

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Progetto Nazionale Salute Mentale**

Responsabile scientifico: Pierluigi Morosini

**Rapporto conclusivo**

A cura di  
Pierluigi Morosini, Giovanni de Girolamo,  
Angelo Picardi e Fabio Di Fabio

*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**01/27**

Istituto Superiore di Sanità

**Progetto Nazionale Salute Mentale** (Responsabile scientifico: Pierluigi Morosini). **Rapporto conclusivo.**

A cura di Pierluigi Morosini, Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi e Fabio Di Fabio

2001, x, 240 p. Rapporti ISTISAN 01/27

Nella prima fase del Progetto Nazionale Salute Mentale (PNSM) dell'Istituto Superiore di Sanità sono stati approvati 27 progetti di ricerca, per 25 dei quali è stata approvata la prosecuzione per la seconda fase. Inoltre, nella seconda fase del PNSM sono stati approvati 22 nuovi progetti. I progetti sostenuti dal PNSM riguardano numerosi temi di ricerca identificati come prioritari dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000". Inoltre, tre progetti, tutti multicentrici e di largo respiro nazionale, sono stati organizzati dall'unità di coordinamento centrale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS): uno studio descrittivo di tutte le strutture residenziali psichiatriche, uno studio di prevalenza dell'abuso infantile condotto in 12 Pronto Soccorso Pediatrici italiani, e la sezione italiana dello 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMED). Sono stati attivamente coinvolti nel PNSM circa 100 istituzioni tra Dipartimenti di Salute Mentale e Cliniche Psichiatriche universitarie. Sino al marzo 2001, i gruppi di ricerca partecipanti hanno pubblicato 56 articoli in lingua inglese, 6 articoli in spagnolo, 45 articoli in italiano, 11 libri o manuali in italiano, 2 capitoli di libro in inglese e 9 capitoli di libro in italiano. Inoltre, sono stati messi a punto o validati 32 nuovi strumenti di valutazione, e altri 20 sono stati tradotti e adattati. Nell'ambito del PNSM sono stati altresì organizzati presso l'ISS 27 tra convegni, corsi e seminari su temi di epidemiologia clinica, medicina basata sulle evidenze e valutazione dei servizi sanitari.

*Parole chiave:* Epidemiologia, Psichiatria, Psicologia, Sanità pubblica, Valutazione dei servizi

Istituto Superiore di Sanità

**National Mental Health Project** (Scientific coordinator: Pierluigi Morosini). **Final report.**

Edited by Pierluigi Morosini, Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi and Fabio Di Fabio

2001, x, 240 p. Rapporti ISTISAN 01/27 (in Italian)

In the first phase of the National Mental Health Project (NMHP) of the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health), 27 research projects have been funded. Of these, 25 have also been funded for the second year. Moreover, 22 new projects have been approved in the second phase. The projects supported by the NMHP cover many research topics identified in the 'National Health Plan 1998-2000' and in the accompanying 'Mental Health Target Plan 1998-2000'. The NMHP coordinating unit has also promoted three multicentre projects of special public health importance: a national study of non-hospital psychiatric residential facilities, a prevalence study of child abuse and neglect performed in Pediatric Emergency Rooms of 12 hospitals, and the Italian section of the 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMED). About 100 university departments and mental health services in Italy have been involved in the NMHP. By March 2001, the research groups supported by the NMHP had published 56 articles in English, 6 articles in Spanish, 45 articles in Italian, 11 books or manuals in Italian, 2 book chapters in English, and 9 book chapters in Italian. Many new or translated assessment instruments have also been developed in the framework of the NMHP. Finally, the NMHP central coordinating unit has run 27 workshops, courses and seminars focusing on psychiatric epidemiology, evidence-based mental health and health services research.

*Key words:* Epidemiology, Psychiatry, Psychology, Public health, Health services research

Si ringraziano per il loro fattivo apporto tutti i componenti del Comitato Scientifico del Progetto PNSM che hanno dedicato competenza e tempo a questo progetto, ed hanno contribuito attivamente ad orientarne le scelte, a selezionare i progetti di ricerca e a valutarne i risultati. Un ringraziamento particolare va a Paolo Pasquini, che è stato l'originatore del progetto, e a Giorgio Bignami, che ha costantemente fornito un contributo prezioso per superare gli ostacoli incontrati nell'avvio organizzativo e nella conduzione del progetto.

Si ringraziano anche tutti i colleghi che, in qualità di referee, hanno fornito un importante contributo alla valutazione dei progetti di ricerca sottoposti per la seconda fase.

Infine, si ringraziano i responsabili scientifici dei progetti di ricerca finanziati, che hanno saputo superare varie difficoltà amministrative nella gestione dei fondi ed hanno regolarmente soddisfatto le periodiche richieste di rendicontazione scientifica e finanziaria.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it/pubblicazioni](http://www.iss.it/pubblicazioni).

# INDICE

<b>Sommario esecutivo</b> .....	vii
<b>Executive summary</b> .....	ix
<b>Parte I</b>	
<b>IL PROGETTO NAZIONALE SALUTE MENTALE</b> .....	1
<b>Il Progetto Nazionale Salute Mentale: bilancio conclusivo</b> <i>Pierluigi Morosini, Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi,</i> <i>Gabriella Polidori, Fabio Di Fabio</i> .....	3
<b>La società italiana di epidemiologia psichiatrica e il Progetto Nazionale Salute Mentale</b> <i>Angelo Cocchi</i> .....	38
<b>Parte II</b>	
<b>LINEE DI RICERCA FINANZIATE</b> .....	41
<b>Follow-up a lungo termine di pazienti con disturbo di panico e fobia sociale trattati con psicoterapia comportamentale</b> <i>Giovanni A. Fava, Chiara Ruini, Lara Mangelli, Chiara Rafanelli, Sandra Conti,</i> <i>Fedra Ottolini, Silvana Grandi</i> .....	43
<b>L'analisi delle capacità metacognitive e degli stati problematici come fattori di efficacia del cambiamento psicoterapeutico</b> <i>Giuseppe Ruggeri, Antonio Semerari, Giorgio Alleva, Antonino Carcione, Laura Conti,</i> <i>Giancarlo Dimaggio, Maurizio Falcone, Giuseppe Nicolò, Igor Pontati, Michele Procacci</i> .....	46
<b>La Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) di gruppo in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)</b> <i>Alessandro Bazzoni, Pierluigi Morosini, Gabriella Polidori,</i> <i>Maria Laura Rosicarelli, David Fowler</i> .....	50
<b>Trattamenti “basati sull’evidenza” per le psicosi funzionali: utilità della “guida pratica” per gli utenti</b> <i>Ian RH Falloon, Rita Roncone, Massimo Casacchia, Giampiero Cesari,</i> <i>Giuseppe Corlito, Giuseppe Corrivetti, Nicola Cresci, Giovanni de Girolamo,</i> <i>Alessandro De Risio, Marco Bussetti, Antonino Mastroeni, Pierluigi Morosini,</i> <i>Esterina Pellegrini, Mario Pettinelli</i> .....	56
<b>Morbilità psichiatrica e psicosociale in medicina: nuovi modelli diagnostici e implicazioni terapeutiche</b> <i>Luigi Grassi, Piero Porcelli, Marco Rigatelli</i> .....	59

