivery of family-centered care in pediatric oncology.* Pediatric Blood Canc 2009;53:1079-85.

CORRISPONDENZA

Anna Molinaro, UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST degli Spedali Civili di Brescia e Università degli Studi di Brescia, piazzale Spedali Civili 1, 25123 Brescia - Tel.+39 030 3996934 - Fax +39 030 3995723 - E-mail: anna.molinaro@gmail.com

UNO STUDIO CLINICO SULLA SESSUALITÀ INFANTILE

A clinical study concerning child sexuality

D. Notari¹, M. Fabris², C. Longonbardi², S. Raccaluto³, F. Sias², C. Baietto¹

¹ Dipartimento di Pediatria e Specialità Pediatriche, SC di Neuropsichiatria Infantile U, Azienda Ospedaliera OIRM, S. Anna, Torino ² Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino; ³ Dipartimento di Pediatria e Specialità Pediatriche, Servizio BAMBI Minori Abusati e Maltrattati, Azienda Ospedaliera OIRM, S. Anna, Torino

RIASSUNTO

Spesso il Neuropsichiatra Infantile è il referente ultimo di quesiti di genitori, colleghi medici e di altre figure coinvolte nell'educazione e nella cura del bambino riguardo a comportamenti sessuali osservati in bambini e preadolescenti, ed è chiamato a pronunciarsi in merito. Occorre saper riconoscere il valore di questi comportamenti sia quando sono parte del fisiologico sviluppo del bambino, sia quando in essi è possibile ravvisare aspetti atipici o talora critici, che meritano di essere approfonditi e contestualizzati.

L'articolo descrive i presupposti e i risultati preliminari di uno studio osservazionale intrapreso a partire da Febbraio 2016 presso il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche e nel Reparto di Neuropsichiatria Infantile U dell'Osp. Infantile Regina Margherita di Torino, dalla durata prevista di 5 anni, con approvazione del Comitato Etico. Il protocollo coinvolge genitori e insegnanti di bambini dai 3 ai 12 anni intervistati tramite un set di questionari validati a livello internazionale (*Child Behavior Checklist, Teacher Report Form, Trauma Symptom Checklist, Child Dissociative Checklist, Child Sexual Behavior Inventory*). I dati finora raccolti e analizzati confermano il valore di questo studio nel fornire informazioni e riferimenti quanto più aggiornati e aderenti al contesto in cui operiamo sulla tematica tanto importante quanto misconosciuta della sessualità infantile.

INTRODUZIONE

Esiste una sessualità infantile? Quando e come si manifesta? Quali comportamenti sessuali si trovano nei bambini? Qual è il loro significato? Come deve reagire l'adulto che li osserva? Quando considerarli problematici?

Nella letteratura scientifica, già avara di attenzione

SUMMARY

Child Neurologists and Psychiatrists often represent the main reference for questions about sexual behaviors in children and preadolescents from parents, colleagues, and other professionals in education and child-care.

It is necessary to acquire the instruments both to acknowledge the value of these behaviors as part of physiological child development, and to recognize critical behaviors that need further investigation and contextualization.

This paper describes assumptions and preliminary results of an observational study we began in February 2016, conducted in the Public Health and Pediatric Department and in the Child Neurology and Psychiatry Service of Regina Margherita Children Hospital of Turin. The study was approved by the hospital Ethic Committee, and it will last five years.

*Study design involves parents and teachers of children from 3 to 12 years old, who filled in a set of internationally validated questionnaires (*Child Behavior Checklist, Teacher Report Form, Trauma Symptom Checklist, Child Dissociative Checklist, Child Sexual Behavior Inventory*).*

The data we collected and analyzed till now are providing information as much as possible adhering to the reality we work in daily. The important topic of child sexuality is often affected by different opinions and preconceptions: these results can support our clinical practice with more objective references.

dedicata alla popolazione pediatrica ¹, esistono pochi studi – condotti in Nord-America o Nord-Europa – che indagano i comportamenti sessuali del bambino (di seguito abbreviati con la sigla CSB). Alcuni studi cross-culturali mostrano l'influsso sui dati dei fattori socioculturali ma – per quanto ci è noto – ad oggi non sono mai stati pubblicati dati su una popolazione

PAROLE CHIAVE

Comportamenti sessuali infantili - Sessualità infantile - Abuso sessuale infantile

KEY WORDS

Child sexual behavior - Child sexuality - Child sexual abuse

italiana. Una lacuna grave per chi si occupa dello sviluppo del bambino, soprattutto dove il giudizio sull'adeguatezza o meno di conoscenze e comportamenti sessuali esibiti dal bambino può divenire un criterio chiave in situazioni estremamente gravi, come nel sospetto di abusi sessuali.

DISEGNO DELLO STUDIO

Il nostro studio clinico osservazionale trasversale di prevalenza, intrapreso presso il Rep. di Neuropsichiatria Infantile dell'Osp. Infantile Regina Margherita di Torino, approvato dal Comitato Etico Interaziendale della Città della Salute e della Scienza di Torino, è volto a raccogliere dati più aggiornati e aderenti al contesto socioculturale. Iniziato a febbraio 2016, ha una durata prevista di 5 anni.

Abbiamo voluto descrivere prevalenza e tipologie dei comportamenti legati allo sviluppo psicosessuale osservati da genitori e insegnanti di bambini da 3 a 12 anni. Inoltre ci si è proposti di ampliare la caratterizzazione del profilo comportamentale e psicologico con i dati forniti da genitori e insegnanti, per ricercare problematiche definite da scale psicometriche validate, correlazioni tra sintomi emotivi e comportamentali (disturbi internalizzanti o esternalizzanti, segni e sintomi di dissociazione o di sindrome post-traumatica) e la frequenza e la tipologia dei CSB, anche in casi seguiti dalla Neuropsichiatria Infantile, o di accertato o sospetto abuso sul minore.

La partecipazione volontaria allo studio è stata offerta a:

- genitori di bambini dai 3 ai 12 anni reclutati presso: Pediatria d'Urgenza e Osservazione Breve Intensiva del nostro Ospedale, giunti a ricovero tramite accesso al DEA ospedaliero per patologie organiche. I questionari sono stati proposti a tutti i genitori che hanno transitato nei reparti nel periodo di raccolta;
- genitori e insegnanti della scuola primaria e secondaria, reclutati nelle sezioni scolastiche ospedaliere, e in Istituti Comprensivi di Torino e di comuni della cintura, o partecipanti al progetto "Giocandocimettiamoingioco" (Ufficio Scolastico Regionale, Lions Service di Torino, Associazione Tenda della Luna), con la richiesta di compilare i questionari riferendosi a un alunno estratto a caso;

- genitori di bambini afferenti all'Ambulatorio Bambi annesso alla SC di Pediatria d'Urgenza, servizio dedicato a casi di sospetto abuso sessuale e/o altre forme di maltrattamento;
- genitori di pazienti giunti a visita ambulatoriale o a ricovero presso la SC di Neuropsichiatria Infantile U: tra questi genitori di bambini seguiti per varie problematiche NPI o per sviluppo atipico dell'identità di genere.

Tutti i respondent hanno compilato e firmato un consenso informato allo studio.

Criteri di inclusione: genitori e insegnanti di bambini tra i 3 e i 12 anni, che avessero preso visione e firmato il consenso informato alla partecipazione allo studio. Criterio di esclusione: una conoscenza della lingua italiana insufficiente alla comprensione dei quesiti.

STRUMENTI

Per il funzionamento e le dimensioni psicologiche e comportamentali globali è stata impiegata la batteria di Achenbach ²: *Child Behavior Check-List* (CBCL, Achenbach 2001), *Teacher's Report Form* (TRF, Achenbach 2001), *Child Teacher's Report Form for Ages 1.5-5* (C-TRF; Achenbach, 2001), *Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5* (CBCL; Achenbach, 2001), un sistema di valutazione su base empirica che descrive comportamenti ed emozioni del bambino secondo le osservazioni di genitori (CBCL) e insegnanti (TRF, C-TRF). I dati sono espressi in scale descrittive di quadri sintomatologici.

Abbiamo ricercato eventuali segni e sintomi di dissociazione con la *Child Dissociative Checklist* – CDC ^{3,4}, un test validato di 20 item comunemente impiegato per lo screening e follow up clinico della dissociazione, compilato da adulti che vivono a stretto contatto con il bambino. Un punteggio grezzo ≥ 12 è clinico. La CDC ha dimostrato una buona validità convergente e discriminativa, una buona affidabilità test-retest a un anno ($r = 0,65$) e una buona consistenza interna (alfa di Cronbach = $0,86$).

La *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC) ^{5,6} è una rating scale validata che raccoglie in 90 items le osservazioni delle figure di accudimento del bambino di 3-12 anni, dettagliando i sintomi

da stress post-traumatico (dando eventuale supporto a una diagnosi provvisoria di PTSD), e gli altri sintomi che possono associarsi a trauma (Ansia, Depressione, Rabbia, Stress Post Traumatico-Intrusione PTS-I, PTS-Evitamento, PTS-Arousal, PTS-Totale, Dissociazione, Preoccupazioni Sessuali). Inoltre due scale introduttive accertano lo stile di compilazione del caregiver, identificando una potenziale tendenza a sovrastimare (Risposta Atipica RAT) o a sottostimare (Livello di Risposta RL) i sintomi del bambino. Esse si prestano a evidenziare fattori soggettivi che possono influenzare le osservazioni del respondent.

Per oggettivare prevalenza e tipologie dei comportamenti legati allo sviluppo psicosessuale abbiamo impiegato il *Child Sexual Behavior Inventory-III*⁷, Inventario dei Comportamenti Sessuali del Bambino⁷, giunto nel 1997 alla terza edizione. È lo strumento validato più usato a livello internazionale per l'indagine dei comportamenti sessuali infantili. Poiché non esiste ad oggi una versione italiana validata, ci siamo avvalsi di una traduzione a cura del Centro Bambi dell'Osp. Regina Margherita (Torino). Collateralmente alla nostra raccolta dati è stata avviata la validazione della CSBI italiana a cura del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino. Il questionario misura la frequenza di 38 comportamenti sessuali osservabili in bambini dai 2 ai 12 anni in base a una scala Likert a quattro punti, che indicano con quale frequenza (0 mai, 1 meno di una volta al mese, 2 da una a tre volte al mese e 3 almeno una volta a settimana) è stato osservato un dato comportamento del bambino nei precedenti 6 mesi.

Infine sono stati indagati status socio-demografico, percezioni e opinioni dei respondent sui CSB, così da avvicinarsi a comprendere la cornice da cui lo sguardo del ricercatore si affaccia a osservare questo spaccato dello sviluppo infantile.

Per la raccolta dati e le analisi statistiche è stato utilizzato SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, USA) per Windows, nella sua versione 20.0.

I dati sono registrati in forma anonimizzata ed un numero progressivo è collegato ad ognuno dei casi inseriti.

Le variabili sono espresse in modo lineare, dicotomico o su scala Likert (a seconda del questionario). I dati

sono espressi come media \pm deviazione standard quando normalmente distribuiti, come mediana (quartili) per i parametri con distribuzione non normale, e come categorici quando opportuno. Le correlazioni sono state valutate usando il test Rho di Spearman, o il test chi quadrato di Pearson, a seconda del caso. Per studiare eventuali relazioni tra le variabili dello studio (variabili sociodemografiche ed esiti dei test), sono stati applicati i modelli di regressione lineare o logistica, in base al tipo di variabili prese in considerazione.

RISULTATI

Tra febbraio e maggio 2016 abbiamo raccolto 101 questionari, per un totale di 79 bambini descritti: 28 madri e 9 padri hanno compilato il protocollo singolarmente, 22 coppie hanno fornito due protocolli (punto di vista materno e paterno). Infine 20 bambini sono stati descritti dagli insegnanti.

I bambini sono tutti di nazionalità italiana, 40 maschi e 39 femmine, 66 tra i 6 e i 12 anni (circa l'83%) e 13 tra i 3 e i 6 anni (circa il 16%), età media 9 anni. Per le analisi statistiche non sono stati inclusi i 20 questionari delle insegnanti, un sottogruppo ancora troppo esiguo per una statistica adeguata. Per i restanti 59 bambini si è preso in considerazione il questionario materno quando erano presenti quelli di entrambi i genitori. I risultati preliminari si riferiscono quindi a 50 protocolli compilati da madri, 9 da padri, suddivisi in tre gruppi: G (popolazione generale, $n = 40$), N (neuropsichiatria infantile, $n = 12$), A (sospetto o accertato abuso e maltrattamento, $n = 7$). Per questi 59 sono stati messi a confronto nei tre gruppi i risultati dei test TSC-YC, CDC e CSBI.

Alla Trauma Symptom Checklist-YC il gruppo G totalizza globalmente punteggi significativamente inferiori e più vicini alla norma rispetto agli altri due gruppi. Nel valore LR Livello di Risposta, il gruppo G totalizza risultati medi significativamente superiori rispetto al gruppo N ($p < 0,05$).

Il gruppo N si colloca a livelli significativamente superiori ai gruppi G e A per la sub-scala Risposte Atipiche ($p < 0,05$), mentre è significativamente superiore a G per le sub-scale Depressione ($p < 0,01$), Rabbia ($p < 0,01$), Post-Traumatico Evitamento ($p < 0,01$),

Post-Traumatic Arousal ($p < 0,01$), Post-Traumatic Totale ($p < 0,01$), Dissociazione ($p < 0,05$).

Infine il gruppo A totalizza punteggi significativamente superiori per Ansia in confronto a G ($p < 0,05$), mentre per Post Traumatic (Intrusivo, Evitamento, Totale) Dissociazione e Preoccupazioni Sessuali sono maggiori rispetto a G e a N.

Per la Child Dissociative Checklist sia il gruppo N sia A si collocano a livelli significativamente superiori rispetto a G ($p < 0,01$), con il gruppo A sopraelevato rispetto a N pur senza arrivare a una differenza statisticamente significativa.

Dai risultati del Child Sexual Behavior Inventory si riportano i CSB più frequenti nell'intero campione, numerati per posizione dell'item nel questionario, con la frequenza relativa di presentazione in percentuale rispetto al campione: 12. Si tocca i genitali quando è a casa (28%), 7. Tocca o cerca di toccare il seno della mamma e/o di altre donne (27%), 2. Sta troppo attaccato/vicino alle persone (23%), 19. Cerca di guardare le persone quando sono nude o si stanno svestendo (22%), 35. È molto interessato al sesso opposto (15%), 1. Si veste con vestiti del sesso opposto (13%), 25. Resta sconvolto quando vede degli adulti che si baciano o si abbracciano (10%), 3. Dice di voler essere del sesso opposto (10%), 21. Mostra i genitali agli adulti (8%), 22. Cerca di guardare immagini di persone nude o parzialmente svestite (8%), 38. Altri comportamenti sessuali non descritti in precedenza (8%), 4. Si tocca i genitali in pubblico (6%), 17. Strofinava il proprio corpo contro altre persone o oggetti (6%), 30. Vuole guardare programmi televisivi o film con scene di nudo o sesso (6%), 13. Tocca i genitali di un adulto (5%), 20. Finge che bambole e peluches stiano facendo sesso (5%), 32. Abbraccia adulti che non conosce bene (5%), 37. Ha più conoscenze sul sesso rispetto agli altri bambini della sua età (5%).