<b>Valutazione dello stile comunicativo dei medici di medicina generale. Confronto cross-nazionale mediante un nuovo strumento, il VR-MICS</b> <i>Christa Zimmermann, Lidia Del Piccolo</i> .....	63
<b>Applicazione dei <i>behavioural science learning modules</i> dell'OMS nell'addestramento delle abilità comunicative del medico</b> <i>Fabrizio Starace, Maria Luigia Fusco, Francesco Embrione, Roberto D'Alessandro, Barbara Capriotti, Lucio Sibia, Stefania Borgo</i> .....	69
<b>Valutazione del processo di superamento degli ex-ospedali psichiatrici pubblici italiani. Il progetto QUALYOP</b> <i>Barbara D'Avanzo, Lucilla Frattura</i> .....	72
<b>Valutazione dell'efficacia pratica dei programmi di riabilitazione per gli ospiti di strutture residenziali</b> <i>Mario Nicotera, Annagiulia Greco, Loredana Caserta</i> .....	77
<b>Una finestra sul buio: i primi tre anni del progetto Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario</b> <i>Angelo Fioritti, Vittorio Melega, Elisa Ferrigni, Paola Rucci, Cristina Venco, Anna Rosa Scaramelli, Fabio Santarini</i> .....	82
<b>I costi delle strutture dei dimessi dagli ex-ospedali psichiatrici della Regione Lazio</b> <i>Mario Coi, Tommaso Losavio, Pompeo Martelli, Laura Piasini, Giulia Napolitano, Federico Spandonaro</i> .....	86
<b>Trattamento e decorso dei disturbi depressivi in ambiente specialistico</b> <i>Paolo Pasquini, Giovanni Fassone, Paolo Pancheri, Massimo Biondi, Paola Gaetano, Valeria Trincia, Angelo Picardi</i> .....	91
<b>Studio multicentrico sulle reazioni avverse da psicofarmaci</b> <i>Giovanni Muscettola, Giuseppe Barbato, Margherita Castello, Ferdinando Colasanti, Gianluca Ficca, Maria Teresa Fichele</i> .....	94
<b>Un approccio composito alla terapia della depressione. Uno studio randomizzato multicentrico</b> <i>Carmine Munizza, Giuseppe Tibaldi, Paola Bollini, Sandro Pampallona, Bruce Kupelnick</i> .....	97
<b>Progetto SUPREMA. Studio sull'utilizzazione e la prescrizione in medicina generale degli antidepressivi</b> <i>Matteo Balestrieri, Cesario Bellantuono</i> .....	100
<b>Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: il progetto PROGRES</b> <i>Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Pier Luigi Morosini, per il Gruppo Nazionale PROGRES</i> .....	104
<b>Pazienti che interrompono il trattamento nel servizio ambulatoriale psichiatrico</b> <i>Eva Mazzotti, Paolo Pasquini</i> .....	109
<b>Corso di epidemiologia clinica e valutativa in salute mentale</b> <i>Pierluigi Morosini, Gabriella Palombo, Fiorino Mirabella</i> .....	113

<b>Studio sulla valutazione del livello di soddisfazione degli operatori dei dipartimenti di salute mentale</b> <i>Andrea Balbi, Antonella Gigantesco, Elvira Chiaia, Maria Assunta Ciavarella, Massimo Purpura, Pierluigi Morosini</i> .....	117
<b>Dalla presa in carico al case management: la cura psicosociale in Italia e la sua valutazione empirica</b> <i>Angelo Fioritti, Elisa Ferrigni, Paola Rubatta, Paola Rucci</i> .....	122
<b>VADO: uno strumento per la pianificazione e la valutazione di interventi riabilitativi individualizzati. Valutazione dei risultati in dieci centri italiani</b> <i>Luisa Brambilla, Luigina Archiati, Michela Vittorielli, Charlotte Sleijpen, Luigi Basso, Adriano Aletti, Enzo Jori, Morena Melli, Cristina Meneghini, Paolo Palvarini, Monica Scirea, Enrico Visani, Rosaria Pioli</i> .....	126
<b>L'esito degli interventi in psichiatria. Sviluppo di un modello operativo per una valutazione standardizzata, longitudinale e "di routine" di variabili cliniche, sociali e di interazione con i servizi nei pazienti assistiti dai dipartimenti di salute mentale</b> <i>Mirella Ruggeri, Antonio Lasalvia, Giulia Bisoffi, Rosa Bruna Dall'Agnola, Michele Tansella</i> .....	131
<b>Sviluppo e validazione di strumenti per la valutazione degli esiti nella routine</b> <i>Pierluigi Morosini, Antonella Gigantesco, Alessandro Bazzoni, Stefano Bertoldi, Luisa Brambilla, Marina Cannavò, Massimo Casacchia, Elvira Chiaia, Francesca Gomez, Alessandro Guidi, Lorenza Magliano, Angelica Mazzarda, Maurizio Miceli, Antonio Pinto, Rosaria Pioli, Gabriella Polidori, Rita Roncone</i> .....	137
<b>Efficacia nella pratica della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo del disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia: analisi dei risultati in due servizi territoriali di salute mentale</b> <i>Daniele Piacentini, Daniela Leveni, Giuseppe Biffi, Alessandro Calderoni, Andrea Sileoni, Silvio Scarone, Arturo Campana</i> .....	143
<b>Psicoterapia dell'ipocondria: uno studio controllato</b> <i>Silvana Grandi, Stefania Fabbri, Chiara Rafanelli, Sandra Conti, Eliana Tossani, Giovanni A. Fava</i> .....	147
<b>Valutazione della qualità della vita e delle disabilità in psichiatria e medicina</b> <i>Gabriella Sebastiani, Luisa Brambilla, Giovanni de Girolamo, Giuseppina Pica, Igor Pontalti, Rosa Provengano, Paola Rucci, Laura Volpini, Amedeo Spagnolo, per il "Gruppo Italiano WHOQoL"</i> .....	150
<b>Follow-up multicentrico su pazienti al primo ricovero in SPDC, per identificare e valutare le caratteristiche cliniche ed extra-cliniche associate al fenomeno "revolving door"</b> <i>Alberto Gaston, Franca Aceti, Cristiano Maria Gaston, Patrizia Marioni, Nicoletta Giacchetti, Pierpaolo Di Giuseppe</i> .....	155
<b>I risultati certi di un progetto in corso. Lo studio: primi casi</b> <i>Emanuela Terzian, Gianni Tognoni, per il Gruppo di Lavoro Collaborativo dello Studio SPT (Servizi Psichiatrici Territoriali)</i> .....	158

<b>Crisi e presa in carico territoriale: studio multicentrico longitudinale di processo e di esito</b> <i>Roberto Mezzina, Daniela Vidoni, Maurizio Miceli, Gaetano Interlandi, Anna Maria Accetta, Corrado Crusiz, Cristina Sindici</i> .....	162
<b>Stili alimentari in adolescenti: ricerca-intervento di prevenzione primaria</b> <i>Saulo Sirigatti, Cristina Stefanile</i> .....	169
<b>I disturbi dell'attenzione e del comportamento: un programma di intervento scolastico per la prevenzione primaria e secondaria</b> <i>Mario Di Pietro, Claudio Vio, Gian Marco Marzocchi, Elena Bassi, Giorgio Filoramo, Annalisa Salmaso</i> .....	172
<b>Il programma AGATA (Auto-Gestione e Autoservazione Tele-Assistita) per la prevenzione secondaria dell'abuso alcolico</b> <i>Lucio Sibilina, Mauro Ceccanti, Laura Camoni, Giovanna Coriale, Luca Deiana, Elisabetta Di Girolamo</i> .....	175
<b>La valutazione dei costi dell'assistenza psichiatrica. Uno studio epidemiologically-based per la definizione di un sistema di finanziamento del dipartimento di salute mentale</b> <i>Francesco Amaddeo, Massimo Mirandola, Graham Dunn, Michele Tansella</i> .....	180
<b>Stima del costo dei servizi di salute mentale in rapporto all'impegno assistenziale e agli esiti (II annualità)</b> <i>Alessandra Di Maio, Enrico Arrighi, Marianna Cavazza, Graziella Civenti, Sabrina Marcandalli, Valter Torri</i> .....	185
<b>Sviluppo e sperimentazione di un programma di accreditamento tra pari dei servizi di salute mentale. Il fase</b> <i>Arcadio Erlicher, Giovanni Rossi</i> .....	188
<b>Ricerca multicentrica di tipo caso-controllo su disturbi dissociativi, disturbi borderline di personalità, lutto ed eventi traumatici infantili</b> <i>Paolo Pasquini, Giovanni Liotti, Giovanni Fassone, Eva Mazzotti, Angelo Picardi</i> .....	192
<b>Adattamento e disadattamento in adolescenza: determinanti e strumenti di valutazione</b> <i>Gian Vittorio Caprara, Claudio Barbaranelli, Concetta Pastorelli, Maria Gerbino</i> .....	196
<b>Prevalenza, caratteristiche e fattori di rischio nel maltrattamento infantile: una overview dei risultati di uno studio nazionale in 19 servizi di pronto soccorso pediatrico</b> <i>Gruppo Nazionale PES-2000</i> .....	200
<b>Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti traumatici in adolescenza</b> <i>Paola Carbone, Daniele Biondo, Anna Bovet, Quilma Cocciantè, Flaminia Cordeschi, Savina Cordiale, Maria Francesca Natali, Anna Alvino, Emanuela de Selby, Claudia Franchini, Marcella Griffò, Maria Letizia Maduli, Tiziana Milo, Susanna Soria, Caterina Tripodi</i> .....	207