I CSB riscontrati più raramente si collocano al di sotto del 3° centile di frequenza. Alcuni sono stati riscontrati in 0 bambini su 59 (9. Tocca i genitali di altri bambini, 11. Mette la bocca sui genitali di altri bambini o adulti, 16. Chiede ad altri di compiere atti sessuali con lui/lei, 18. Inserisce oggetti nella vagina o nell'ano, 27. Bacía altri bambini che non conosce bene, 29. Cerca di spogliare gli altri bambini contro la loro volontà, 31. Quando bacía qualcuno, cerca di

mettere la lingua nella bocca dell'altro), in 1 bambino su 59 (6. Quando disegna una persona ne disegna anche i genitali, 10. Tenta di avere rapporti sessuali con altri bambini o adulti, 24. Bacía adulti che non conosce bene, 26. Si comporta in maniera troppo amichevole con uomini che non conosce bene, 28. Parla in maniera seduttiva, 33. Mostra i genitali ai bambini), in 2 bambini su 59 (5. Si masturba con le mani, 8. Si masturba con giocattoli e/o oggetti (es: giochi di plastica, cuscino, coperta), 14. Tocca i genitali degli animali, 15. Simula suoni sessuali (es: gemiti, sospiri ecc.), 23. Parla di atti sessuali, 34. Cerca di spogliare gli adulti contro la loro volontà, 36. Mette la sua bocca sul seno della madre o sul seno di altre donne). La differenza tra i gruppi per i risultati del CSBI non raggiunge livelli di significatività statistica, anche se si osserva una frequenza crescente dei CSB da gruppo G a N e A, che necessiterà di ulteriori conferme nel seguito dello studio. Anche per la tipologia di CSB presentati nei tre gruppi si rilevano differenze soprattutto per la ricorrenza di CSB più atipici nei gruppi N e A, ma la numerosità del campione non consente ancora una significatività statistica. Per i risultati della Child Behavior Checklist CBCL è stato possibile confrontare i tre gruppi solo per bambini dai 6 ai 12 anni, in quanto nel gruppo A non erano rappresentate età inferiori. Le analisi dei risultati della CBCL per le età 6-12 anni quindi riguardano 47 bambini (29 gruppo G, 11 gruppo N, 7 gruppo A).

Le Competenze dei bambini del gruppo G risultano superiori, in particolare per la Socializzazione nel confronto con il gruppo N ($p < 0,01$). Per le subscale dei Problemi solitamente il gruppo N si colloca a valori molto superiori rispetto a G, e il gruppo A a livelli di poco inferiori rispetto a N. È raggiunta una significatività ($p < 0,01$) nella differenza tra N e G per le subscale: Ansia e Depressione, Ritiro e Depressione, Lamentele Somatiche, Problemi di Socializzazione, del Pensiero, di Attenzione, Comportamento Dirompente, Comportamento Aggressivo, Problemi Internalizzanti ed Esternalizzanti, Problemi Totali, dell'Umore, d'Ansia, di Deficit di Attenzione e Iperattività, Oppositivo-Provocatori, della Condotta, Ossessivo Compulsivi, Post-Traumatici.

Significativa anche la differenza tra A e G, con mani-

festazioni significativamente maggiori rispetto al gruppo abuso/maltrattamento per: Ritiro-Depressione, Problemi di Socializzazione, del Pensiero, dell'Umore.

Emerge anche una differenza significativa tra gruppo N e A, con una netta prevalenza dei Problemi Internalizzanti in N.

Abbiamo riscontrato inoltre numerose differenze e correlazioni significative tra i diversi test, o esaminando i risultati per età o per sesso del bambino, o per età e settore lavorativo del respondent.

DISCUSSIONE

I dati riguardano una casistica preliminare, tuttora in corso di reclutamento. Al momento sono emerse differenze significative nei livelli di stress post-traumatico (TSC-YC), dissociazione (CDC) e comportamento (CBCL) dei tre gruppi con profili specifici per ciascuno dei tre gruppi.

Il gruppo G ha punteggi globalmente inferiori e in range di norma. Il gruppo N ha T score più elevati per alcune sub-scale (Risposte Atipiche 54, Depressione 67, Rabbia 64, Evitamento Post-Traumatico 59), mentre il profilo del gruppo A conferma quanto ampiamente dimostrato in letteratura sul potenziale gravemente traumatizzante sul bambino dell'abuso sessuale. Il questionario TSCYC è ideato per screening e follow up di bambini che hanno subito abuso sessuale: essi mostrano una significativa sintomatologia post-traumatica con picchi in sub-scale specifiche al TSC-YC, i cui T score risultano più elevati anche nel nostro gruppo A rispetto agli altri gruppi (Ansia 61, Stress Post-Traumatico PTS Intrusione 66, PTS Evitamento 82, PTS Totale 72, Dissociazione 54 e Preoccupazioni Sessuali 60).

Differenze specifiche si riscontrano anche per la sintomatologia dissociativa descritta dalla CDC: anche se il punteggio non raggiunge mai il cut-off clinico di 12, i gruppi N (punteggio totale medio 3,92) e A (punteggio totale medio 5) mostrano più sintomi dissociativi rispetto a G (punteggio totale medio 0,88). Quindi è importante tenere in considerazione segni e sintomi dissociativi sia nella diagnosi o follow up NPI, sia nel sospetto o accertato abuso/maltrattamento. La dissociazione può essere la sola strategia di coping attivabile rispetto ad esperienze gravemente trauma-

tizzanti e perturbanti l'integrità psicofisica, tanto che sindrome post-traumatica e quadri dissociativi sono sempre più considerati aspetti di uno stesso continuum patologico. Essa incide a sua volta sullo sviluppo, con conseguenze gravi sul funzionamento psichico, cognitivo e relazionale del bambino^{8 10}.

Nelle CBCL dei bambini sopra i 6 anni il gruppo G ottiene punteggi superiori nelle scala delle Competenze del bambino, in particolare per la Socializzazione. Invece per molte scale descrittive e per i Problemi Internalizzanti, Esternalizzanti e Totali, il gruppo N ottiene livelli significativamente superiori rispetto a G. I punteggi del gruppo A sono spesso superiori a G, in particolare per gli items Ritiro-Depressione, Probl. di Socializzazione, del Pensiero, dell'Umore.

Infine per la prevalenza e le tipologie di CSB osservati dai caregivers in bambini tra i 3 e i 12 anni osserviamo valori e correlazioni emerse per i punteggi grezzi del CSBI.

Nei CSBI compilati per i 59 bambini visti da genitori, il punteggio totale medio per i 40 bambini appartenenti al gruppo G è stato di 2,55, per il gruppo N (n = 12) di 5,75, per il gruppo A (n = 7) di 6,57. Si configura una curva simile a quella di altre variabili esplorate dai questionari. Come descritto dagli studi internazionali si osservano più CSB nel gruppo A, ma anche N presenta livelli molto maggiori rispetto alla popolazione generale. Quindi una maggiore incidenza per l'età di CSB è un segno clinico importante, il cui significato deve essere approfondito alla luce della storia del paziente.

Emergono correlazioni significative tra il punteggio grezzo del CSBI e voci della TSCYC relative ad aspetti post-traumatici, in particolare Rabbia, PTS Totale, PTS Evitamento e PTS Arousal, Preoccupazioni Sessuali.

Inoltre i CSB correlano con diverse voci della CBCL per età 6-18: Problemi Esternalizzanti (Comportamento Dirompente, Comportamento Aggressivo), Totali, di Socializzazione, del Pensiero, di Iperattività e Deficit di Attenzione, Oppositivo Provocatori, di Condotta, Ossessivo-Compulsivi, da Stress Post-Traumatico, Ritmo Cognitivo Rallentato.

Una terza correlazione assai importante emerge con segni e sintomi di dissociazione descritti dalla CDC. La significatività di queste associazioni con subscale

di questionari già validati e in uso testimonia il valore del CSBI come strumento di indagine clinica; inoltre conferma, come mostrato in letteratura, che CSB frequenti rientrano in quadri clinici complessi, riconducibili a un modello multifattoriale, che non sempre riguarda solo l'ambito della sessualità¹¹⁻¹⁴.

La ridotta numerosità non consente ancora di verificare una significatività statistica, ma è interessante osservare che nei tre gruppi –in accordo con gli studi internazionali- ricorrono CSB più frequenti e tipici mentre differiscono per alcuni CSB non comuni, più rappresentati nei gruppi N e A rispetto a G.

Per quanto riguarda i CSB solitari gli studi internazionali rilevano frequenze osservabili decrescenti con l'età in maschi e femmine: 60% per i maschi e 43% per le femmine tra i 2 e i 5 anni, tra i 6 e i 9 anni 39% tra i maschi, 20% tra le femmine, dai 10 ai 12

anni percentuali ancora inferiori (1% dei maschi, 2% delle femmine)¹³⁻¹⁵.

Nel nostro campione i CSB solitari più comuni (12. Si tocca i genitali quando è a casa) sono stati riscontrati con una frequenza del 25-30% sul totale dei 3 gruppi.

Per quanto riguarda i comportamenti sessuali infantili interpersonali è interessante riferirsi alle percentuali di alcuni comportamenti campione osservati da genitori in diversi studi che hanno fatto uso del CSBI¹⁴⁻¹⁹, descritte in Tabella I.

Anche se le dimensioni dei nostri risultati si modificheranno con l'aumentare del campione nel proseguire lo studio, è già possibile per il momento rilevare che le frequenze appaiono minori rispetto a quelle osservate in Olanda, Svezia, Spagna e nelle Fiandre, ma simili a quelle riscontrate negli

TAB. I.

	Olanda ^a	Spagna ^b	Svezia ^c	Fiandre ^d			USA ^e			USA Afro-Americani ^f		Italia (il nostro campione)		
												Gruppo G	Gruppo N	Gruppo A
Età dei bambini	0-11	0-11	3-6	2-5	6-9	10-12	2-5	6-9	10-12	2-6	7-12	3-12		
n	670	93	185	470	311	136	574	362	178	32	24	40	12	7
19. Cerca di guardare le persone quando sono nude o si stanno svestendo														
Maschi	43	-	50	37	29	19	27	20	6	5	9	25	16	14
Femmine	44		58				27	21	5	25	8			
7. Tocca o cerca di toccare il seno della mamma e/o di altre donne														
Maschi	74	63	68	63	36	10	42	14	1	25	0	25	41	14
Femmine	79		79				44	16	1	33	8			
13. Tocca i genitali degli altri														
Maschi	30	17	24	22	8	2	9*	1*	1*	5*	0*	5	0	14
Femmine	36		22				8*	8*	1*	8*	0*			
33. Mostra i genitali ai bambini.														
Maschi	24	22	34	13	7	2	9	5	0	5	0	0	8	0
Femmine	18		20				6	2	1	0	0			
21. Mostra i genitali agli adulti														
Maschi	25	25	34	21	5	4	15	6	3	0	0	7	8	14
Femmine	17		22				14	5	2	0	0			

- Percentuali non disponibili, * le risposte in questi studi erano scomposte per diversi gruppi di "altri" (p.e. genitori, altri adulti, altri bambini). Sono qui riportate le percentuali relative al gruppo i cui genitali erano toccati più spesso. E' plausibile che la percentuale riferita a tutti i generi di "altri" insieme sia maggiore.

^a Sandfort & Cohen-Kettenis, 2000; ^b Lopez Sanchez, Del Campo & Guijo, 2002; ^c Larsson & Svedin, 2002b; ^d Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999; ^e Friedrich, Fisher, Broughton, Houston & Shafran, 1998; ^f Thigpen, Pinkston & Mayefsky, 2003.

USA e talora superiori a quelle del campione afro-americano USA.

Gli studi sono stati condotti su campioni spesso molto più numerosi del nostro.

La prosecuzione del lavoro apre a numerosi approfondimenti, per esempio il confronto tra madri e padri, i CSB osservati dagli insegnanti, il variare delle frequenze dei CSB per età, sesso ed eventuali diagnosi dei bambini, e i legami con le variabili sociodemografiche.

Nel corso della raccolta dati preliminare è stato possibile rendersi conto di alcuni limiti tra cui la lunghezza del protocollo, che può compromettere la compliance dei respondent, e la necessità di procedure più accurate per ridurre al minimo il bias di selezione del campione. La partecipazione volontaria è un criterio che tende naturalmente a selezionare respondent più sensibili e aperti all'argomento. Non è stato raro imbattersi in adulti che hanno reagito con un rifiuto netto, spesso motivato da esplicito disaccordo rispetto alle tematiche affrontate, anche se la raccolta dati era finalizzata esclusivamente ed espressamente all'osservazione di una realtà su cui disponiamo di molte opinioni ma di pochi riscontri oggettivi.

Bibliografia

- 1 De Graaf H, Rademakers J. *Sexual development of prepubertal children*. J Psychol Human Sex 2006;1:21.
- 2 Achenbach TM, and Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
- 3 Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. *Development, reliability and validity of a child dissociation scale*. Child Abuse Negl 1993;7:31-41.
- 4 Putnam FW, Peterson G. *Further validation of the Child Dissociative Checklist*. 1994, Dissociation 1994;4:204-11.
- 5 Briere, J. *Trauma Symptom Checklist for Young children. Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2005.
- 6 Briere J, Kohnsson K, Bissada A, et al. *The Trauma Symptom Checklist for Young Children - TSCYC: reliability and association with abuse exposure in a multi-site study*. Child Abuse Negl 2001;25:1001-14.
- 7 Friedrich WN. *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1997.
- 8 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- 9 Herman J. *Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, 1997.
- 10 Tagliavini M. *La dimensione dissociativo-traumatica: riconoscerla, valutarla, curarla*. Milano: Centro TiAma, 2016.
- 11 Putnam FW. *Ten-year research update review: child sexual abuse*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2003;42:269-78.
- 12 Friedrich WN, Jaworski TM, Huxsahl JE, et al. *Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories*. J Interpers Violence 1997;12:155-71.
- 13 Elkovitch N, Latzman R, Hansen DJ, et al. *Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework*. Clin Psychol Rev 2009;29:586-98.
- 14 Lopez Sanchez F, Del Campo A, Guijo V. *Pre-pubertal sexuality*. Sexologies 2002;11:49-58.
- 15 Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, et al. *Normative sexual behavior in children: a contemporary sample*. Pediatrics 1998;101:9.
- 16 Sandfort TGM, Cohen-Kettenis PT. *Sexual behavior in Dutch and Belgian children as observed by their mothers*. J Psychol Human Sex 2000;12:102-15.
- 17 Larsson I, Svedin CG. *Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior - a comparison*. Child Abuse Negl 2002;26:247-66.
- 18 Schoentjes E, Deboutte D, Friedrich W. *Child sexual behavior inventory: a Dutch-speaking normative sample*. Pediatrics 1999;104:885-93.
- 19 Thigpen JW, Pinkston EM, Mayefsky JH. *Normative sexual behavior of African American children*. In: Bancroft J, ed. *Sexual Development in Childhood*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2003.

CORRISPONDENZA

Donata Notari, via Pietro Baiardi, 17, 10126 Torino - E-mail: donata.notari@gmail.com

LA GESTIONE DELL' "EMERGENZA PSICHIATRICA": L'ESPERIENZA OSPEDALIERA DELL'UNITÀ DI PSICHIATRIA INFANTILE DI PADOVA

Managing "psychiatric emergency": the hospital experience of pediatric psychiatric unit in Padua

L. Zilli, A. Traverso, E. Toffoli, V. Morao, B. Bolzonella, F. Scarabel, C. Bertossi, M.F. Pelizza, A. Rampazzo, P.A. Battistella, S. Zanato

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova

RIASSUNTO

Introduzione. Il numero delle emergenze psichiatriche in età infantile e in adolescenza è in aumento in tutto il mondo, con un incremento del numero delle ospedalizzazioni e dei costi per la salute mentale. Lo studio ha lo scopo di evidenziare le caratteristiche dei ragazzi che cercano aiuto in ospedale per problematiche psichiche acute e si propone di analizzare gli standard di cura offerti.

Metodi. Sono stati revisionati i dati relativi ai pazienti pediatrici ricoverati per disturbi psichici nel Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino di Padova dal 2011 al 2016. Ogni paziente ha ricevuto un inquadramento psicodiagnostico specifico. I pazienti sono stati suddivisi in base alla modalità di accesso (Pronto Soccorso-PS o altro).

Risultati. Negli ultimi 2 anni il tasso delle ospedalizzazioni è risultato in aumento e circa il 66% di queste avviene in seguito ad accesso in PS. Il motivo principale di ricovero in acuto: agiti e/o ideazione suicidaria (31%); la più frequente diagnosi alle dimissioni: disturbi affettivi (46%). Circa il 23% dei pazienti accolti in acuto ha necessitato di terapia farmacologica; il 72% è stato dimesso con terapia farmacologica cronica.

Conclusioni. L'aumento delle emergenze psichiatriche mette in luce la necessità di implementare le risorse di cura nei servizi pediatrici dedicati alle acuzie, con setting adeguati, neuropsichiatri e personale specializzato per una gestione mirata a migliorare l'outcome clinico, nonché volta a ridurre i costi e i tempi di ospedalizzazione.

SUMMARY

Introduction. The number of childhood and adolescence psychiatric emergencies is increasing all over the world with a raising number of hospitalizations and costs for mental health. The study is aimed to highlight the characteristics of children who seek help for acute psychiatric problems in hospital and to analyze standard of care offered.

Methods. Data from pediatric patients hospitalized for psychiatric disease in the Department of Women's and Children's Health of Padua from 2011 to 2016 were reviewed. Each patient received a psychiatric mental health assessment. Patients were divided according to type of admission (Emergency Department-ED and others).

Results. Over the last 2 years, the rate of psychiatric hospitalizations has increased and almost 66% of these occurred after ED access. The main reason for acute recovery: suicidal behaviors and/or thoughts (31%); the main diagnosis at the discharge: affective disorders (46%). Almost 23% of the patients admitted in emergency wards needed pharmacological therapy; 72% was dismissed with a chronic pharmacological therapy.

Conclusions. The increase of psychiatric emergencies reveals the need to improve psychiatric patient-tailored care in pediatric services dedicated to acute situations, with adequate setting, pediatric psychiatric specialists and a targeted management, in order to improve the outcomes and to reduce costs and time of hospital stays.

INTRODUZIONE

Le "emergenze psichiatriche" in età infantile e in adolescenza risultano in aumento in tutto il mondo^{1,2}, con un incremento del numero degli accessi al pronto

soccorso per sintomi psichici acuti, del numero delle ospedalizzazioni e quindi dei costi finali per la salute mentale³.

Le emergenze psichiatriche in età evolutiva si differenziano da quelle dell'adulto per diversi aspetti: sia per

PAROLE CHIAVE

Emergenze psichiatriche - Adolescenti - Pronto soccorso

KEY WORDS

Psychiatric emergency - Adolescents - Emergency department

le manifestazioni sintomatologiche variabili per età, sia per la grande influenza dei concomitanti fattori socio-ambientali ⁴.

Il contesto ambientale infatti è talora caratterizzato da limitate capacità supportive, scarsa attenzione ai segnali prodromici e difficoltà nella gestione dei comportamenti a rischio, in associazione a risorse territoriali socio-sanitarie limitate o insufficienti; esso va considerato quindi come elemento costitutivo caratterizzante e, a volte, determinante la condizione di urgenza.

Nel panorama nazionale la possibilità di rispondere alle emergenze psichiatriche in età evolutiva è eterogenea e l'organizzazione dei servizi pediatrici d'urgenza destinati all'accoglimento di questi pazienti risulta spesso inadeguata: nello specifico in Italia emerge la scarsa disponibilità di personale specializzato in psichiatria dell'età evolutiva in ambiente ospedaliero e la carenza di posti letto dedicati a questo tipo di acuzie ⁵.

Il ricovero dei pazienti pediatrici in scompenso psichiatrico acuto si rivela spesso un intervento necessario, con funzioni diagnostiche, terapeutiche e di tutela del minore, ma quando un reparto di accoglimento non è organizzativamente preposto a questo fine, si rischia di vanificare il significato del ricovero stesso ⁶ o di non fornire le cure necessarie al paziente.

Il Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino è un ospedale universitario e rappresenta l'unico accesso a Padova per le emergenze psichiatriche pediatriche. I pazienti possono giungere in Pronto Soccorso pediatrico (accoglienza fino ai 14 anni) oppure presso il PS centrale (> 15 anni).

Presso il PS, il Neuropsichiatra fornisce una consulenza specialistica tra le 9.00 e le 17.00 dei giorni feriali; nelle altre fasce orarie, il paziente può ricevere una valutazione dallo psichiatra dell'adulto, essere trattenuto in osservazione in attesa di consulenza NPI o direttamente ricoverato, in base alle condizioni cliniche e al giudizio del medico preposto all'urgenza. I pazienti ricoverati vengono seguiti nell'UOC di NPI ad indirizzo psichiatrico, che si occupa del management (diagnostico, terapeutico ed organizzativo) dell'intero ricovero, con posti letto dedicati all'interno di un reparto pediatrico ad afferenza mista (commissione di età e di patologie). Secondo delibera azien-

dale, l'UOC di NPI accoglie i pazienti fino ai 16 anni salvo situazioni di comportamenti esternalizzanti particolarmente gravi o franca ideazione anticonservativa, per limiti strutturali ed organizzativi.

Lo studio ha l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche dei minori che richiedono aiuto per emergenze psichiatriche e che successivamente vengono ricoverati, descrivendo gli standard di cura offerti.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati retrospettivamente tutti i pazienti ricoverati per problematiche psichiche presso il Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino dell'Ospedale di Padova tra 01.2011 e 08.2016.

I casi sono stati valutati classificando la modalità di accesso al ricovero ("urgenti" e "non urgenti"). Sono stati considerati "urgenti" i ricoveri avvenuti in seguito ad accesso del paziente in PS (pediatrico o centrale) e "non urgenti" quelli avvenuti in modalità programmata.

Tutti i pazienti ricoverati sono stati valutati con un'anamnesi medica e psichica completa, sono stati visitati (obiettività fisica quotidiana da parte di un medico NPI dedicato alla valutazione internistica) e sono stati organizzati eventuali approfondimenti strumentali-laboratoristici e consulenze specialistiche qualora le condizioni cliniche lo richiedessero. Per ogni paziente è stato proposto un inquadramento psicodiagnostico specifico, attraverso colloqui liberi plurisettimanali con il minore e con i genitori/tutori del minore in maniera separata da due operatori (Neuropsichiatri Infantili, talora colloqui con i genitori tenuti da psicologi clinici), utilizzo di test semistrutturati, strutturati e proiettivi in base alle necessità diagnostiche specifiche.

Dei pazienti ricoverati sono stati raccolti i dati anagrafici, clinici (presenza di una presa in carico di tipo neuropsichiatrico precedente al ricovero, inquadramento diagnostico sec. ICD 10, trattamento farmacologico utilizzato in acuto e in cronico) e i dati caratterizzanti l'ospedalizzazione (durata del ricovero, eventuale necessità di trasferimento per percorso clinico riabilitativo).

I dati del profilo clinico di ogni paziente sono stati classificati in base al motivo che ha portato al ricovero e alla diagnosi finale principale, raggruppate in sei

classi. È stata effettuata un'analisi descrittiva di confronto tra le caratteristiche cliniche della popolazione di pazienti con ricovero "urgente" e la popolazione di pazienti con ricovero "non urgente".

RISULTATI

Da gennaio 2011 ad agosto 2016, 379 soggetti di età inferiore ai 18 anni hanno avuto accesso al PS per sintomi psichici, ricevendo una consulenza neuropsichiatrica infantile. Gli accessi hanno presentato una frequenza media pari a 5 al mese (periodo 2011-2015), con un incremento a 7 pazienti/mese nel 2016.

Il numero totale di pazienti ricoverati è stato 198, con un trend di aumento di circa il 30% per anno negli ultimi due anni (Fig. 1). Centotrentuno pazienti sono stati ricoverati in seguito ad accesso da PS (66% dei ricoveri totali).

Il campione è composto prevalentemente da femmine (n = 134, 68%). L'età media dei pazienti è stata di 12 anni (range 2,5-16) con una tendenza all'aumento (13 anni nel periodo 2015-2016).

Dei ricoverati, circa il 70% (n = 139) non aveva una presa in carico neuropsichiatrica attiva prima del ricovero.

Il motivo di accesso e le diagnosi principali dei pazienti accolti sono rappresentate in Figura 2.

Nella popolazione di pazienti "urgenti", il motivo principale di accesso in PS risulta rappresentato da

comportamenti e/o pensieri suicidari (31%), mentre nel gruppo dei pazienti "non urgenti" l'accesso avviene per altre cause di frequenza singola < 5% (es. disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva, iperattività e disturbi associati in comorbidità).

Le diagnosi principali alle dimissioni sia nei pazienti ricoverati in "urgenza" che in quelli programmati sono rappresentate nella maggior parte dei casi da disturbi affettivi (ICD10 F30-F39).

La durata media delle ospedalizzazioni è stata di 22 giorni, con una tendenza alla riduzione nell'ultimo anno (2014-15: 28 giorni; nel 2016: 18 giorni).

Quattordici pazienti sono stati successivamente trasferiti presso altre strutture, o per difficoltà di gestione e contenimento in un reparto pediatrico (n = 4), o per la prosecuzione delle cure in una struttura riabilitativa dedicata (n = 10).

Il 23% dei pazienti "urgenti" ha necessitato di contenimento farmacologico all'accoglimento in PS, con l'utilizzo di farmaci appartenenti a diverse classi farmacologiche: nel 70% dei casi benzodiazepine, nel 20% antipsicotici atipici e nel 10% utilizzo in successione di benzodiazepine e antipsicotici.

Di tutti i pazienti ricoverati il 62% (n = 124) è stato dimesso con una terapia farmacologica psicotropa continuativa: nel gruppo dei pazienti "urgenti" questa percentuale aumenta al 72%. I farmaci prescritti risultano essere: 34% antipsicotici atipici, 12% antidepressivi serotoninergici ed antipsicotici atipici, 8% stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici, 8% SSRI, 6% antipsicotici tipici, 4% benzodiazepine.

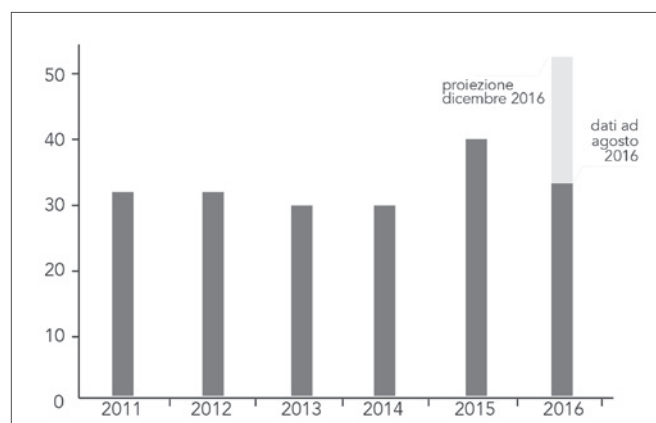


Fig. 1. Trend ricoveri psichiatrici (numero pazienti per anno; in chiaro, proiezione ricoveri a dicembre 2016).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In accordo con la letteratura^{7,8}, anche nella nostra struttura le "emergenze psichiatriche" in età evolutiva presentano un trend di aumento, sia in termini di consulenze specialistiche in PS, sia in termini di ospedalizzazioni (+ 60% negli ultimi 2 anni) dopo accesso "urgente".