<b>Studio prospettico storico in un gruppo di bambini riferiti ad un centro pediatrico di igiene mentale: follow-up di mortalità e morbilità psichiatrica in età adulta</b> <i>Maurizio Bacigalupi, Domenico Di Lallo, Andrea Gaddini, Daniela Novarino, Giuseppe Refolo</i> .....	212
<b>La ricerca: strumento di conoscenza e di intervento nella prevenzione del suicidio</b> <i>Augusto Casasola, Antonio Loperfido, Maristella Cannalire</i> .....	217
<b>Valutazione dell'effetto delle variabili socio-ambientali sul carico percepito dai familiari dei pazienti psicotici</b> <i>Lorenza Magliano, Manuela Guarneri, Cecilia Marasco, Andrea Fiorillo, Claudio Malangone, Corrado De Rosa, Pasquale Cozzolino, Mario Maj, Gruppo Italiano dello Studio sulle Famiglie delle Persone con Schizofrenia</i> .....	220
<b>Prevalenza e incidenza dei disturbi mentali in rapporto all'utilizzazione dei servizi, al supporto sociale e agli schemi cognitivi</b> <i>Pierluigi Morosini, Mauro Carta, Gabriella Palumbo, Mario Pettinelli, Marisa Campanelli, Andrea Fiorillo, Fiorino Mirabella</i> .....	224
<b>Diffusione e valutazione degli interventi psicoeducativi familiari: studio delle variabili cognitive</b> <i>Massimo Casacchia, Rita Roncone, Monica Mazza, Alessandro De Risio, Ian R.H. Falloon, Pierluigi Morosini, Paolo Arienti, Enzo Beccaceci, Giampiero Cesari, Giulio Corrivetti, Nicola Cresci, Mario Pettinelli</i> .....	227
<b>Esiti della formazione e dell'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici e costruzione di uno strumento predittivo degli esiti</b> <i>Gian Luigi Bianchin, Maurizio Donatello, Paolo Michielin, Giuseppe Pullia, Angelo Righetti, Giulio Vidotto</i> .....	231
<b>Indice degli autori</b> .....	239





## SOMMARIO ESECUTIVO

Il Progetto Nazionale Salute Mentale (PNSM) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato approvato dal Ministero della Sanità nel luglio 1996, con un finanziamento di 7 miliardi. Per problemi amministrativi ha cominciato di fatto ad operare nel 1998, ed è terminato il 31 giugno 2001.

È stato iniziato da Paolo Pasquini e diretto negli ultimi due anni e mezzo da Pierluigi Morosini, entrambi dirigenti di ricerca del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS. Il Comitato Scientifico, presieduto dal Direttore dell'ISS, era composto oltre che dai due ricercatori suddetti, da Giorgio Bignami, Giovanni A. Fava, Alberto Gaston, Pierluigi Morosini, Vincenzo Pastore, Benedetto Saraceno e Michele Tansella. Nel 1998 Giovanni de Girolamo è stato chiamato a dirigere l'unità di coordinamento centrale dell'ISS.

Nel progetto si possono distinguere una prima fase, terminata nel gennaio 1999, ed una seconda fase, che è terminata nel giugno 2001.

Per 25 dei 27 progetti di ricerca approvati nella prima fase è stata approvata la prosecuzione anche nella seconda fase, anche se talvolta con tagli considerevoli rispetto ai fondi erogati nella prima fase. Nell'ottobre 1999 sono stati inoltre approvati altri 22 progetti di ricerca, per lo più, data la brevità dei tempi a disposizione, di dimensioni ridotte o già parzialmente in atto. Ciascuno di questi nuovi progetti è stato inviato a tre referee esterni al Comitato Scientifico per una valutazione indipendente basata su criteri predefiniti.

Due nuovi progetti, tutti multicentrici e di largo respiro nazionale, sono stati organizzati dall'unità di coordinamento centrale dell'ISS: uno studio descrittivo di tutte le strutture residenziali psichiatriche non ospedaliere; uno studio di prevalenza dell'abuso infantile nei bambini visti in 12 Pronto Soccorso Pediatrici italiani. Inoltre l'unità è anche il centro collaborativo italiano dello 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMED). Quest'ultimo è uno studio esterno al PNSM, con finanziamento internazionale, che prevede l'intervista con un questionario strutturato di un campione casuale nazionale di 5.000 persone, sulla presenza di disturbi psichiatrici e l'utilizzo dei servizi.

### **Temi di ricerca**

I progetti di ricerca finanziati nella prima fase riguardano 16 dei 33 temi di ricerca identificati dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e dal progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000". I nuovi progetti della seconda fase riguardano alcuni degli stessi temi ed altri 7 non coperti nella prima fase. È stata data priorità a temi di valutazione dei processi e degli esiti dei servizi di salute mentale, di messa a punto di strumenti utili per le attività di miglioramento continuo di qualità, di valutazione dell'efficacia di interventi non farmacologici (riabilitazione, psicoterapia); sono stati inoltre finanziati alcuni studi sull'eziologia dei disturbi mentali, sull'efficacia di interventi di prevenzione primaria, sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici e del "carico" assistenziale ad essi associato. Il Comitato Scientifico, data la esiguità dei fondi, ha deciso di non prendere in considerazione temi relativi alla ricerca biologica o di valutazione dell'efficacia di nuovi psicofarmaci.

### **Estensione**

Sono stati attivamente coinvolti circa 100 tra Cliniche Psichiatriche universitarie e Dipartimenti di Salute Mentale.

### **Pubblicazioni, strumenti di valutazione e altri prodotti**

Nel marzo 2001 erano usciti 56 articoli in lingua inglese, 6 articoli in spagnolo e 45 articoli in italiano. Sono stati inoltre pubblicati 11 libri o manuali in italiano, 2 capitoli di libri in inglese

e 9 capitoli di libri in italiano ed è stato dato un contributo determinante alla pubblicazione del numero zero dell'edizione italiana della rivista di letteratura secondaria 'Evidence-Based Mental Health'. Va sottolineato che l'elenco dei lavori scientifici è destinato ad allungarsi, dato che per molti studi, specie se avviati nella seconda fase, sono ancora in corso di stesura i lavori definitivi.

Nel complesso sono stati messi a punto e validati 32 nuovi strumenti di valutazione e di raccolta dati, mentre di 20 è stata approntata la versione italiana.

### **Iniziative di formazione**

L'ISS ha organizzato 27 iniziative di formazione tra convegni, corsi e seminari su temi di epidemiologia clinica, di medicina basata sulle evidenze, di valutazione dei servizi sanitari, sull'illustrazione di trattamenti di dimostrata efficacia di tipo psicoterapeutico e riabilitativo e sulla comunicazione dei risultati delle ricerche finanziate. La maggior parte delle iniziative didattiche è durata due o tre giorni pieni e ha avuto il contributo attivo di docenti stranieri di chiaro prestigio.

### **Sintesi finanziaria**

Per la prima fase del progetto sono stati spesi circa 2.460 milioni di lire. I vecchi progetti sono stati successivamente rifinanziati per 2.140 milioni di lire, mentre i nuovi per circa 1.020 milioni di lire. I rimanenti fondi sono stati spesi per le attività dell'unità di coordinamento centrale e per le attività di formazione centrale.

### **Conclusioni e prospettive**

Il progetto sembra aver prodotto risultati che giustificano ampiamente la sua istituzione. È probabile che la partecipazione a progetti di ricerca, l'adozione di strumenti di valutazione validati e la frequenza delle numerose iniziative di formazione abbia contribuito a migliorare la qualità degli interventi, in particolare la loro appropriatezza.