L'età media dei pazienti ospedalizzati, intorno ai 13 anni, mostra un graduale trend di aumento, avvicinandosi ai dati di letteratura, che si attestano attorno ai 15-16 anni⁹. Considerando i ricoveri, il dato di prevalenza femminile potrebbe risentire di una differente presentazione dell'acuzie psichica nei due sessi,

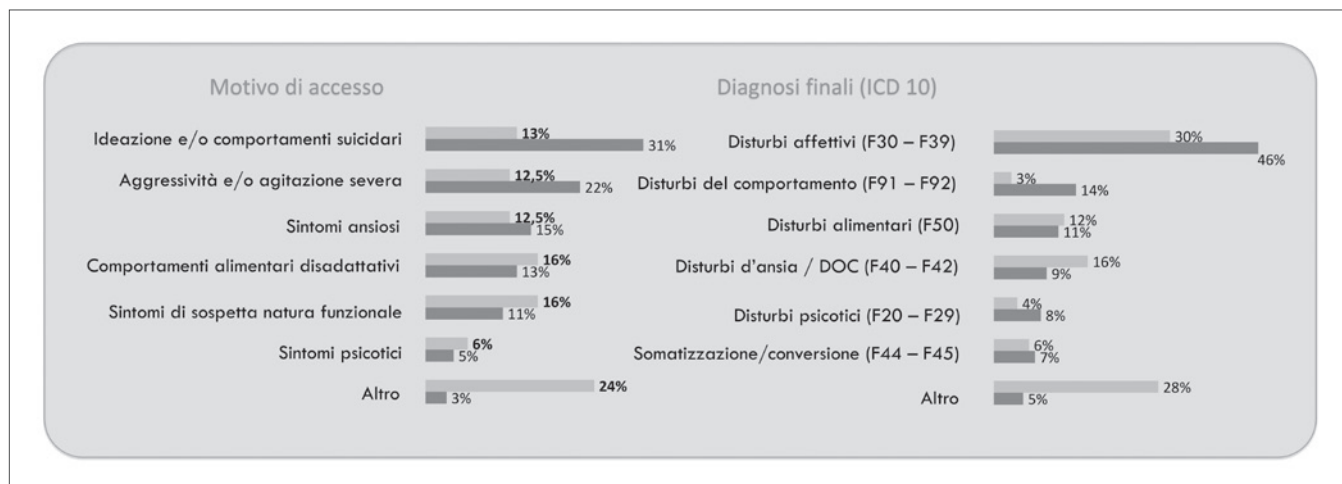


Fig. 2. Profilo clinico dei pazienti ricoverati (in scuro pazienti urgenti; in chiaro pazienti non urgenti).

come anche di un diverso approccio nella gestione ospedaliera. Ad esempio, la presenza di comportamenti eteroaggressivi espressi in modo più severo in pazienti di sesso maschile¹⁰ potrebbe aver influito sulla decisione di non ricoverare il soggetto in un reparto sprovvisto di alcune misure contenitive e di monitoraggio necessari a garantire la sicurezza del paziente e degli altri degenti. I più frequenti motivi d'accesso ospedaliero in "urgenza" sono risultati essere l'ideazione e/o i comportamenti suicidari, seguiti dai comportamenti aggressivi/ agitazione severa, in linea con la letteratura^{10 11} e con le classificazioni di appropriatezza (classe I di Rosenn e Gail; 2006)¹².

Questo dato conferma, come descritto da Tagliavento et al.¹³, l'elevata incidenza della suicidalità quale motivo di ospedalizzazione psichiatrica in Italia, evidenziando l'importanza della figura del NPI per l'individuazione e la valutazione del rischio in PS e la valenza "protettiva" e "preventiva" che può assumere il ricovero. In tal senso, appare necessaria la costituzione di luoghi di cura specialistici ed adeguati dal punto di vista strutturale e organizzativo, personale qualificato e formato in psichiatria dell'età evolutiva.

L'utilizzo di un contenimento farmacologico in PS è stato necessario nel 23% dei casi, con una preponderanza dell'utilizzo di benzodiazepine, farmaco di facile utilizzo anche per i medici non specialisti. In circa un terzo dei casi (30%) i pazienti hanno necessitato dell'utilizzo di terapia neurolettica specifica per la stabilizzazione clinica

in regime di acuzie: l'esiguità degli studi in merito anche a livello internazionale¹⁴ rende difficile il confronto con altre casistiche ed evidenzia la necessità di approfondire questo aspetto, al fine di favorire la definizione di protocolli d'intervento omogenei in età evolutiva.

Dal punto di vista psicodiagnostico, i disturbi affettivi risultano essere quelli più presenti nei pazienti ospedalizzati sia con accesso "urgente" che programmato, riflettendo il dato epidemiologico e una probabile maggiore sensibilizzazione diagnostica e sociale nei confronti di tali quadri¹⁵.

Nella popolazione "urgente" si riscontra poi la prevalenza di disturbi della condotta, seguiti dallo scadimento delle condizioni generali per disturbi del comportamento alimentare.

In più della metà dei pazienti (62%), ed in particolare considerando i ricoveri "urgenti", è stata indicata una terapia psicofarmacologica cronica con neurolettici, associati o meno a SSRI, sottolineando che giungono al ricovero soggetti in situazioni di severa gravità clinica, nelle quali il momento del ricovero va a costituire una fase necessaria a ristabilire un equilibrio da cui partire per un percorso di cura integrato farmacologico e psicoterapico, che sarà fondamentale proseguire in regime extraospedaliero.

I soggetti ricoverati, nella maggior parte dei casi (70%), non hanno storia di valutazioni psichiatriche antecedenti il ricovero: l'accesso durante l'acuzie costituisce, quindi, il primo ingresso alle cure, come descritto anche in

letteratura¹⁶. Tale dato permette alcune speculazioni in merito al ruolo del contesto socio-familiare¹⁷ e delle risorse territoriali. Nel ricorso alla richiesta di cura, il contesto socio-familiare può talora ignorare o sottostimare le problematiche emotive per vissuti di “stigma” ancora fortemente legati a queste patologie e/o per vissuti “di colpa” da parte dei familiari, o per la presenza di contesti meno sensibilizzati alla cura del minore, oppure per disinformazione o banalizzazione delle caratteristiche peculiari del disagio psichico in questa delicata fascia d'età. Va inoltre presa in considerazione la possibilità che la risposta all'urgenza in PS aumenti per un mancato assorbimento delle richieste a livello territoriale, a causa dei limiti organizzativi e di personale esistenti anche nei Servizi di cura extra-ospedalieri; dato che complica la continuità assistenziale¹⁸ ed un lavoro di prevenzione, ad oggi sempre più necessari.

Si auspicano interventi politici orientati da un lato al rinforzo dei servizi psichiatrici per l'età evolutiva, sia dell'urgenza che della cura territoriale, dall'altro alla prevenzione della salute mentale in età pediatrica.

Ulteriori studi sono necessari per analizzare le caratteristiche specifiche (epidemiologiche, ambientali, cliniche) dei soggetti in età evolutiva che richiedono aiuto per emergenze psichiatriche su una più ampia e multicentrica popolazione, finalizzati ad identificare popolazioni di rischio e a strutturare interventi di gestione delle acuzie sempre più omogenei sul territorio anche nazionale.

Bibliografia

- 1 Janssens A, Hayen S, Walraven V, et al. *Emergency psychiatric care for children and adolescents. a literature review*. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:1041-50.
- 2 Sangermani R. *Problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza: criticità nella pratica e nella modalità di intervento*. *Quaderni Acp* 2014;21:210-3.
- 3 Bardach NS, Coker RT, Zima BT, et al. *Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders*. *Pediatrics* 2014;133:602-9.
- 4 Mucci M. *La specificità dell'urgenza psichiatrica in età evolutiva-aspetti clinici e organizzativi*. *NRSP* 2013;7.
- 5 Calderoni D, Ferrara M, Sarti MI, et al. *“More with less”: minori e ricovero psichiatrico*. *Giorn Neuropsich Età Evol* 2008;28:149-66.
- 6 Liverani A, Barcia G, Ercolanese T, et al. *L'emergenza psichiatrica in età evolutiva: tendere una rete tra territorio e ospedale*. *Medico e Bambino* 2014;33:519-22.
- 7 Pittsenbarger ZE, Mannix R. *Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illness*. *Acad Emerg Medicine* 2014;21:25-30.
- 8 ISTAT. *L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici*. Roma 2004.
- 9 Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H, et al. *Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1197-1202.
- 10 Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, et al. *A 5-year retrospective study of demographic anamnestic and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients*. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:191-201.
- 11 Pon N, Asan B, Anandan S, et al. *Special considerations in pediatric psychiatric populations*. *Emerg Med Clin N Am* 2015;33:811-24.
- 12 Edelsohn GA, Gomez JP. *Psychiatric emergencies in adolescents*. *Adolesc Med Clin* 2006;17:183-204.
- 13 Tagliavento L, Cocco I, Viganò V, et al. *Adolescenti e tentato suicidio: una fotografia della casistica bresciana*. *Gior Neuropsich Età Evol* 2015;35:185-90.
- 14 Dorfman DH, Metha SD. *Restrain use for psychiatric patients in the pediatric emergency department*. *Pediatr Emerg Care* 2006;22:7-12.
- 15 Frigerio A, Rucci P, Goodman R, et al. *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:217-26.
- 16 Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, et al. *Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network*. *Pediatr Emerg Care* 2009;25:715-20.
- 17 Costello EJ, He JP, Sampson NA, et al. *Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the national comorbidity survey-adolescent*. *Psychiatr Serv* 2014;65:359-66.
- 18 Dolan MA, Fein JA and Committee on Pediatric Emergency Medicine. *Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system*. *Pediatrics* 2011;127:e1356-66.

CORRISPONDENZA

Silvia Zanato, UOC di Psichiatria Infantile, Dipartimento A. I. per la Salute della Donna e del Bambino, via Giustiniani 3, 35128 Padova - E-mail: silvia.zanato_01@aopd.veneto.it

ATTIVITÀ E UTENZA DI UN SERVIZIO TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: VERIFICA DOPO 10 ANNI

Activities and users of a local service of Child and Adolescent Neuropsychiatry: occurs after 10 years

M. Camuffo¹, S. Dei²

¹ Direttore UOC di Neuropsichiatria Infantile, UFSMIA Area Grossetana, Azienda USL Toscana Sudest; ² Direttore Sanitario, Azienda USL Toscana Sudest

RIASSUNTO

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA) Area Grossetana, servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, utilizza di routine un sistema di indicatori, derivato dal sistema della SINPIA, per la valutazione qualitativa e quantitativa degli interventi. In questo lavoro il sistema viene utilizzato per un confronto tra due anni di attività (2005 e 2015). Le risorse, l'utenza, l'organizzazione e gli esiti, in particolare la soddisfazione dei genitori, vengono confrontati e discussi, evidenziando le aree di criticità e i punti di forza, individuando gli eventuali cambiamenti a distanza di 10 anni e delineando un profilo dell'attività del servizio e del suo stile di lavoro.

PREMESSA

L'UFSMIA (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) Area Grossetana, di fatto un servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica e Riabilitazione Funzionale per l'età evolutiva, produce all'inizio di ogni anno un'analisi della propria attività, utilizzando un "cruscotto" di indicatori (di risorse, di processo e di esito) ricavato dal "sistema di macro-indicatori per la valutazione dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza"¹, poi modificato per le UF toscane² e successivamente applicato per valutazioni interne³ e confronti tra servizi⁴. La stessa Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ha proposto un sistema simile⁵, mentre la Regione Toscana sta attualmente tentando la costruzione di una lista

SUMMARY

UFSMIA (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) Area Grossetana, a territorial service of Child and Adolescent Neuropsychiatry, routinely uses a system of indicators, derived from the SINPIA system, for the qualitative and quantitative evaluation of the interventions. In this work the system is used for a comparison of two years of activity (2005 and 2015). The resources, the users, the organization and the results, in particular the parents' satisfaction, are compared and discussed, highlighting the critical areas and the strengths, identifying any changes in 10 years and outlining a profile of the service and its work style.

condivisa di indicatori utilizzabili dai servizi toscani in modo routinario.

Il cruscotto ha consentito, ogni anno, agli operatori dell'UFSMIA di discutere sui risultati di attività dell'anno precedente, sui suoi scostamenti e sulle linee di tendenza individuate, e di ipotizzare una programmazione per correggere le eventuali criticità rilevate.

INTRODUZIONE

A parere degli Autori, un intervallo di dieci anni appare congruo per verificare non solo le differenze nell'attività e, quindi, nell'organizzazione di un servizio, ma anche per evidenziare i cambiamenti intervenuti nella stessa utenza che a tale servizio accede. Tutte e tre le variabili, infatti, si influenzano a vicenda e

PAROLE CHIAVE

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - Servizio territoriale - Sistema di indicatori

KEY WORDS

Child and adolescent neuropsychiatry - Territorial health service - System of indicators

condizionano la qualità degli interventi e le scelte di chi dell'organizzazione è responsabile, di chi lavora nella struttura, di chi a tale struttura si rivolge per i propri bisogni e di tutti coloro che con la struttura e con la sua organizzazione hanno a vario titolo motivi per interagire⁶⁷.

L'UFSMIA Area Grossetana rappresenta un contesto di lavoro ideale per un'analisi di questo tipo, per una serie di ragioni: stabilità della popolazione di riferimento, avvicinabile a un campione standard di 100.000 residenti; invarianza sostanziale delle risorse umane e strutturali negli anni; condizione di monopolio dell'attività, almeno rispetto alle strutture pubbliche e convenzionate del territorio; insistenza in una Regione, la Toscana, particolarmente attenta ai modelli organizzativi e alla quantità e alla qualità delle prestazioni erogate; disponibilità di un sistema informativo in grado di fornire i dati necessari per un'utile valutazione epidemiologica di servizio.

IL CONTESTO

L'UFSMIA Area Grossetana è una struttura organizzativa territoriale "complessa"⁸, afferente al Dipartimento Salute Mentale, che produce ed eroga prestazioni sanitarie di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia e Riabilitazione Funzionale, come da attestazione dei requisiti di esercizio per il "Percorso Salute Mentale" e per il "Percorso Riabilitazione" ottenuta nel 2011 ai sensi della L.R. n. 51/2009 ("Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento") e del successivo Regolamento n. 61/R 2010.

Il suo mandato comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici della popolazione in età 0-17 anni e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino/adolescente nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale) (Piano Sanitario Regionale della Toscana 2008-2011, 5.6.2.1.1).

Il territorio di riferimento coincide con il Distretto-Zona 4 dell'AUSL 9 Grosseto, comprendente 5 Comuni (Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Roccastrada, Scansano) oltre alla città di Grosseto, per un totale di 108.623 residenti, di cui

15.974 in età 0-17 anni (ISTAT 2015; nel 2005: 101.848 residenti, 13.993 in età 0-17). Nel Distretto insistono un Ospedale Generale, due Centri convenzionati accreditati per interventi di logopedia in età evolutiva e un Centro convenzionato accreditato per interventi riabilitativi di logopedia e fisioterapia (adulti e bambini). La grande maggioranza (> 80%) dell'utenza in età evolutiva che accede ai Centri convenzionati per la logopedia è comunque seguita dall'UFSMIA per le visite di neuropsichiatria infantile e di psicologia e per gli interventi dovuti ai sensi della L.170/92. Afferiscono all'UFSMIA il "Modulo di Neurologia dell'Età Evolutiva" che opera presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto, dedicato alla diagnosi e alla terapia delle patologie epilettiche, della convulsività e della cefalea in età evolutiva (1 NPI e 1 Pediatra, in attività come team multiprofessionale, per 2 giorni al mese) e il Centro Educativo e Riabilitativo per Minori con Disturbi dello Spettro Autistico, dedicato alla presa in carico dei minori in età 2-13 anni, attivo dal 2010 con fondi progettuali della Regione Toscana e destinato a diventare struttura stabile (1 PSI, 1 LOG, 1 PM, 1 EP, a 16 ore settimanali ciascuno).