Il PNSM ha portato inoltre evidenze a favore dell'efficacia di interventi non farmacologici innovativi o mai valutati nel contesto italiano, quali l'intervento psicoeducativo familiare, i programmi di riabilitazione basati sull'accurata definizione di obiettivi riabilitativi misurabili e concordati con il paziente, gli interventi di psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo in regime di ricovero acuto, gli interventi di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo per la terapia dei disturbi d'ansia, gli interventi di psicoterapia del benessere per la prevenzione delle ricadute dei disturbi depressivi, gli interventi psicosociali nelle scuole per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività. Ha fornito importanti dati descrittivi sulle caratteristiche della residenzialità psichiatrica e sulla diffusione del maltrattamento e dell'abuso infantili. È difficile fare una selezione degli strumenti messi a punto, ma ci sembra che valga la pena di menzionare qui quelli relativi al funzionamento personale e sociale dei pazienti, alla valutazione dell'efficacia nella pratica dei servizi, all'accertamento dei fattori di rischio e protettivi nella preadolescenza e nell'adolescenza, alla stima dei costi, alla rilevazione della soddisfazione dei pazienti, dei familiari e degli operatori.

Si ricorda che il PNSM ha anche consentito di esplorare alcune possibilità di prevenzione dei disturbi mentali, in particolare negli adolescenti, e che un'altra importante ricaduta complessiva del PNSM è rappresentata dal perfezionamento di metodologie di coordinamento di ampi studi multicentrici collaborativi.

Purtroppo la scadenza del Progetto, le nuove regole della ricerca finalizzata e la indisponibilità di un vero e proprio progetto strategico nazionale per la salute mentale non permette di continuare a sostenere le unità migliori del PNSM e di aiutarle a coinvolgere gran parte dei Dipartimenti di Salute Mentale del nostro Paese. Ci sembra comunque di poter segnalare l'opportunità di costituire in seno all'ISS una unità stabile sulla salute mentale che possa utilizzare le competenze e la credibilità raggiunte nell'ambito del PNSM.

## **EXECUTIVE SUMMARY**

The National Mental Health Project (NMHP) of the Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italian National Institute of Health) has been funded by the Ministry of Health with 7 billion lire in 1996. Because of administrative reasons it did not fully start until 1998. The original project was initiated by Dr. Paolo Pasquini and led in the final 2 and a half years by Pierluigi Morosini, both research directors of the Laboratory of Epidemiology and Biostatistics. The Scientific Committee was chaired by the ISS Director and included, besides the two project leaders, also Giorgio Bignami, Giovanni Fava, Alberto Gaston, Vincenzo Pastore, Benedetto Saraceno and Michele Tansella. In 1998 Giovanni de Girolamo was appointed to manage the central co-ordination unit.

The project can be divided into two phases: the first ended in January 1999, the second and final at the end of June 2001.

Twenty-five of the 27 projects, which were approved by the Scientific Committee in the first phase, received a second year grant, although some of them with a reduced funding. In October 1999, other 22 projects were approved; in this second phase, all grant proposals were reviewed by three independent referees according to specified criteria.

Funds were awarded to the central co-ordinating unit of the NMHP for two new multicentre projects of special public health importance. The first multicentre project was a national survey of all non-hospital residential facilities and of the patients of a random sample of such facilities. The second project was a national prevalence study of all suspected cases of child abuse and neglect who got in contact with 12 paediatric emergency departments. The central co-ordinating unit is also the Italian Collaborating Centre of the 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMED), a large international prevalence study of mental disorders in the general population, that has external funding and is still in progress. Some 5,000 subjects randomly sampled from the adult general population of the entire country will be interviewed with a standardised questionnaire.

### **Research topics**

The research projects funded in the first phase covered 16 of the 33 research topics identified in the 'National Health Plan 1998-2000' and in the accompanying 'Mental Health Target Plan 1998-2000'. The new projects funded in the second phase cover similar topics, and also included seven areas of research not studied in the first phase. Priority was given to issues of process and outcome evaluation, development of assessment instruments to be used in continuous quality improvement, evaluation of efficacy and effectiveness of non-pharmacological interventions (e.g., psychosocial rehabilitation, psychotherapy). Some studies have also investigated etiological aspects, mainly risk and protective factors in adolescents and pre-adolescents. Given the very limited amount of available funds, the Scientific Committee decided not to invite research proposals dealing with biological or psychopharmacological research.

### **Extent of Mental Health Services involvement**

About 100 University Departments of Psychiatry and Mental Health Departments belonging to the National Health Service were involved.

### **Publications, scales and other products**

By March 2001, 56 articles had been published in English (several in authoritative international journals), 6 in Spanish, and 45 in Italian. Eleven books or handbooks, 2 book chapters in English and 9 in Italian were also published and a major contribution was given to

the publication of the Italian version of the journal *Evidence-Based Mental Health*. The list of scientific papers is going to increase, because many papers reporting the final results of the second phase projects are still being produced.

Overall, 32 new rating scales and data collection tools were developed and validated, and a further 20 were translated and adapted in Italian.

### **Training programmes**

The ISS developed 27 courses and seminars, each lasting on average 3 days, on methodological issues (basic epidemiology, evidence-based mental health and evaluation of mental health services) and training in effective psychotherapeutic and rehabilitation strategies.

### **Summary of finances**

For the first phase of project grants, a total of 2,460 million lire were assigned. For the continuation grants in the second phase 2,140 million lire were allocated, while the new projects have been funded for about 1,020 million lire. The remaining funds have been allocated to support the central co-ordinating unit, including the planning and management of training seminars and meetings.

### **Conclusions and future developments**

The NMHP seems to have achieved results that fully account for funding and efforts. The participation in research projects, the increased utilisation of validated evaluation tools, the attendance at training workshops are likely to have brought about some significant improvement in the quality of mental health interventions. The Project has provided evidence of the efficacy of some new or never tested in Italy strategies, as family psychoeducational approaches; rehabilitation based on personal, measurable and agreed upon objectives; cognitive-behavioural individual and group psychotherapy of anxiety disorders; well-being therapy for the prevention of depressive relapses; psychosocial treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in childhood. It has provided relevant descriptive data on residential facilities for psychiatric patients and on the prevalence of childhood neglect and abuse. It is difficult to select among the scales and evaluation tools; perhaps the most worthwhile mentioning tools are those assessing personal and social functioning; routine effectiveness of mental health services; costs; protective and risk factors in adolescent and preadolescents; staff, relative and patient satisfaction. An additional output of the NMHP was the development of managerial skills in planning and implementation of large multicentre projects.

Unfortunately, the new rules of the Italian Ministry of Health research program and the absence of a real specific effort in the field of mental health prevents the full continuation of the NMHP, to support the best research groups and to help them involve most mental health departments. The setting up of a permanent mental health unit in the ISS might be useful to capitalise on the acquired skills and credibility.

**PARTE I**

**Il Progetto Nazionale Salute Mentale**



# IL PROGETTO NAZIONALE SALUTE MENTALE: BILANCIO CONCLUSIVO

Pierluigi Morosini, Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori, Fabio Di Fabio  
*Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma*

## Le motivazioni del Progetto

Negli anni 1997-2001 si è svolto per la prima volta nel nostro paese un ampio e articolato progetto nell'area della salute mentale, promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). A questo progetto, denominato Progetto Nazionale Salute Mentale (PNSM), hanno partecipato numerose organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale, istituti universitari e centri di ricerca. Il progetto si è concluso il 31.6.2001. In questo documento se ne traccia un bilancio conclusivo.