In Toscana, le Unità Funzionali sono le strutture organizzative territoriali che erogano le attività; possono essere semplici o complesse ma sono sempre multiprofessionali; le Unità Operative, invece, sono le strutture monoprofessionali (di Neuropsichiatria Infantile, di Psicologia, di Riabilitazione ecc.), la cui autonomia è solo tecnico-professionale. In Area Grossetana, il Responsabile dell'UFSMIA è anche Direttore della UO di Neuropsichiatria Infantile aziendale e il personale (specialisti e comparto) è tutto assegnato al servizio e non in proiezione funzionale.

Esclusa l'attività privata e quella libero professionale intra-moenia, non esistono altre strutture che svolgano, nel territorio di riferimento, attività professionale di Neuropsichiatria Infantile.

La registrazione dei dati di attività viene effettuata da ciascun operatore dell'UFSMIA Area Grossetana sul pc in dotazione, attraverso il software CARIBEL "Salute Mentale Infanzia e Adolescenza", per l'archiviazione, l'analisi e la gestione dei dati clinici e degli interventi relativi all'utente. CARIBEL supporta il sistema informativo del DSM per la Neuropsichiatria

Infantile, inviando ormai in tempo reale in Regione, attraverso il CED aziendale, i flussi SPA (specialistica ambulatoriale), SPR (riabilitazione) e SM (salute mentale) e assolvendo quindi i debiti informativi previsti dalla normativa vigente. Il sistema prevede la possibilità di ottenere in qualsiasi momento il resoconto dell'attività fornita dai singoli operatori e dal servizio nel suo complesso.

Ai fini della presente ricerca, tutto il personale è stato considerato in termini di unità di personale equivalente a tempo pieno; non sono stati conteggiati né i tirocinanti, né gli operatori assunti a fini progettuali.

LE RISORSE

Le risorse umane e strutturali dell'UFSMIA si sono mantenute pressoché stabili nel corso degli anni. Le sedi sono rimaste le stesse, il personale ha subito avvicendamenti fisiologici (con l'unica eccezione del Centro Autismo di recente attivazione). L'indicatore strutturale e organizzativo (Fig. 1), per quanto approssimativo e superato oggi dagli indicatori contenuti nel "Manuale di Accreditamento Professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" ⁵, indica un miglioramento complessivo della situazione dopo 10 anni: tutti gli item suggeriscono una condizione stabile o in miglioramento, con la sola eccezione della disponibilità di spazio per l'archiviazione delle cartelle e della documentazione non informatizzata, spazio oggi decisamente insufficiente a fronte di una quantità di materiale cartaceo in aumento progressivo e apparentemente inarrestabile; sono aumentati lo spazio per le riunioni e il numero dei personal computer, oggi disponibili per tutti gli operatori; i protocolli formalizzati per il raccordo con le attività ospedaliere e con gli altri servizi socio-sanitari sono stati implementati e vengono rinnovati ogni due anni; il piano formativo annuale viene discusso e programmato dal servizio e attuato nei limiti delle norme per il contenimento delle spese. Le risorse umane (Tab. I), disponibili nel 2015, appaiono quantitativamente sovrapponibili a quelle del 2005, con una contrazione della Logopedia, a fronte dell'acquisizione di figure prima mancanti (Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Educatore Professionale, Assistente Sociale).

TAB. I. Le risorse umane.

	2005	2015
NPI	2,7	2,4
PSI	0,7	1,9
LOG	6	3,7
FT	2	1,7
PM	0	1
EP	0	1
AS	0	0,5
INF	1	2
AMM	1	0
Tot.	13,4	14,2

L'ATTIVITÀ

I dati numerici relativi all'attività svolta (Tab. II) appaiono nel 2015 decisamente più elevati rispetto al 2005: è raddoppiato il numero degli utenti attivi, con almeno un contatto nell'anno; è aumentato del 20% il numero dei nuovi utenti, che mai avevano contattato il servizio in precedenza, nell'anno; gli utenti in carico sono aumentati di oltre il 30%, gli alti utilizzatori di oltre il 50%, gli utenti in trattamento riabilitativo con almeno un ciclo trimestrale di trattamenti del 46%; il numero di utenti in carico con attestazione di handicap ai sensi della L.170/1992 è cresciuto del 45% nei dieci anni, in linea con la crescente prevalenza dei soggetti disabili a scuola, passata dall'1,6% del 2005 a oltre il 2% della popolazione scolastica nel 2015, con un netto incremento negli anni successivi al 2010, primo anno di assenza degli specialisti NPI nella Commissione specifica.

Il numero di accessi totali e il numero delle prestazioni sono ormai sovrapponibili, come risultato del lavoro di formazione sugli operatori e di perfezionamento del sistema informativo, nello sforzo di far coincidere a ogni accesso un'unica prestazione.

Il numero di relazioni (certificati ai sensi della L.104/92 e della L.170/2010, certificati per BES, Diagnosi Funzionali, Profili Dinamici Funzionali, relazioni per Tribunali, certificati per patente/patentino, per alloggio popolare ecc.) è più che raddoppiato rispetto al 2005.

Gli indicatori di processo (Tab. III; 10-27) segnalano una prevalenza utenti nell'anno salita nei dieci anni

Descrizione

È un indicatore di struttura e, in parte, di processo. Esprime con un punteggio la maggiore o minore conformità della struttura (A) e dell'organizzazione (B) alle normative di riferimento e/o ai requisiti minimi indicati.

A ogni requisito strutturale o tecnologico è attribuito un punteggio sulla base della scala seguente:

0. non si fa nulla o quasi nulla e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il requisito;
1. vi è un progetto concreto per arrivare a soddisfare il requisito, ma per il momento non è stato fatto nulla o è stato fatto ancora poco;
2. requisito soddisfatto in modo parziale, non ancora accettabile;
3. requisito soddisfatto in modo accettabile;
4. requisito soddisfatto in modo più che accettabile;
5. requisito soddisfatto in modo eccellente
8. requisito con cui non si concorda
9. requisito non pertinente

Il punteggio complessivo è dato dalla somma dei punti ottenuti (escludendo i precedenti punti 8. e 9., fino a un massimo di 55 per la parte A e fino a un massimo di 105 per la parte B). Data la mancanza di una normativa nazionale precisa e dettagliata (come quella dei Servizi psichiatrici) sui requisiti minimi strutturali e organizzativi, si considera quale unità di riferimento dei servizi territoriali di NPIA un servizio con bacino d'utenza di circa 100.000 abitanti (Progetto Obiettivo Materno-Infantile) e popolazione 0-18 anni di circa 18.000 abitanti, attingendo alle delibere regionali di istituzione dei servizi che indicano standard per il personale e per le strutture (Reg. Lazio, Reg. Lombardia) e ai lavori sull'argomento.

A. Requisiti minimi strutturali:

		2005	2015
1.	Gli spazi sono accessibili senza barriere architettoniche (a piano terra o con ascensore adatto per disabili, servizi igienici per disabili, parcheggi appositi, scivoli ecc.)	5	5
2.	È disponibile almeno un locale per accoglienza utenti, segreteria, informazioni	4	4
3.	È disponibile almeno un locale come sala di attesa (ben illuminato, ampio, con spazi a sedere sufficienti per il numero di utenti o genitori che mediamente sono in attesa, con giochi e materiale da disegno per i bambini e riviste e materiali informativi per i familiari, ordinato, caldo e confortevole, sufficientemente riservato in modo da non esporre agli sguardi di chi passa ecc.)	4	4
4.	È garantita una stanza per operatore a tempo pieno	5	5
5.	È disponibile spazio separato per le riunioni (locale ampio e attrezzato che consenta a tutti gli operatori di prendere parte alle attività e possa essere utilizzato anche per incontri con familiari o esterni)	2	2
6.	È disponibile spazio per l'archivio (dotato di tutti i requisiti necessari per la tutela dei dati dei pazienti)	4	3
7.	È disponibile un personal computer per ciascun operatore	3	4
8.	È disponibile un sistema informatizzato per la registrazione dei dati epidemiologici e dell'attività del servizio	4	4
9.	È disponibile almeno una video-camera con schermo televisivo collegato	3	3
10.	Il materiale testistico è disponibile in quantità e qualità adeguate	3	3
11.	Il materiale riabilitativo e di gioco è disponibile in quantità e qualità adeguate (ogni stanza ha il proprio, non vi è continua necessità di scambio con il rischio di non averlo a disposizione quando serve, è in buono stato, quello rotto viene prontamente sostituito ecc.)	3	3

B. Requisiti minimi organizzativi:

		2005	2015
12.	È garantita la presenza di almeno un Neuropsichiatra Infantile ogni 30.000 abitanti	2	2
13.	È garantita la presenza di almeno uno Psicologo competente in età evolutiva ogni 30.000 abitanti	1	2
14.	È garantita la presenza di Operatori della Riabilitazione con la necessaria variabilità di competenze (almeno un Logopedista e un Terapista della Neuro-Psicomotricità dell'Età Evolutiva ogni 15.000 abitanti)	1	2
15.	È garantita la presenza di almeno un Educatore Professionale ogni 25.000 abitanti	1	2
16.	È garantita la presenza di Assistenti Sociali (in proiezione stabile)	1	3
17.	È garantita la presenza di personale amministrativo e/o di infermieri professionali	3	4
18.	È garantita la privacy degli utenti per l'intero processo di erogazione delle prestazioni	4	5
19.	L'Azienda ha deliberato l'istituzione del servizio come unità organizzativa autonoma	4	4
20.	L'Azienda ha destinato una quota del proprio budget al servizio come unità organizzativa autonoma	2	3
21.	È disponibile una guida per l'utente che informi su procedure, prestazioni e metodologie di lavoro	2	4
22.	L'attività del servizio si svolge in modo multidisciplinare con prestazioni coordinate e integrate	3	4
23.	L'eventuale presa in carico è globale (comprensiva di tutti i problemi neuropsichiatrici del bambino) e unitaria (rispettosa dell'unità mente-corpo dell'essere in divenire) e coinvolge sia il bambino che la sua famiglia	4	4
24.	Esistono protocolli formalizzati per il raccordo con le attività ospedaliere di NPIA di riferimento	2	2
25.	Esistono protocolli formalizzati per il collegamento con gli altri servizi sanitari (psichiatria, pediatria, medicina di base, fisioterapia, SERT ecc.)	2	4
26.	Esistono protocolli scritti ed approvati dalla Direzione per il collegamento con i Servizi Sociali (da usare anche se 16 = SI)	3	3
27.	Esistono protocolli scritti ed approvati dalla Direzione per il collegamento con il volontariato e con il privato sociale	1	2
28.	È previsto un piano formativo annuale per il personale	3	4
29.	È attuato un piano formativo annuale per il personale	3	4
30.	Sono state definite procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio	3	4
31.	Vengono effettuate valutazioni periodiche della soddisfazione degli utenti e/o dei genitori e/o degli invianti	3	5
32.	Il servizio è aperto per almeno 45 ore settimanali (anche senza la presenza contemporanea di tutte le figure professionali)	4	5
	Tot.	92	112

Fig. 1. L'indicatore strutturale e organizzativo.

TAB. II. Dati numerici relativi all'attività.

		2005	2015
1	N. UTENTI NELL'ANNO (almeno un contatto)	635	1.284
2	N. NUOVI UTENTI (nell'anno, senza precedenti contatti)	279	350
3	N. UTENTI IN CARICO (nell'anno, almeno tre prestazioni)	415	617
4	N. UTENTI ALTI UTILIZZATORI (nell'anno, almeno 18 prestazioni)	131	284
5	N. UTENTI IN CARICO CON INSEGNANTE DI SOSTEGNO (nell'anno)	173	318
6	N. UTENTI IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO (nell'anno, almeno un ciclo trimestrale di trattamento)	144	267
7	N. ACCESSI TOTALI (nell'anno)		12.985
8	N. PRESTAZIONI TOTALI (nell'anno)	3.724 senza riabilitazione	13.433 con 12,2 oper. attivi tpe compresa AS
9	N. RELAZIONI	208	432

dal 4,6% all'8% (tasso medio Regione Toscana 2014: 5,3%) e una incidenza annuale passata dall'1,7% al 2,2%; in altri termini, 8 minori su 100 hanno avuto, nel corso del 2015, almeno un contatto con l'UFSMIA (e di questi più di 2 per la prima volta), a conferma del buon nome del servizio, dell'apparente scomparsa, almeno nel territorio di riferimento, del pregiudizio nei suoi confronti e della possibilità di confronto "alla pari" con altri servizi in campo nazionale più attrezzati in quanto a operatori attivi^{9 10}. L'indicatore di saturazione si è stabilizzato su un valore pari a 1,00, a esprimere le scarsissime, ulteriori possibilità di assorbimento di un'utenza che, una volta arrivata, tende comunque a rimanere in carico nel tempo, per più anni. La proporzione di domanda inappropriata, aumentata di oltre il 3% e comunque al di sopra del valore considerato fisiologico del 10%, segnala una quota della domanda che potrebbe essere drasticamente ridotta (con educazione all'invio, potenziamento dei filtri, scoraggiamento dell'accesso "per controllo").

Il numero medio di utenti per NPI è pari, nel 2015, a 494, con un aumento in dieci anni di oltre il 100%, a fronte di una quantità di prestazioni che ha ormai raggiunto un tetto (circa 1.200 prestazioni per anno a specialista tempo-pieno equivalente); tale situazione non può che determinare un numero medio di prestazioni per utente (ca. 10) "ridotto all'osso"⁶ e un numero di visite (NPI e/o PSI) per utente pari addirittura

a 1,5, evidentemente insufficiente non solo per prese in carico reali, ma anche per valutazioni diagnostiche approfondite.

Il numero medio di prestazioni riabilitative per utente in trattamento riabilitativo, pari a 30,3, quindi a 1,3 cicli trimestrali di 24 sedute, segnala per parte sua gli effetti di una ciclizzazione (tre mesi di trattamento alternati a tre mesi di sospensione) esasperata e probabilmente non più in grado di assicurare nemmeno i due cicli attesi.

L'indicatore di attività psicoterapeutica, per quanto ancora bassissimo, sembra invece indicare una maggiore disponibilità di risorse, umane e di tempo, nei confronti degli utenti con bisogni di psicoterapia.

La proporzione di utenti in carico con handicap, salita dal 41% al 51% dell'utenza in carico complessiva, è ormai lontanissima dalla quota del 30% considerata fisiologica per garantire a un servizio territoriale di non lavorare solo sul debito istituzionale. Gli indicatori di collaborazione con la scuola e con i Medici/Pediatrati di famiglia evidenziano comportamenti opposti: nel primo caso, la collaborazione sembra essersi rafforzata, per la necessità sempre più stringente della scuola di accompagnare ogni percorso didattico speciale a un relativo certificato specialistico e comunque per l'indubbia maggiore competenza/sensibilità della scuola nei confronti delle difficoltà scolastiche e dei disturbi che le sostengono; nel secondo caso, il

TAB. III. Indicatori di processo (10-27).

		2005	2015
10	PREVALENZA UTENTI NELL'ANNO n.utenti nell'anno/pop.rif.x100	4,6% (635/13676x100)	8% (1284/15974x100)
11	PREVALENZA ANNUALE UTENTI IN CARICO n.utenti in carico nell'anno/pop.rif.x100	3% (415/13676x100)	3,8% (617/15974x100)
12	INCIDENZA ANNUALE n.nuovi utenti nell'anno/pop.rif.x100	2% (279/13676x100)	2,2% (350/15974x100)
13	PROPORZIONE DI DOMANDA INAPPROPRIATA n. diagnosi di attesa o nulla di patologico o similari/n. utenti nell'anno	8,5% (54/635)	12% (160/1284)
14	INDICATORE DI SATURAZIONE (andamento della prevalenza nel tempo) prevalenza utenti in carico nell'anno/prevalenza utenti in carico nell'anno precedente	1,07 (3/2,8)	1,00 (3,2/3,2)
15	PROPORZIONE DI ALTI UTILIZZATORI n. utenti con più di 18 prestazioni nell'anno/n. utenti in carico nell'anno	31,6% (131/415)	46% (284/617)
16	N. MEDIO UTENTI (con almeno un contatto nell'anno) PER NPI (t.p.e.)	224 (606/2,7)	494 (1186/2,4)
17	N. MEDIO UTENTI (con almeno un contatto nell'anno) PER PSI (t.p.e.)	106 (71/0,67)	154 (294/1,9)
18	N. MEDIO PRESTAZIONI PER NPI (t.p.e.)	1.150 (3106/2,7)	1.197 (2874/2,4)
19	N. MEDIO PRESTAZIONI PER PSI (t.p.e.)	922 (618/0,67)	1.184 (2251/1,9)
20	N. MEDIO PRESTAZIONI PER OPERATORE RIABILITAZIONE (tpe)		1.095 (8110/7,4)
21	N. MEDIO PRESTAZIONI PER UTENTE (n. totale prestazioni nell'anno/n. utenti nell'anno)		10,4 (13433/1.284)
22	N. MEDIO VISITE (NPI/PSI) PER UTENTE (n. totale visite nell'anno/n. utenti nell'anno)	2,9 (1875/635)	1,5 (1.999/1.284)
23	N. MEDIO PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER UTENTE IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO (nell'anno)		30,3 (8.110/267)
24	INDICATORE DI ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA n. sedute psicoterapia anno/n. utenti in carico nell'anno x 100	0,9 (409/415)	1,9 (1.205/617)
25	PROPORZIONE UTENTI IN CARICO CON HANDICAP n. utenti in carico certificati/n. utenti in carico nell'anno x 100	41,7% (173/415)	51% (318/617)
26	INDICATORE DI COLLABORAZIONE CON LA SCUOLA n. nuovi utenti nell'anno inviati dalla scuola/n. nuovi utenti nell'anno x 100	10,4% (29/279)	35% (124/350)
27	INDICATORE DI COLLABORAZIONE CON I PEDIATRI/MEDICI DI BASE n. nuovi utenti nell'anno inviati da pls-mmg/n. nuovi utenti nell'anno x 100	28% (78/279)	20% (72/350)

calo degli invii determinati direttamente dai Medici/Pediatrati di famiglia, a conferma di un accesso diretto che scavalca i filtri attesi, preoccupa e chiede pronte iniziative per invertire la tendenza.

L'UTENZA

Le caratteristiche dell'utenza che accede al servizio per la prima volta (Tab. IV; 28-31), in quanto a

distribuzione per sesso ed età, ricalcano nel 2015 quanto già evidente nel 2005 e in tutti i servizi simili all'UFSMIA in campo nazionale: maggiore prevalenza di maschi in età scolare⁹⁻¹¹. Rispetto al 2005, nel 2015 appaiono maggiormente rappresentati i bambini più piccoli in età 0-5 (aumento in percentuale del 14%) a scapito degli adolescenti in età 15-17 (riduzione in percentuale del 7%), mentre i casi che offeriscono al servizio per la prima volta oltre i 18 an-

TAB. IV. Indicatori di Processo (28-31).

28	SESSO nuovi utenti	M 172 (62%) F 107 (38%)	M 210 (60%) F 140 (40%)
29	ETÀ nuovi utenti	0-2 = 14 (5%) 3-5 = 47 (17%) 6-8 = 65 (24%) 9-11 = 53 (19%) 12-14 = 39 (14%) 15-17 = 42 (15%) > 17 = 16 (6%)	0-2 = 32 (9%) 3-5 = 93 (27%) 6-8 = 82 (23%) 9-11 = 55 (16%) 12-14 = 55 (16%) 15-17 = 29 (8%) > 17 = 5 (1%)
30	INVIANTE nuovi utenti famiglia pls/mmg scuola altre strutt. ASL servizi sociali altro non rilevato Tribunale altre ASL	86 (31%) 69 (25%) 39 (14%) 39 (14%) 8 (3%) 8 (3%) 19 (7%)	154 (44%) 31 (9%) 91 (26%) 14 (4%) 7 (2%) 4 (1%) 34 (10%) 10 (3%) 5 (1%)
31	MOTIVO INVIO nuovi utenti probl. comportamento probl. linguaggio diff. scolastiche probl. neurologici diff. affettive/emotive probl. psicosociali non rilevato altro	94 (27%) 58 (21%) 50 (18%) 25 (9%) 14 (5%) 6 (2%) 25 (9%) 25 (9%)	49 (12%) 83 (20%) 93 (23%) 70 (17%) 79 (19%) 37 (9%)

ni sono pressoché esauriti; tali dati se da una parte sembrano premiare lo sforzo di intercettare la patologia neuropsichiatrica in età sempre più precoce, dall'altra confermano la necessità di dedicare all'adolescenza modalità di accoglienza e spazi diversi e la correttezza della scelta di accettare in prima visita o continuare a seguire oltre i 18 anni solo gli utenti disabili che ancora frequentano la scuola.

Anche i motivi dell'invio rispecchiano un deciso cambiamento di distribuzione nel 2015 rispetto al 2005, con le difficoltà scolastiche che salgono al primo posto e le difficoltà affettivo/emotive e i problemi neurologici che aumentano fortemente le loro quote. La distribuzione delle diagnosi (Tab. V) segnala in modo evidente un deciso aumento delle diagnosi neuropsicologiche (disabilità intellettive, disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi del linguaggio) a scapito degli altri raggruppamenti, in particolare delle diagnosi neurologiche. Circa il 50% delle diagnosi del 2015 rientrano nella categoria "neuropsicologiche", a fronte del 33% del 2005 (Tab. VI). I disturbi

del linguaggio e i disturbi specifici dell'apprendimento appaiono triplicati in termini assoluti e quasi raddoppiati in percentuale rispetto al complesso delle diagnosi dell'anno.

Anche i disturbi dello spettro autistico risultano triplicati, passando in dieci anni da 15 a 47 casi contattati nell'anno.

L'ORGANIZZAZIONE

"Le principali disabilità in età evolutiva devono essere trattate come problemi dello sviluppo mentale e non come disturbi di singole funzioni, da équipes multidisciplinari composte da esperti nel campo dell'età evolutiva. Il gruppo di lavoro deve garantire una gestione unitaria e complessiva dell'intervento riabilitativo (globalità), seppure attraverso programmi selettivi e mirati (specificità), erogati tempestivamente (efficienza) e per il tempo necessario (efficacia) sin dalla prima infanzia ecc." (Manifesto per la Riabilitazione del Bambino, 2000).

TAB. V. Diagnosi.

		2005	2015
DIAGNOSI (diagnosi principali/ gestionali escluso Modulo Neurologia Età Evolutiva)	Sindromi e disturbi psichici e comportamentali (ICD-10:F00-F99):		
	schizofrenia		3
	sindromi affettive	23	17
	sindromi nevrotiche, legate a stress, somatoformi	41	30
	dist. condotta alimentare	3	20
	dist. non organici sonno		2
	disturbi personalità	12	4
	ritardo mentale	57 (7%)	130 (11%)
	disturbi linguaggio	88 (12%)	271 (23%)
	disturbi specifici apprendimento	73 (10%)	199 (17%)
	dist evol spec funz motoria		4
	dist evol spec misti		4
	dist. spettro autistico	15 (1%)	47 (4%)
	altre sindr alterato svil psic		3
	sindromi ipercinetiche	20	9
	dist. condotta	15	9
	dist. misti condotta e sfera emozionale	7	5
	sindr. e dist. sfera emozionale con esordio caratt. infanzia	17	8
	dist. funzionamento sociale con esordio specifico infanzia	10	6
	dist. tipo tic	10	8
	altri dist. esordio abituale inf. e adol.	18	11
	altro	16	
	Malattie del sistema nervoso ICD-10:G00-G99):		
	paralisi cerebrali infantili	39 (5%)	25 (2%)
	epilessia e conv. febbrili	47 (6%)	52 (4%)
	cefalea	45 (6%)	25 (2%)
	mal. muscolari		5
	altro	21	4
	Malformaz. congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (ICD10=Q):		
	S. di Down	15	11
	altro		15
	Malattie dell'occhio (ICD-10:H02-H59):		
	cecità e ipovisione	5	5
	Malattie dell'orecchio (ICD-10:H65-H95):		
	ipoacusia	12	11
	Fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari (ICD-10:Z00-Z91):	10 (0,8%)	51 (4%)
	Altro:	3	42
	Nulla di patologico o variante della norma:	54 (7%)	
	Osservazione per sosp. dist. psichici e comportamentali (Z032):	35	160 (13%)
	Diagnosi da definire:		7
		Tot. = 761	Tot. = 1.203 (non registrate = 81)

TAB. VI. Indicatore di Case-Mix per raggruppamenti diagnostici.

33	INDICATORE DI CASE-MIX PER RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (nuovi utenti nell'anno)	Diagnosi neuropsicologiche	33%	50%
		psichiatriche	27%	16%
		neurologiche	24%	9%
		altre	16%	11%
		di attesa		14%

L'UFSMIA ha da sempre cercato di assicurare un'organizzazione del lavoro finalizzata alla precocità e rapidità della diagnosi, alla presa in carico globale del bambino e della sua famiglia e alla gestione unitaria di risposte terapeutiche e riabilitative multidimensionali, con interventi multiprofessionali d'équipe non limitati ai casi particolarmente gravi e complessi, per l'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano in percorsi di presa in carico caratterizzati da diverse intensità assistenziali, a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, il monitoraggio dello sviluppo è più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e con il tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del percorso di cura¹²⁻¹⁴.

Per raggiungere tali obiettivi, l'UFSMIA provvede, anno per anno, a: mantenere la possibilità che tutti gli operatori si incontrino per discutere sui casi o sulla stessa organizzazione del servizio con cadenza almeno quindicinale; aggiornare la guida per l'utenza; implementare e aggiornare i percorsi terapeutico-assistenziali per le principali patologie (disponibili nel 2015, come "Atto di indirizzo aziendale per la gestione ambulatoriale di...": disabilità intellettive, disturbi specifici del linguaggio, disturbi specifici dell'apprendimento, paralisi cerebrali infantili, malattie muscolari, disturbi dello spettro autistico); implementare e aggiornare i protocolli formalizzati per i collegamenti con gli altri servizi territoriali e ospedalieri (disponibili nel 2015 con: PS Pediatrico per gli interventi di consulenza in urgenza, Patologia Neonatale per gli interventi delle fisioterapiste dell'UFSMIA, UF Salute Mentale Adulti per i passaggi di presa in carico alla maggiore età, UF Dipendenze per le prese in carico in comorbidità, Servizio Sociale territoriale per le prese in carico

congiunte); partecipare a o organizzare in proprio iniziative di formazione per gli insegnanti (nel 2015 per: DSAP, BES, Autismo); ridurre in ogni modo le liste di attesa, soprattutto per la Logopedia, ciclizzando i trattamenti e accentrando in un unico elenco (per la struttura pubblica e per quelle convenzionate) tutte le richieste esistenti; collaborare con le associazioni dei genitori e di volontariato per la gestione di progetti dedicati alla disabilità (riabilitazione equestre, velaterapia, fisioterapia in acqua); ricorrere alle "rassegne di morbilità", per discutere i casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di morbilità, o agli audit interni, per esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, nonché la sicurezza delle prestazioni erogate.

In particolare, sono oggi in fase di stesura i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per patologia, con una maggiore definizione delle prestazioni necessarie e dei tempi di erogazione, quindi delle risorse da investire caso per caso.

GLI ESITI

Tra gli esiti di un servizio sanitario occupa oggi un ruolo centrale l'opinione dei pazienti e dei familiari (la cosiddetta qualità percepita), mentre la valutazione della soddisfazione degli utenti rappresenta elemento fondamentale di tutti i programmi di accreditamento e valutazione della qualità organizzativa¹⁵⁻²⁰.

L'UFSMIA, oltre a definire anno per anno gli strumenti più appropriati per la valutazione degli esiti in rapporto alle principali patologie trattate²¹, ha deciso di utilizzare sistematicamente, ogni 2 anni, l'OSS-cam (*Orbetello Satisfaction Scale for child and adolescent mental health services*), questionario di valutazione dell'opinione dei genitori degli utenti dei servizi territoriali di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza²²⁻²⁴.

L'OSS-cam, composto da 46 item raggruppati in 7 sezioni, di cui le prime 6 contenenti da 5 a 7 domande specifiche più una di giudizio complessivo e l'ultima contenente 3 domande generali conclusive, tutte riferite agli ultimi 12 mesi di esperienza con il servizio, ha mostrato una riproducibilità più che soddisfacente e una semplicità di compilazione tale da renderlo facilmente adottabile a scopo sia autovalutativo, che di ricerca, ed è stato utilizzato da un numero crescente di servizi su tutto il territorio nazionale (Bologna, Casalecchio di Reno, Empoli, L'Aquila, Matera, Milano, Napoli, Padova, Prato, Torino, Vicenza).

Nell'ultima occasione, la Segreteria dell'UFSMIA Area Grossetana lo ha proposto a tutti i genitori degli utenti che hanno avuto contatti con il Servizio a decorrere dall'1-11-2014 e fino al raggiungimento della data limite del 31-1-2015 (decisa per ottenere un numero sufficiente di questionari compilati, comunque superiore a 100). Il questionario è stato consegnato, insieme a una lettera di presentazione, ai genitori/al genitore in attesa in sala d'aspetto, indipendentemente dal tipo di disturbo presentato dall'utente, purché lo stesso avesse già usufruito di almeno tre prestazioni (dell'UFSMIA), con la richiesta di compilarlo nei 15 minuti successivi e di inserirlo, una volta completato, nell'apposita scatola con fenditoia. A differenza delle verifiche precedenti, in questa occasione sono stati separati i questionari proposti ai genitori presenti presso la sede centrale dell'UFSMIA, da quelli proposti ai genitori in attesa presso il Centro Riabilitazione Minori, struttura dell'UFSMIA Area Grossetana, ma situata presso Villa Pizzetti, nell'ipotesi che le due popolazioni potessero risultare diverse per confidenza con le strutture, familiarità con gli operatori, consuetudini all'accesso ai servizi. Tale differenziazione è stata resa possibile anche dalla numerosità dei due campioni (94+74). Ai genitori di ciascun utente è stato, naturalmente, proposto un solo questionario.