Per quanto riguarda le motivazioni del progetto, è utile ricordare che, in termini di sanità pubblica, i problemi relativi alla salute mentale hanno una grande importanza per diverse ragioni. In primo luogo, i disturbi psichici sono frequenti: anche se in Italia non sono stati condotti sino ad oggi studi di prevalenza su campioni di popolazione rappresentativi a livello nazionale (ma il primo studio del genere è stato proprio avviato nell'ambito del PNSM ed è in pieno svolgimento nel momento in cui viene redatto questo documento) che consentano di fornire stime attendibili e valide circa l'estensione dei disturbi mentali e le conseguenze ad essi associate in Italia, sono ormai quasi 50 le ricerche condotte in altri paesi che evidenziano con chiarezza l'elevata frequenza di questi disturbi, con tassi medi di prevalenza ad 1 anno per tutti i disturbi psichiatrici (compreso l'abuso di alcool e di sostanze) che sono pari a circa il 15-25% della popolazione in età adulta (1, 2). A fronte di questi elevati tassi di prevalenza, va sottolineato che solo una proporzione molto limitata della popolazione che presenta uno o più disturbi riceve un trattamento specialistico: in Italia dati ottenuti da registri psichiatrici dei casi indicano che la percentuale della popolazione adulta in contatto attivo con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) è circa dello 1,2% (3). Sebbene molte persone ricevano un qualche trattamento dal loro medico di medicina generale, da professionisti privati o nell'ambito di settori non-sanitari, è fondato supporre che un gran numero di persone sofferenti di disturbi mentali non ricevano trattamenti efficaci disponibili.

Per la loro frequenza, la loro durata e le loro conseguenze negative, i disturbi psichiatrici figurano tra le maggiori cause di sofferenza (*burden of disease*) e disabilità nel mondo: ad esempio, un progetto internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato che ben 5 patologie psichiatriche si collocano tra le prime 30 cause di mortalità prematura e di disabilità nel mondo, rendendo complessivamente conto di un carico di sofferenza e disabilità, espresso sotto forma di DALY (*Disability Adjusted Life Years*), inferiore soltanto a quello delle malattie infettive, paragonabile a quello delle malattie respiratorie e cardiovascolari, e superiore a quello prodotto dall'infezione da HIV e dalle patologie tumorali (4). Le proiezioni dell'OMS per l'anno 2020 prevedono che il carico di disabilità legato ai disturbi mentali sia destinato ad aumentare ulteriormente, e la depressione maggiore unipolare potrebbe divenire la seconda causa di disabilità fra tutte le condizioni morbose (5). Tra gli altri studi, il Medical Outcomes Study ha evidenziato il drammatico impatto che la depressione maggiore ha sulla vita delle persone affette, con livelli di disabilità

pari o superiori a quelli ascrivibili ad altre patologie di interesse medico, fra le quali l'ipertensione, il diabete e l'ulcera (6).

I costi dei disturbi mentali sono molto elevati, anche se si considerano solo i costi diretti legati al loro trattamento, al maggiore utilizzo dei servizi sanitari anche non psichiatrici da parte delle persone affette da questi disturbi ed al frequente coinvolgimento dei servizi sociali e giudiziari. Rilevanti sono anche i costi indiretti, associati in gran parte al mancato lavoro del paziente ed alle limitazioni nelle attività quotidiane dei familiari.

Un'altra importante motivazione che ha portato alla realizzazione del PNSM è da ricondursi alla scarsa diffusione dell'approccio epidemiologico e della cultura della ricerca nei DSM italiani. Il DL.vo 502/92 per il riordino del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e le successive modifiche contenute nel DL.vo 517/93, hanno introdotto "in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni" e l'uso di "indicatori di efficienza e qualità". Inoltre, nella premessa al Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" (POTSM), rinnovato anche per il biennio successivo, viene sottolineata la "carenza di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate ed all'efficacia degli interventi attuati". Nella parte finale dello stesso POTSM, la "diffusione della cultura della valutazione, anche attraverso l'uso di indicatori, specie di processo e di esito", viene indicata come una delle priorità che il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province Autonome devono sforzarsi di perseguire. Tuttavia, malgrado le importanti acquisizioni realizzate soprattutto negli ultimi due decenni nel campo del trattamento dei disturbi mentali, ed anche delle possibilità di prevenzione per alcuni di essi, nella maggior parte dei DSM è riscontrabile una grande, e solo in parte giustificabile, variabilità degli interventi attuati e dei modelli tecnico-culturali di riferimento, ed è parimenti ravvisabile una scarsa diffusione dei trattamenti basati su precise evidenze di efficacia. Il progetto si proponeva anche di aiutare i servizi a valutare la qualità delle prestazioni alla luce dei principi della medicina basata sulle evidenze e a mettere in pratica gli interventi più efficaci secondo gli stessi principi.

Alla base della filosofia che ha spinto alla realizzazione del PNSM, vi era la consapevolezza che non è possibile oggi una assistenza sanitaria di qualità, in assenza di ricerca ed aggiornamento permanente.

Va sottolineato che prima dell'avviamento del PNSM, la ricerca sulla qualità professionale e percepita dei servizi sanitari e la ricerca sull'efficacia degli interventi di tipo non farmacologico erano assai poco diffuse. Erano infatti stati condotti solamente degli interessanti studi di farmacoepidemiologia (*drug utilisation*) e alcuni studi di tipo descrittivo dei pazienti in carico, in realtà più inquadrabili come studi di statistica sanitaria che valutativi. Pochissime risultavano invece le ricerche di valutazione della soddisfazione degli utenti, del coinvolgimento e del "carico" delle famiglie, degli esiti dell'assistenza di routine, dell'efficacia di interventi di tipo non farmacologico, tutti condotti inoltre in un ristretto numero di centri.

Tra l'altro, in Italia la promozione di attività di ricerca di qualità e caratterizzate da possibili ricadute assume ancor più importanza se si considera che recenti analisi bibliometriche della letteratura biomedica internazionale nelle aree della psichiatria, della psicologia clinica e della medicina del comportamento (*behavioural medicine*) hanno messo in luce una posizione di arretratezza del nostro paese rispetto a quanto è possibile riscontrare in quasi tutti gli altri paesi industrializzati (7,8). A conclusioni simili è giunta una sofisticata analisi bibliometrica dei ricercatori italiani attivi nel campo della psichiatria e della psicologia (9).

La constatazione del ritardo della ricerca nel campo della salute mentale in Italia appare paradossale allorché si pensi che in campo assistenziale l'Italia ha promosso, con la Legge 180, una delle più innovative trasformazioni dell'assistenza psichiatrica mai realizzate a livello internazionale; di fatto, oggi l'Italia è l'unico paese al mondo in cui sia stata realizzata la completa chiusura degli ospedali psichiatrici e la sostituzione di questi ultimi con una rete



integrata di strutture ad orientamento comunitario per l'assistenza dei cittadini sofferenti di disturbi mentali. Il potenziamento delle attività di ricerca, a cominciare dalla 'health services research', che consentano quindi di studiare e comprendere le dinamiche, le conseguenze ed i problemi creati da questo radicale cambiamento del quadro assistenziale, rappresentava al momento dell'avvio del PNSM una importante priorità. Grazie allo sviluppo del PNSM, l'ISS ha potuto così svolgere per la prima volta un importante compito istituzionale di respiro nazionale, in un'area, come la salute mentale, che non aveva finora goduto di particolare rilievo tra le numerose attività dell'Istituto.

## **Sviluppo e organizzazione del PNSM**

Da un punto di vista storico, vari sono gli antecedenti legislativi e culturali che hanno ispirato l'attivazione del PNSM: la promulgazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996" in data 7.1.1994, la Legge n. 724 del 23.12.1994 che aveva disposto la chiusura dei residui ospedali psichiatrici entro il 31.12.1996, l'istituzione presso il Ministero della Sanità di un Osservatorio sul superamento dei manicomi in data 24.5.1995, e l'istituzione dell'Osservatorio sulla Tutela della Salute Mentale in data 17.5.1996. È in questo clima culturale che, sulla base delle motivazioni già esposte in precedenza, l'Istituto Superiore di Sanità, grazie principalmente all'opera di Paolo Pasquini, allora Direttore del Reparto di Epidemiologia Clinica, mise a punto un progetto nazionale di ricerca nel campo della salute mentale, denominato "Progetto Nazionale Salute Mentale" (PNSM). Accolto molto favorevolmente, in particolare dal Comitato Scientifico dell'ISS, il progetto ricevette un finanziamento di 7 miliardi di lire sui fondi assegnati all'Istituto per le attività di ricerca ed i programmi d'azione di interesse per il SSN (art. 12 DL 1992/502 e successive integrazioni e modificazioni). Il 23 luglio 1996 fu pubblicato in G.U. il decreto di approvazione del PNSM, e Paolo Pasquini fu designato come Responsabile Scientifico del PNSM; fu altresì nominato il Comitato Scientifico di Progetto, comprendente Giuseppe Benagiano (allora Direttore dell'ISS), Giorgio Bignami, Giovanni Andrea Fava, Alberto Gaston, Pierluigi Morosini, Vincenzo Pastore, Paolo Pasquini, Benedetto Saraceno e Michele Tansella.

Allo scopo di consentire l'attivazione immediata ed il rapido svolgimento del programma scientifico, il PNSM nacque come "azione coordinata di ricerca": con questo termine si fa riferimento al fatto che l'invio di specifici progetti di ricerca su temi prescelti sarebbe avvenuto su invito del Comitato Scientifico, e non con il tradizionale meccanismo del bando o del "*call for proposals*". Il progetto è stato articolato in quattro sottoprogetti e 12 linee di ricerca, come è mostrato nella Tabella 1.

Nel febbraio 1997 ebbe luogo la prima seduta del Comitato Scientifico del PNSM, ed in quella occasione furono approvate 27 ricerche su un totale di 42 proposte pervenute, dando la priorità a criteri di fattibilità, qualità metodologica, esperienze e qualificazione scientifica del proponente e potenziale trasferibilità dei risultati nel SSN. La Tabella 2 contiene l'elenco dei progetti approvati per la prima fase del PNSM, dei relativi responsabili scientifici, e dei finanziamenti erogati. La seconda cifra si riferisce all'eventuale rinnovo del finanziamento concesso per la seconda fase. Nella maggior parte dei casi, tali progetti hanno ricevuto i fondi loro assegnati negli ultimi mesi del 1997.

A partire dal giugno 1997, la responsabilità scientifica del PNSM rimase vacante in seguito alle dimissioni di Paolo Pasquini dall'ISS, e fu in seguito assunta, verso la fine dello stesso anno, da Giuseppe Benagiano, allora Direttore dell'ISS nonché Presidente del Comitato Scientifico del PNSM. Nel periodo dal giugno 1997 all'agosto 1998, l'Unità Operativa del PNSM ha fornito consulenza scientifica e metodologica per alcuni progetti realizzati nel Lazio,

ed ha avviato una rete organica di contatti con i gruppi di ricerca finanziati. A partire dal settembre 1998, con la nomina a coordinatore operativo di Giovanni de Girolamo seguita, nel febbraio 1999, dalla nomina a responsabile scientifico di Pierluigi Morosini, l'attività di coordinamento si è molto intensificata ed ha cominciato a svolgersi con regolarità. Per i dettagli, si veda il rapporto intermedio di progetto (10).

**Tabella 1. Articolazione del Progetto Nazionale Salute Mentale**

Sottoprogetto	Linea di ricerca
I. Epidemiologia psichiatrica: aspetti descrittivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Descrizione delle strutture, risorse, costi e attività dei servizi di salute mentale</li> <li>b. Studi <i>ad hoc</i> di prevalenza e incidenza di disturbi mentali in rapporto ai fattori di rischio e alla utilizzazione dei servizi</li> </ul>
II. Epidemiologia psichiatrica clinica e analitica	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Studi di storia naturale dei disturbi mentali e identificazione di fattori prognostici mediante studi sistematici di follow-up multicentrici</li> <li>b. Identificazione di fattori di rischio</li> </ul>
III. Valutazione di interventi in psichiatria	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sperimentazione di sistemi di rilevazione sistematica di effetti collaterali di psicofarmaci</li> <li>b. Valutazione della efficacia di interventi sulla famiglia e stima del carico familiare</li> <li>c. Individuazione dei modelli di intervento riabilitativo e loro valutazione</li> <li>d. Valutazione degli esiti di psicoterapie mediante studi sistematici di follow-up multicentrici</li> </ul>
IV. Valutazione dei servizi e formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Valutazione della appropriatezza dell'uso degli psicofarmaci nei servizi di Salute Mentale e in medicina generale</li> <li>b. Sviluppo dell'accreditamento "tra pari" dei Servizi di Salute Mentale alla luce dei requisiti derivati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale</li> <li>c. Sviluppo di strumenti di documentazione clinica orientata al miglioramento della pianificazione e al miglioramento della continuità della assistenza</li> <li>d. Organizzazione di Corsi di Epidemiologia clinica e valutativa per operatori psichiatrici e valutazione del loro impatto</li> </ul>

Al termine della prima fase dei 27 progetti, il Comitato Scientifico del PNSM si è riunito due volte, in data 29.1.1999 e 17.2.1999, per valutare l'operato scientifico dei gruppi di ricerca e per deliberare sui nuovi finanziamenti da erogare per la seconda fase del PNSM.

Procedendo in modo analogo alla prima riunione del Comitato Scientifico avvenuta nel 1997, la relazione scientifica e la proposta di continuazione presentata da ciascun gruppo sono state inviate a tre referee estratti a sorte tra i membri del Comitato Scientifico, escludendo quelli coinvolti, a qualunque titolo, nei progetti in esame. Ai referee è stato chiesto di assegnare un punteggio ai progetti di ricerca secondo i seguenti criteri: (1) raggiungimento degli obiettivi previsti per la prima fase; (2) rilevanza scientifica; (3) fattibilità e qualità metodologica; (4) trasferibilità per il SSN. Per esprimere il proprio giudizio, il Comitato Scientifico si è avvalso anche delle relazioni dell'unità di coordinamento centrale, redatte sulla base di visite ai centri

(*site-visit*), effettuate nei mesi precedenti presso 26 dei 27 gruppi di ricerca partecipanti al PNSM.

Il Comitato Scientifico ha quindi deciso di finanziare per la seconda fase 25 dei 27 progetti attivati nella prima fase. Nella Tabella 2, accanto ai finanziamenti per la prima fase, sono riportati i dati relativi al rinnovo dei finanziamenti per la seconda fase.

**Tabella 2. Progetti attivati nella prima fase**

<b>Titolo</b>	<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Finanziamenti prima + seconda fase (in milioni)</b>
Etnopsichiatria clinica e riabilitativa: bisogni assistenziali dell'utenza immigrata e formazione degli operatori	R. Beneduce (Torino)	30
Il rischio psicosociale dall'infanzia all'adolescenza	G. V. Caprara (Roma)	82 + 105
Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti traumatici in adolescenza	P. Carbone (Roma)	80 + 35
Diffusione e valutazione degli interventi psicoeducativi familiari	M. Casacchia (L'Aquila)	57 + 70
Studio multicentrico sul fenomeno del drop-out	F. Cecere (Roma)	30
La qualità della vita in psichiatria: il Progetto OMS	G. de Girolamo (Bologna)	64 + 80
Sviluppo dell'accreditamento "tra pari" dei Servizi di Salute Mentale alla luce dei requisiti derivati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale	A. Erlicher (Milano)	40 + 55
La valutazione degli esiti di psicoterapie cognitivo-comportamentali nei disturbi affettivi. Studi di follow-up	G. A. Fava (Bologna)	70 + 165
Monitoraggio Dimissioni dell'OPG	A. Fioritti (Bologna)	64 + 90
Valutazione del processo di superamento degli ex-ospedali psichiatrici pubblici italiani	L. Frattura (Milano)	150 + 115
Follow-up multicentrico su pazienti al primo ricovero in SPDC, per identificare e valutare le caratteristiche cliniche ed extra-cliniche associate al fenomeno 'revolving door'	A. Gaston (Roma)	95 + 110
Analisi della destinazione degli ex degenti degli Ospedali psichiatrici, il loro rapporto con i Servizi di salute mentale e la valutazione degli interventi riabilitativi sul territorio	T. Losavio (Roma)	55 + 35
Effetto delle variabili socioambientali sul carico percepito dai familiari dei pazienti psicotici	M. Maj (Napoli)	140 + 135
Crisi e presa in carico territoriale: studio multicentrico longitudinale di processo e di esito	R. Mezzina (Trieste)	50 + 35
Sviluppo e validazione di strumenti per la valutazione degli esiti nella routine	P. Morosini (Roma)	69 + 60