La procedura di somministrazione e compilazione dei questionari e l'elaborazione dei dati sono stati controllati da COeSO – Società della Salute Grosseto, a garanzia della loro correttezza. I questionari consegnati ai genitori nel periodo sono stati 180; di questi, 168 sono stati inseriti nell'apposito contenitore (percentuale di restituzione: 93%)²⁵. Nessun questionario è stato eliminato, perché non compilato o com-

pilato per meno di un terzo degli item; il campione finale complessivo è quindi rappresentato da 168 questionari (94 questionari per la sede UFSMIA, 74 per in Centro Riabilitazione).

Rispetto alle percentuali più significative di genitori insoddisfatti per ciascun item: il 19% considera non sufficienti le informazioni sui tempi di attesa per avere un appuntamento (nel 2006: 21%); il 12% ritiene non sufficienti gli spazi disponibili e gli arredamenti; il 29% considera non sufficienti i giochi a disposizione dei bambini; il 4% considera non sufficiente la puntualità degli operatori agli appuntamenti; il 22% considera troppo lunghi i tempi di attesa; il 10% ritiene non sufficienti le informazioni e le spiegazioni ricevute sul tipo di cura e sulle tecniche utilizzate; l'11% assegna un voto non sufficiente alla capacità del servizio di aiutare il figlio ad affrontare meglio i suoi problemi; il 13% segnala di non sentirsi più sicuri sulle cose da fare; l'11% ritiene non sufficiente il miglioramento, dovuto al servizio, della qualità della vita del figlio; l'11% segnala di non sentirsi meno soli come risultato dell'intervento (nel 2006: 12%); il 13% considera non sufficiente il miglioramento, dovuto al servizio, della capacità personale di affrontare la situazione. Alle domande conclusive: solo il 5% dei genitori assegna un voto insufficiente alla sua esperienza con il servizio negli ultimi 12 mesi (il 58% assegna un punteggio pari o superiore a 8/10); il 95% consiglierebbe il servizio ad altri con problemi simili (il 65% assegna un punteggio pari o superiore a 8/10); il 95% ritiene che le personali aspettative sul servizio siano state soddisfatte (il 64% assegna un punteggio pari o superiore a 8/10).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La Regione Toscana ha diffuso nel mese di novembre 2015 una serie di dati di attività dei Servizi territoriali di Salute Mentale relativi al periodo 2013-2014²⁶. Tali dati segnalano buone performance dell'AUSL 9 Grosseto relativamente a: "prevalenza trattata" (6,3% nel 2014; 4^a posizione su 12); "incidenza trattata" (2,9% nel 2014; 3^a posizione su 12); "percentuale di trattamenti multi-professionali" (48,76% nel 2014; 5^a posizione su 12); "spesa 2014 per inserimento in strutture residenziali fuori regione di minori con

disturbi psichiatrici" (spesa = 0); (prima) "visita di NPI effettiva entro 30 giorni" (51,6% nel 2014; 2^a posizione su 12); "tasso di ricoveri per patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni" (85,23 nel 2014; 3^a posizione su 12); "minori in SPDC" (2 nel 2014; 0,90% rispetto alle dimissioni nel periodo; 3^a posizione su 12).

Queste performance, per quanto da condividere con le altre tre UFSMIA aziendali, appaiono confermate, per l'UFSMIA Area Grossetana (capofila), dal confronto tra i dati del 2005 e quelli del 2015: la domanda, in crescita progressiva per l'alto numero di nuovi utenti che si somma, anno per anno, agli utenti già seguiti (e l'abbassamento dell'età dei primi accessi non potrà che accentuare tale tendenza) trova comunque risposta; le prestazioni sembrano aver raggiunto un tetto, oltre il quale qualunque nuova presa in carico non può che ridurre gli spazi disponibili per le altre, ma appaiono ancora sufficientemente diversificate e multiprofessionali; i minori con disabilità, quelli con difficoltà scolastiche e/o con bisogni educativi speciali, i bambini con disturbi dello spettro autistico e con ADHD impegnano gli operatori in percorsi vincolati e normati e li obbligano a una mole impressionante di documenti scritti che tuttavia vengono prodotti; i bisogni di psicoterapia per i casi più gravi e complessi sono comunque soddisfatti. E, nonostante tutto, l'alto livello di soddisfazione dei genitori alle verifiche periodiche, i rapporti corretti e collaborativi con gli altri servizi che, per motivi diversi, interagiscono con l'UFSMIA, le continue richieste di consulenza e di formazione provenienti dalle scuole e, non ultima, la disponibilità delle associazioni a condividere ogni iniziativa proposta suggeriscono una buona fama del servizio, ancora non danneggiata dalle dinamiche negative che si fanno evidenti anno dopo anno.

L'UFSMIA è tuttora impegnata in un percorso di miglioramento continuo della qualità delle attività svolte, che non si esaurisce evidentemente nella progressione quantitativa dei volumi di attività, nella formalizzazione di percorsi e rapporti, nel raggiungimento puntuale degli obiettivi di budget. La maggior parte delle strategie e degli accorgimenti utilizzati per adempiere il mandato e per affrontare tutti i compiti e i debiti istituzionali sono il risultato di scelte discusse e condivise da tutti gli operatori e sembrano riuscire ancora a

garantire risposte non lontane dalle aspettative e dai bisogni del territorio di riferimento.

La creatività, il coordinamento, la manutenzione continua delle reti relazionali e la collaborazione paritetica dei neuropsichiatri infantili con gli psicologi, i riabilitatori e gli assistenti sociali, per quanto estremizzati, non riescono però a ridurre il peso della componente burocratica del lavoro quotidiano e la sensazione di una progressione che, se non interrotta, porterà inevitabilmente all'insufficienza delle risposte e dei risultati e alla perdita del ruolo fondamentale del servizio come luogo di presa in carico delle crisi di sviluppo e di rimessa in moto dei percorsi individuali e familiari.

Bibliografia

- 1 Camuffo M, Costantino MA, Morosini P. *Proposta di un sistema di macro-indicatori per la valutazione dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2002;69:249-71.
- 2 Camuffo M, Costantino MA. *Organizzazione e gestione dei servizi: proposta di un sistema di indicatori per le Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza toscane*. *Toscana Medica* 2006;3:8-11.
- 3 Camuffo M, Acchiappati MM, Fabbri R, et al. *Sistema di indicatori e attività di un Servizio di Salute Mentale dell'età evolutiva*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2010;77:653-62.
- 4 Camuffo M. *Una UFSMIA toscana a confronto con le UONPIA dell'Emilia Romagna: uguali i modelli, simili i limiti?* *Gior Neuropsich Età Evol* 2012;32:162-70.
- 5 SINPIA, QUASM. *Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, edizione 2008, 1^a revisione, a cura di Costantino MA e Erlicher A. 2008 (www.sinpia.eu - www.accreditamento.net).
- 6 Morosini P, Perraro F. *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*. Torino: Centro Scientifico Editore 1999.
- 7 Morosini P, Casacchia M, Roncone R. *Qualità dei servizi di salute mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2000.
- 8 Camuffo M. *Le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA): stato attuale e prospettive*. Firenze: Pegaso 2000, pp. 54-6.
- 9 Guccione F, Mariani A, Maspoli, et al. *L'Osservatorio Epidemiologico di Neuropsichiatria Infantile della Regione Piemonte: dodici anni di attività: da NPI net a SMAiL*. *Gior Neuropsich Età Evol* 2015;35:87-105.

- ¹⁰ Stagi P, Vicini S, Mimmi S. *Analisi dell'utenza afferita al servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dall'AUSL di Modena nel decennio 2000-2009*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2011;78:279-91.
- ¹¹ Levi G, Meledandri G. *Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva. Rapporto preliminare - parte I e II*. Federazione Medica 1996;2-3:11-8.
- ¹² Papini M. *Il metodo in Neuropsichiatria Infantile*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2003;70:583-95.
- ¹³ Camuffo M, Costantino MA. *Ipotesi applicative dell'Accreditamento Professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. *Giorn Neuropsich Età Evol* 2004;24:65-80.
- ¹⁴ Camuffo M, Papa M, Acchiappati MM. *I servizi territoriali di salute mentale dell'età evolutiva e la crisi economica: un'opportunità per ripensarsi?* *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2015;80:640-54.
- ¹⁵ Fonagy P. *Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry*. *Can J Psychiatry* 1997;42:584-94.
- ¹⁶ Wolpert M, Stein SM, Pakes K, et al. *Establishing routine evaluation of outcome in child and adolescent mental health services: first step on a thousand mile journey?* *Service Practice and Update*. Faculty for Children and Young People of the Division of Clinical Psychology, British Psychological Society 2003.
- ¹⁷ Morosini P. *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev 2004.
- ¹⁸ Yates P, Kramer T, Garralda ME. *Use of a routine mental health measure in an adolescent secure unit*. *BJP* 2006;188:583-4.
- ¹⁹ Barwick MA. *Ontario's screening and outcome initiative in children's mental health*. *Psychology Ontario* 2007;34:4-5.
- ²⁰ Zima BT, Mangione-Smith R. *Gaps in quality measures for child mental health care: an opportunity for a collaborative agenda*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:735-7.
- ²¹ Camuffo M, Costantino MA. *La valutazione (routinaria) degli esiti nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva*. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2013;7.
- ²² Camuffo M. *La qualità dei Servizi di Salute Mentale: il punto di vista dell'utenza*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2001;68:365-76.
- ²³ Gigantesco A, Camuffo M, Mirabella F, et al. *L'opinione dei genitori dei servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico*. *Ann Ist Super Sanità* 2005;41:501-13.
- ²⁴ Gigantesco A, Bondonio L, Costantino MA, et al. *Sviluppo, validazione e studio multicentrico di un nuovo questionario per la valutazione delle opinioni dei genitori degli utenti sulla qualità dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2006;73:131-45.
- ²⁵ Stallard P. *Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non respondents to a postal questionnaire*. *Brit J Child Psychopathol* 1995;34:397-405.
- ²⁶ D.G. *Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Regione Toscana. Dati di Attività della salute Mentale della Regione Toscana-Servizi Territoriali* 2015.

CORRISPONDENZA

Mauro Camuffo, UFSMIA Area Grossetana, via Don Minzoni 3, 58100 Grosseto - E-mail: mauro.camuffo@uslsudest.toscana.it

INDICE DEL VOLUME 37, 2017

INDICE GENERALE

Fascicolo 1 – Aprile 2017

ARTICOLI ORIGINALI / ORIGINAL ARTICLES

Un'esperienza di teatroterapia con i genitori dei pazienti pediatrici affetti da fibrosi cistica
An experience of teatrotherapy with parents of pediatric cystic fibrosis patients
 M. POLIZZI, S. POLIZZI, R. PESCHINI, T.P. DE VECCHI, A. ALTINI,
 A. CAPOCASALE 1

La valutazione di tratti ansioso-depressivi in pazienti pediatrici affetti da fibrosi cistica e nei loro genitori:
 uno studio del Centro Regionale campano
*Anxious-drepressed traits valuation in pediatric cystic patients and in their parents:
 a study of the Campania's Regional Center*
 S. POLIZZI, M. POLIZZI, C. ZAZZARO, V. RAIA 4

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO / REVIEW

Alla ricerca di specifici indicatori epidemiologici in neuropsichiatria infantile:
 l'esperienza della Regione Piemonte nel 2015
*Looking for specific epidemiological indicators in child neuropsychiatry:
 the experience of the Piedemont Region in 2015*
 F. GUCCIONE, A. MARIANI, F. RAGAZZO 17

CASO CLINICO / CASE REPORT

Rotavirus associated cerebellitis: clinical and neuroimaging findings in a new case and review of literature
Cerebellite associata ad infezione da Rotavirus: aspetti clinici e neuroradiologici in un nuovo caso e revisione della letteratura
 F. PALESTRA, C. AGOSTINIS, L. CAFFI, M. CASSANI, S. GABBIADINI,
 D. MAMOLI, E. BONANOMI, L. SALVONI 33

CONFERENZE

Introduzione
 G. CIONI 38

Congresso AIRIPA, Lucca, 24-25 Ottobre 2014
"I disturbi dell'apprendimento nella nuova ottica unitaria neuropsicologica e cognitivo-emotiva"
 P. PFANNER 38

In ricordo di Massimo Papini
 A. PASQUINELLI 41

In ricordo di Maurizio De Negri
 E. VENESELLI 43

Istruzioni per gli Autori 44

Fascicolo 2 – Agosto 2017

I DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO NEL DSM-5
 a cura di Anna Chilosi, Roberta Penge, Goffredo Scuccimarra

CARATTERISTICHE CLINICHE E COMORBIDITÀ
 Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica): prospettive di ricerca e pratica clinica
Social (Pragmatic) Communication Disorder: Prospects for research and clinical practice
 G. VALERI 47

La disprassia verbale evolutiva: inquadramento clinico e strumentale
Clinical characteristics of childhood apraxia of speech
 A. CHILOSI, C.F. DE PASQUALE, B. FRANCHI, F. GERI, C. CASALINI,
 A. COMPARINI, B. CERRI, L. CITTADONI, S. FIORI, P. CIPRIANI 60

La produzione di narrative in bambini con disturbo di linguaggio di età prescolare
Narrative production in pre-school children with language impairment
 M. ROCH, E. FLORIT, M.C. LEVORATO 72

I disturbi specifici del linguaggio nei bambini con italiano L2
Specific language impairments in children with Italian as their L2
 M.T. GUASTI 82

I DSL COME DISTURBI DELLO SVILUPPO
 Bambini con ritardo di linguaggio: prevalenza e cambiamenti evolutivi a distanza di 5 mesi
Children with language delay: prevalence and developmental changes after 5 months from the identification
 A. BELLO, D. ONOFRIO, M.C. CASELLI 91

Uno studio epidemiologico sui disturbi del linguaggio e della comunicazione in età prescolare
An epidemiological study on language and communication disorders in preschool children
 A. CHILOSI, S. MILLEPIEDI, A. MONTI, F. GUCCIONE, A. COSTANTINO,
 M.C. DI LIETO, P. CRISTOFANI, B. CACCIOLA, F. DONISELLI, V. UVIA
 CORRIDORI, P. DIRINDELLI, G. BALBONI, D. BRIZZOLARA 100