*segue*

continua

<b>Titolo</b>	<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Finanziamenti prima + seconda fase (in milioni)</b>
Corso di epidemiologia clinica e valutativa per funzionari degli uffici regionali di psichiatria o operatori quivi distaccati	P. Morosini (Roma)	82 + 60
Prevalenza e incidenza dei disturbi psichiatrici e del benessere psichico in rapporto all'utilizzazione dei servizi, al supporto sociale e agli stili di interpretazione della realtà	P. Morosini (Roma)	98 + 60
Studio multicentrico sulle reazioni avverse da psicofarmaci	G. Muscettola (Napoli)	95 + 50
Valutazione del superamento dell'ex-OP di Girifalco (CZ)	M. Nicotera (Catanzaro)	20 + 45
Ricerca caso-controllo su disturbi dissociativi, disturbo borderline di personalità, lutto ed eventi traumatici	P. Pasquini (Roma)	216 + 165
Valutazione dei Servizi di Salute Mentale in rapporto alle determinanti dell'uso e alla rappresentazione del medesimo con particolare riferimento al fenomeno del drop-out	P. Pasquini (Roma)	194 + 105
Patterns prescrittivi di antidepressivi e ansiolitici in Medicina Generale	P. Pasquini (Roma)	123 + 70
Stima del costo dei servizi di salute mentale in rapporto all'impegno assistenziale e agli esiti	F. Rossi (Roma)	75 + 85
L'incremento delle capacità metacognitive come fattore di efficacia delle psicoterapie	G. Ruggeri (Roma)	55 + 45
L'esito degli interventi in psichiatria. Sviluppo di una valutazione standardizzata, longitudinale e di "routine" di variabili cliniche, sociali e di interazione con i servizi nei pazienti assistiti dai Dipartimenti di Salute Mentale	M. Tansella (Verona)	179 + 105
La valutazione dei costi dei primi tre anni di assistenza psichiatrica nei pazienti first-ever. Uno studio epidemiologically-based per la definizione di un sistema di finanziamento delle attività del Dipartimento di Salute Mentale	M. Tansella (Verona)	122 + 125
Studio multicentrico di follow-up di primi casi con disturbi mentali gravi assistiti nei servizi psichiatrici territoriali	G. Tognoni (Milano)	126 + 135

Inoltre, esso ha destinato una cifra di poco superiore al miliardo di lire per il finanziamento di una serie di nuovi progetti, con l'intento di sostenere soprattutto ricerche condotte su temi utili per l'attuazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000". Il Responsabile Scientifico ed i componenti del Comitato Scientifico hanno quindi indicato alcuni gruppi di ricerca da invitare alla presentazione di una proposta di ricerca.

I temi sui quali il Comitato Scientifico ha sollecitato la presentazione di progetti per la seconda fase del PNSM sono i seguenti:

- pianificazione e valutazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole;

- valutazione dell'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici;
- progettazione e valutazione di interventi precoci attuati in occasione dell'esordio di un disturbo psicotico;
- valutazione e miglioramento della soddisfazione degli operatori;
- stima del rischio di suicidio in pazienti in carico ai Servizi di Salute Mentale e identificazione di possibili "fattori evitabili" nel verificarsi dei suicidi,
- valutazione, mediante un disegno di tipo controllato randomizzato, di una particolare modalità di case management;
- valutazione delle psicoterapie cognitivo-comportamentali nei disturbi di personalità;
- valutazione della gestione dei disturbi psichici nei pazienti con diagnosi di tipo somatico;
- confronto tra psicoterapia cognitivo-comportamentale associata a trattamento psicofarmacologico e psicoterapia di sostegno associata a trattamento psicofarmacologico;
- efficacia della psicoterapia cognitiva per la prevenzione secondaria del Disturbo Ossessivo-Compulsivo in adolescenti;
- valutazione dell'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo nel disturbo di panico;
- valutazione dell'impatto dell'applicazione dello strumento di pianificazione degli interventi riabilitativi personalizzati (VADO);
- valutazione del trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC;
- valutazione dell'effetto di uscite guidate in gruppi di pazienti ricoverati in SPDC;
- validazione della versione italiana dei moduli OMS per l'insegnamento di abilità di comunicazione agli operatori sanitari;
- valutazione del trattamento di counselling dell'alcolismo;
- individuazione e presa in carico dei pazienti a rischio nei Servizi di Salute Mentale;
- prevenzione dei disturbi alimentari nell'adolescenza;
- formazione al counselling terapeutico e valutazione del suo impatto in reparti di malattie infettive;
- valutazione del trattamento riabilitativo IPT secondo Brenner;
- valutazione qualitativa e quantitativa dell'uso di psicofarmaci in medicina di base;
- valutazione dello stile comunicativo dei medici di medicina generale.

Altri centri non invitati dal Comitato Scientifico hanno manifestato interesse a presentare un progetto di ricerca nell'ambito della seconda fase del PNSM. Questi centri sono stati incoraggiati a presentare un progetto di massima, che è stato sottoposto alla valutazione del Comitato Scientifico. Alcuni centri sono stati poi invitati a presentare un progetto dettagliato.

Nel complesso, sono stati invitati a presentare nuovi progetti per la seconda fase un totale di 29 gruppi di ricerca. Tutti i progetti sono stati quindi inviati a tre referee esterni, scelti all'interno di un elenco di esperti non coinvolti in alcuno dei progetti già finanziati o in una delle nuove proposte; essi hanno valutato ciascun progetto formulando un giudizio complessivo basato sui seguenti criteri: originalità, rilevanza per il SSN, qualità metodologica e fattibilità del progetto di ricerca. Deve essere sottolineato come, nel campo della ricerca psichiatrica in Italia, l'ampia valutazione operata per i nuovi progetti della seconda fase costituisce una delle prime occasioni in cui è stata portata a termine una procedura articolata e rigorosa di *'peer*

review' di progetti di ricerca, in sintonia con quanto fatto a livello internazionale. L'elenco dei referee partecipanti alla valutazione dei nuovi progetti di ricerca presentati per la seconda fase è riportato nei ringraziamenti iniziali.

Dei 29 progetti presentati, ne sono stati approvati 22 dal Comitato Scientifico: la Tabella 3 contiene l'elenco dei nuovi progetti approvati per la seconda fase del PNSM, dei relativi responsabili scientifici, e dei finanziamenti erogati.

Dei nuovi progetti di ricerca attivati per la seconda fase, due sono stati promossi e diretti dall'unità di coordinamento centrale dell'ISS: si tratta del progetto nazionale di ricerca-intervento "PROGRES" (PROGetto RESidenze) sulle strutture residenziali psichiatriche non ospedaliere, ed del progetto "PES" (*Pediatric Emergencies Screening*) volto a studiare la prevalenza del maltrattamento infantile tra i casi giunti all'osservazione dei servizi di Pronto Soccorso pediatrico in un campione di 19 ospedali italiani.