La relazione fra dislessia e disturbo specifico del linguaggio: ipotesi interpretative <i>The relationship between dyslexia and specific language impairment: interpretative hypotheses</i> D. BRIZZOLARA, C. CASALINI	109	La percezione della qualità delle cure erogate nei servizi di riabilitazione italiani per bambini con paralisi cerebrale: risultati di uno studio osservazionale multicentrico <i>Perceived quality of care in the italian rehabilitation services for children with cerebral palsy: results from a multicenter observational study</i> A. MOLINARO, E. FEDRIZZI, S. CALZA, J. GALLI, E. FAZZI, GRUPPO ITALIANO PARALISI CEREBRALE INFANTILE (GIPCI)	166
Dal disturbo specifico di linguaggio al disturbo dell'apprendimento: uno studio longitudinale <i>From specific language disorder to specific learning disorder: a longitudinal study</i> C. COLOMBINI, G. PIETROSANTI, R. PENGE	115	Uno studio clinico sulla sessualità infantile <i>A clinical study concerning child sexuality</i> D. NOTARI, M. FABRIS, C. LONGONBARDI, S. RACALBUTO, F. SIAS, C. BAIETTO	178
LA RIABILITAZIONE DEL DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO Presenza in carico e intervento clinico nei disturbi specifici di linguaggio <i>Clinical intervention in specific speech, language and communication impairments</i> L. MAROTTA, A.G. DE CAGNO, T. ROSSETTO	125	La gestione dell' "emergenza psichiatrica": l'esperienza ospedaliera dell'Unità di Psichiatria Infantile di Padova <i>Managing "psychiatric emergency": the hospital experience of Pediatric Psychiatric unit in Padua</i> L. ZILLI, A. TRAVERSO, E. TOFFOLI, V. MORAO, B. BOLZONELLA, F. SCARABEL, C. BERTOSSI, M.F. PELIZZA, A. RAMPAZZO, P.A. BATTISTELLA, S. ZANATO	185
Sviluppo della comprensione della struttura grammaticale del verbo nella terapia di bambini con disturbi specifici del linguaggio in un servizio territoriale di NPI <i>Development of verb grammatical structures in therapy interventions for children with specific language impairments inside a Children Mental Health Service</i> G. BOLCHI, C. BELLEBONO, C. VEZZOLI	136	ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO / REVIEW	
Gli interventi per il disturbo specifico del linguaggio: una rassegna degli studi di efficacia <i>Interventions for specific language impairment: review of efficacy studies</i> G. SCUCCIMARRA, A. OLIVO	142	Attività e utenza di un servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: verifica dopo 10 anni <i>Activities and users of a local service of Child and Adolescent Neuropsychiatry: occurs after 10 years</i> M. CAMUFFO, S. DEI	190
Istruzioni per gli Autori	152		

Fascicolo 3 – Dicembre 2017

ARTICOLI ORIGINALI / ORIGINAL ARTICLES

LA valutazione dello sviluppo lessicale attraverso la scala language development survey in un campione di bambini tra i 18 e i 36 mesi <i>The assessment of lexical development through the Language Development Survey in a sample of 18-36 months children</i> A. FRIGERIO, M.E.SALI, P. SPATARO, E. LONGOBARDI, L. RESCORLA	155
--	-----

Indice del Volume 37, 2017	202
Ringraziamento ai Revisori	206
Istruzioni per gli Autori	207

INDICE DEGLI AUTORI

- Agostinis C., 33
Altini A., 1
Baietto C., 178
Balboni G., 100
Battistella P.A., 185
Bellebono C., 136
Bello A., 91
Bertossi C., 185
Bolchi G., 136
Bolzonella B., 185
Bonanomi E., 33
Brizzolara D., 100, 109
Cacciola B., 100
Caffi L., 33
Calza S., 166
Camuffo M., 190
Capocasale A., 1
Casalini C., 60, 109
Caselli M.C., 91
Cassani M., 33
Cerri B., 60
Chilosi A., 60, 100
Cioni G., 38
Cipriani P., 60
Cittadoni L., 60
Colombini C., 115
Comparini A., 60
Costantino A., 100
Cristofani P., 100
De Cagno A.G., 125
De Pasquale C.F., 60
De Vecchi T.P., 1
Dei S., 190
Di Lieto M.C., 100
Dirindelli P., 100
Doniselli F., 100
Fabris M., 178
Fazzi E., 166
Fedrizzi E., 166
Fiori S., 60
Florit E., 72
Franchi B., 60
Frigerio A., 155
Gabbadini S., 33
Galli J., 166
Geri F., 60
Guasti M.T., 82
Guccione F., 17, 100
Levorato M.C., 72
Longobardi E., 155
Longobardi C., 178
Mamoli D., 33
Mariani A., 17
Marotta L., 125
Millepiedi S., 100
Molinaro A., 166
Monti A., 100
Morao V., 185
Notari D., 178
Olivo A., 142
Onofrio D., 91
Palestra F., 33
Pasquinelli A., 41
Pelizza M.F., 185
Penge R., 115
Pescini R., 1
Pfanner P., 38
Pietrosanti G., 115
Polizzi M., 1, 4
Polizzi S., 1, 4
Racalbuto S., 178
Ragazzo F., 17
Raia V., 4
Rampazzo A., 185
Rescorla L., 155
Roch M., 72
Rossetto T., 125
Sali M.E., 155
Salvoni L., 33
Scarabel F., 185
Scuccimarra G., 142
Sias F., 178
Spataro P., 155
Toffoli E., 185
Traverso A., 185
Uvia Corridori V., 100
Valeri G., 47
Veneselli E., 43
Vezzoli C., 136
Zanato S., 185
Zazzaro C., 4
Zilli L., 185

INDICE DELLE PAROLE CHIAVE

Abuso sessuale infantile	178	Fibrosi cistica	1, 4
Adolescenti	185	Genitori	1, 4
Approccio alle cure centrato sulla famiglia	166	Immigrazione	82
Atrofia cerebellare	33	Indicatori	17
Bambini	4	Intervento	142
Bambini di età prescolare	72	Lesione reversibile dello splenio	33
Bilinguismo	155	Linguaggio	155
Bilinguismo sequenziale	82	Marcatori clinici	82
Cerebellite da rotavirus	33	Modelli di intervento	125
Check list	100	MPOC-20	166
Competenze socio-comunicative	47	MPOC-SP	166
Comportamenti sessuali infantili	178	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	190
Comprensione del verbo	136	Neuropsichiatria infantile	17
Continuità	115	Norme	155
Convulsioni	33	Paralisi cerebrale	166
Deficit linguistico	60	Parlatori tardivi	91
Depressivi	4	Percezione della qualità delle cure	166
Diffusion weighted imaging	33	Pragmatica	47
Dislessia	109	Prescolari	155
Disprassia verbale evolutiva	60	Produzione narrativa	72
Disturbi Specifici del Linguaggio	82, 109, 136	Profili comunicativi e linguistici	91
Disturbi specifici del linguaggio		Programmi di screening	91
Disturbi specifici di linguaggio		Pronto soccorso	185
Disturbi del linguaggio	47, 72, 125	Relazione fra disturbi del linguaggio orale e scritto	109
Disturbo della comunicazione e del linguaggio	100	Screening	155
Disturbo dello spettro autistico	47	Servizio territoriale	190
Disturbo di linguaggio espressivo	115	Sessualità infantile	178
Disturbo motorio articolatorio	60	Sistema di indicatori	190
Disturbo specifico del linguaggio	142	Sostenibilità	125
Disturbo specifico di apprendimento	115	Sviluppo cognitivo/comunicativo	136
Efficacia	125, 142	Teatroterapia	1
Emergenze psichiatriche	185	Terapia	136
Epidemiologia	17, 100	Tratti ansioso	4
Fattori di rischio	115		

SI RINGRAZIANO I REVISORI:

Umberto Ballotin

Anna Chilosì

Giovanni Cioni

Antonella Costantino

Paolo Curatolo

Rocco Farruggia

Antonella Gritti

Vincenzo Guidetti

Lucia Margari

Angelo Massagli

Massimo Molteni

Filippo Muratori

Franco Nardocci

Roberta Penge

M. Antonio Persico

Goffredo Scuccimarra



Istruzioni per gli Autori

Il **Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva** pubblica editoriali, articoli scientifici originali, articoli brevi, review e casi clinici attinenti alla Disciplina. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca. Il Giornale pubblica inoltre numeri monografici e forum tematici.

La Redazione accoglie solo i testi conformi alle norme editoriali generali e specifiche per le singole rubriche. La loro accettazione è subordinata alla revisione critica di esperti, all'esecuzione di eventuali modifiche richieste ed al parere conclusivo del Direttore.

Norme per l'invio dei manoscritti di cui si fa richiesta di pubblicazione

per posta elettronica all'indirizzo:

landreaazi@pacinieditore.it

allegando (come "attachment") i file, redatti secondo le modalità di seguito specificate. Le dichiarazioni degli Autori indicate ai successivi punti 1 e 2 dovranno essere allegate in originale oppure spedite per posta ordinaria alla Segreteria di Redazione, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva c/o Pacini Editore S.r.l., Via Gherardesca 1, 56121 Pisa

1) Dichiarazione sottoscritta dagli Autori: "I sottoscritti Autori del lavoro ... trasferiscono, nel caso della pubblicazione nel Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, tutti i diritti d'Autore all'Editore. Essi garantiscono l'originalità del contenuto, che è conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca, e la non contemporanea valutazione del lavoro presso altre Riviste. Gli Autori affermano di essere in possesso delle necessarie autorizzazioni nel caso si tratti di sperimentazioni o di ricerche che coinvolgono l'uomo, svolte secondo i principi riportati nella Dichiarazione di Helsinki (1975, rev. 2000) e di aver ottenuto il consenso informato per la sperimentazione e per l'eventuale riproduzione di immagini. Gli Autori dichiarano, nel caso si tratti di studi su cavie animali, che sono state rispettate le relative leggi nazionali e le linee guida istituzionali. Gli Autori dichiarano di essere gli unici responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo".

2) Conflitto di interessi. Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti, donazioni o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

Norme generali per la preparazione dei manoscritti

Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere redatto salvando i file in formato .RTF, .DOC o .DOCX. Non utilizzare, in nessun caso, programmi di impaginazione grafica (es. Adobe Indesign™). Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...); utilizzare solo gli stili di carattere come corsivo, grassetto, sottolineato. Non inviare il testo in PDF.

Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere corredato di:

- Titolo del lavoro (in italiano e in inglese).
- I nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza.
- La rubrica cui si intende destinare il lavoro (decisione che è comunque subordinata al giudizio del Direttore).
- Il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
- 3-5 parole chiave (in italiano e in inglese).
- Riassunto (in italiano e in inglese) che non deve superare i 2000 caratteri spazi inclusi per ciascuna lingua.
- Bibliografia: va limitata alle voci essenziali identificate nel testo con numeri arabi ed elencate al termine del manoscritto nell'ordine in cui sono state citate. Devono essere riportati i primi tre Autori, eventualmente seguiti da "et al". Le riviste devono essere citate secondo le abbreviazioni riportate su Pubmed. Esempi di corretta citazione bibliografica per:
articoli e riviste:
Aarons GA, Brown SA, Hough RL, et al. *Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:419-26.
libri:
Carratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, et al. *Adolescenti e ricovero psichiatrico.* Milano: F. Angeli 1998.
capitoli di libri o atti di Congressi:
Milla PJ. *Electrogastrography in childhood: an overview.* In: Chen JDZ, McCallum RW, eds. *Electrogastrography Principles and Applications.* New York: Raven Press Ltd 1994, pp. 379-396.
- Ringraziamenti, indicazioni di grants o borse di studio, vanno citati al termine della bibliografia.
- Le note, contraddistinte da asterischi o simboli equivalenti, compariranno nel testo, a piè di pagina.

Le **tabelle**, numerate progressivamente con numeri romani e corredate di relativa didascalia, dovranno essere inserite alla fine del dattiloscritto, mentre i richiami alle stesse dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato.

Le **immagini** dovranno essere fornite in file separati, salvate in formato .jpeg, .tiff, .pdf o .ppt. e con risoluzione di 300 dpi. Le didascalie possono essere inserite alla fine del testo ma i richiami alle figure dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato. Non verranno accettate immagini inserite in file di .DOC.

Tabelle e figure desunte da altre fonti dovranno sempre essere accompagnate dal permesso scritto del detentore del copyright (solitamente l'Editore) e la fonte originale sempre citata.

I farmaci vanno indicati col nome chimico. Solo se inevitabile potranno essere citati col nome commerciale (scrivendo in maiuscolo la lettera iniziale del prodotto e inserendo il nome della relativa casa farmaceutica, la città e il paese di appartenenza).

Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio (entro e non oltre 3 gg. dall'invio) delle sole prime bozze del lavoro.

Norme specifiche per le singole rubriche

1. *Articoli originali*: riguardano contributi originali di carattere epidemiologico, clinico o di ricerca di base. Devono essere suddivisi nelle seguenti parti: Introduzione, Materiale e Metodi, Risultati, e Discussione. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi riassunto, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci). Il riassunto, in lingua italiana e inglese, non deve superare le 2000 battute (spazi inclusi) per ciascuna lingua. È richiesta la suddivisione nelle seguenti 4 sezioni: Introduzione (Introduction), Metodi (Methods), Risultati (Results), Discussione (Discussion). Nella sezione Introduzione va sintetizzato con chiarezza l'obiettivo (o gli obiettivi) del lavoro, vale a dire l'ipotesi che si è inteso verificare; nei Metodi va riportato il contesto in cui si è svolto lo studio (struttura ospedaliera, centro specialistico ...), il numero e il tipo di soggetti analizzati, il disegno dello studio (randomizzato, in doppio cieco ...), il tipo di trattamento e il tipo di analisi statistica impiegata. Nella sezione Risultati vanno riportati i risultati dello studio e dell'analisi statistica. Nella sezione Discussione va riportato il significato dei risultati soprattutto in funzione delle implicazioni cliniche.

2. *Articoli brevi*: questo spazio è riservato a brevi comunicazioni relative a dati clinico-sperimentali e a dati preliminari di ricerche in corso di particolare interesse. Il testo non dovrà superare i 20.000 caratteri spazi inclusi comprese tabelle e/o figure e una decina di voci bibliografiche.

3. *Review*: sono intesi come sintesi e revisioni critiche su argomenti di particolare interesse. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci).

4. *Casi clinici*: comprendono lavori brevi (massimo 20.000 caratteri spazi inclusi) nei quali vengono descritte esperienze cliniche originali tratte dalla propria pratica medica.

Abbonamenti

La rivista viene inviata gratuitamente ai Soci SINPIA; i prezzi dell'abbonamento per l'anno 2017, per i non Soci SINPIA, sono i seguenti: Italia € 65; Estero: € 75; costo del singolo fascicolo: € 30.

I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore S.r.l. - Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Pisa.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, E-mail: segreteria@aidro.org e sito web: www.aidro.org.