**Tabella 3. Progetti attivati nella seconda fase**

<b>Titolo</b>	<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Finanziamento approvato</b>
Studio prospettico storico in un gruppo di bambini riferiti ad un Centro Pediatrico di Igiene Mentale: follow-up di mortalità e morbilità psichiatrica in età adulta.	M. Bacigalupi (Roma)	50
Studio sulla valutazione del livello di soddisfazione degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale.	A. Balbi (Roma)	35
Riconoscimento della depressione e appropriatezza della prescrizione farmacologica in medicina generale.	M. Balestrieri (Udine)	35
La terapia cognitivo-comportamentale per psicosi applicata a gruppi di pazienti ricoverati presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: studio di follow-up.	A. Bazzoni (Roma)	25
Salute mentale, suicidio e sistemi informativi in Friuli Venezia-Giulia.	A. Casasola (Pordenone)	40
Disturbi dell'attività e dell'attenzione: sviluppo e valutazione di un intervento scolastico.	M. Di Pietro (Padova)	55
Studio multicentrico sul fenomeno del drop-out.	F. Cecere (Roma)	25
Trattamenti "basati sull'evidenza" per le psicosi funzionali: utilità della guida pratica per gli utenti	I.R.H. Falloon (L'Aquila)	70
Valutazione degli esiti di un programma sperimentale di Assertive Community Treatment	A. Fioritti (Bologna)	25
Psicoterapia dell'ipocondria: uno studio controllato.	S. Grandi (Bologna)	45
Morbilità psichiatrica e psicosociale in medicina; nuovi modelli diagnostici e implicazioni terapeutiche.	L. Grassi (Ferrara)	90
La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) delle psicosi nei servizi psichiatrici territoriali: studio randomizzato controllato di confronto tra TCC e trattamento farmacologico e Terapia Supportiva e trattamento farmacologico.	S. La Pia (Napoli)	40

segue

continua

<b>Titolo</b>	<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Finanziamento approvato</b>
Predizione dell'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici.	P. Michielin (Treviso)	35
Un approccio composito alla terapia della depressione: studio randomizzato multicentrico.	C. Munizza (Torino)	25
Efficacia nella pratica cognitivo-comportamentale di gruppo del Disturbo da Attacchi di Panico con o senza Agorafobia: analisi dei risultati a lungo termine dell'introduzione dell'intervento in due Servizi territoriali di Salute mentale.	D. Piacentini (Bergamo)	35
Introduzione nella routine dei Servizi di un metodo strutturato per la pianificazione e la valutazione di interventi riabilitativi individualizzati: l'esperienza di applicazione del V.A.D.O.	R. Pioli (Brescia)	50
Valutazione del progetto AGATA (AutoGestione ed Autosservazione TeleAssistita) per la prevenzione secondaria dell'alcolismo.	L. Sibilia (Roma)	45
Prevenzione dei disturbi alimentari nell'adolescenza	S. Sirigatti (Firenze)	25
Applicazione dei "Behavioural Science Learning Modules" dell'OMS nell'addestramento alle abilità comunicative del medico.	F. Starace (Napoli)	35
Incidenza, caratteristiche e fattori di rischio nell'abuso infantile: un progetto nazionale di ricerca-intervento.	U.O. PNSM/ISS (Roma)	90
Progetto nazionale di ricerca-intervento sulle strutture residenziali (SIR).	U.O. PNSM/ISS (Roma)	95
Valutazione dello stile comunicativo dei medici di medicina generale. Confronto cross-nazionale mediante un nuovo strumento, il VR-MICS.	C. Zimmermann (Verona)	45

Ai progetti finanziati sui fondi del PNSM, si è aggiunto nel 2000 lo studio ESEMED (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*), uno studio internazionale sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale condotto con finanziamenti esterni, in gran parte dell'Unione Europea. L'unità di coordinamento centrale dell'ISS costituisce il centro collaborativo italiano di questo importante studio. Si tratta del primo studio di questo tipo mai condotto in Italia, che prevede la valutazione diretta di un campione rappresentativo nazionale di circa 5.000 persone, al fine di stimare i tassi di prevalenza per tutti i disturbi mentali, le disabilità ad essi associate, l'uso dei servizi, ecc.

Verso la fine del 2000 è stata attivata una convenzione tra l'ISS e la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), allo scopo di diffondere in maniera capillare tra gli operatori dei servizi psichiatrici italiani i risultati del PNSM, anche mediante l'organizzazione di un convegno nazionale, che si è svolto a Bologna nei giorni 26-28 marzo 2001.

Inoltre, l'ISS ha promosso ed organizzato, in questi anni, un gran numero di iniziative di formazione, che verranno descritte in dettaglio più avanti.

Va sottolineato come il PNSM, nella sua articolazione complessiva, presenti numerosi e sostanziali collegamenti al Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”. Nel seguente elenco, sono contrassegnati con un asterisco gli obiettivi di ricerca e valutazione menzionati dal Progetto Obiettivo che rientrano anche tra i progetti sostenuti dal PNSM:

- Progetti di valutazione e miglioramento di qualità (“audit”) riguardanti in particolare:
  - soddisfazione del paziente e dei familiari (\*)
  - miglioramento della qualità cartelle cliniche e dei dati informatizzati raccolti
  - miglioramento della continuità terapeutica (\*)
  - miglioramento dei trattamenti psicofarmacologici (\*)
  - prevenzione delle ricadute (\*)
- coinvolgimento e sostegno dei familiari (\*)
- attivazione di collaborazioni con le associazioni di familiari e di volontariato
- definizione e valutazione di progetti terapeutici individualizzati (\*)
- valutazione d’efficacia delle psicoterapie e degli interventi riabilitativi (\*)
- valutazione del primo contatto e presa in carico
- valutazione di programmi orientati alla ricerca e al mantenimento di attività lavorative per i pazienti (\*)
- valutazione degli interventi domiciliari
- studio degli effetti collaterali degli psicofarmaci (\*)
- valutazione del fenomeno del drop-out (\*)
- psichiatria di consultazione e collegamento, con riferimento alla valutazione e trattamento di pazienti psichiatrici ricoverati per patologie somatiche (\*)
- collegamenti tra servizi psichiatrici per l’età evolutiva e per adulti
- collegamenti tra servizi psichiatrici e altri servizi sanitari, con particolare riferimento alla medicina di base e alla stesura di protocolli di intervento (\*)
- collegamenti tra servizi psichiatrici pubblici e servizi psichiatrici privati convenzionati
- collaborazione con strutture e servizi per il trattamento dell’abuso di droga e alcool (\*)
- collaborazione con i servizi sociali operanti nel territorio; accessibilità e utilizzazione delle risorse sociali disponibili da parte di pazienti psichiatrici
- collaborazione tra DSM e ospedali psichiatrici giudiziari (\*)
- turn over del personale e assenteismo (\*)
- impiego con finalità gestionali e valutative dei dati provenienti dal sistema di rilevazione informatizzato dei dati relativi alla salute mentale (trattamenti ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari, dati di prevalenza e incidenza, dati sul ricorso dei pazienti a servizi non situati nella propria area di residenza, ecc.)
- definizione e impiego di indicatori per la valutazione degli standard di risorse (es. numero di operatori per 10.000 abitanti) (\*)
- modalità di finanziamento dei servizi psichiatrici (\*)
- promozione di modelli gestionali innovativi (\*)
- stima della prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale (\*)
- programmi di prevenzione primaria (\*)
- definizione e impiego di linee guida professionali
- promozione di programmi di formazione su specifici argomenti:
  - Medicina Basata su Prove di Efficacia (\*)
  - Abilità di comunicazione (\*)
  - Lavoro di rete
  - Valutazione delle psicoterapie e degli interventi riabilitativi (\*)



Va anche sottolineato come alcuni progetti si ricolleghino a due obiettivi identificati come prioritari nell'area della salute mentale dal Piano Sanitario Nazionale, ovvero il miglioramento della qualità della vita e dell'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali, e la riduzione dell'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale. Nel complesso, il PNSM ha direttamente affrontato, con progetti di ricerca specifici, 25 dei 33 temi di ricerca proposti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale".

Inoltre, oltre ai temi contrassegnati con l'asterisco nel precedente elenco, sono stati sviluppati all'interno del PNSM altri temi di ricerca che, seppur non esplicitamente menzionati nel Progetto Obiettivo, sono del tutto congruenti con la sua impostazione. Tra questi si possono ricordare la progettazione e la valutazione di programmi di accreditamento volontario tra pari dei servizi psichiatrici, la messa a punto di strumenti per la valutazione degli esiti nella pratica dei servizi di salute mentale.

Tre progetti hanno inoltre riguardato l'eziologia dei disturbi mentali, prevalentemente negli adolescenti.

La Tabella 4 riporta quindi un breve riepilogo finanziario delle attività del PNSM.

**Tabella 4. Resoconto finanziario al settembre 1999**

<b>Voci di finanziamento</b>	<b>Totale (in milioni di lire)</b>
Totale finanziamento erogato al Progetto Nazionale Salute Mentale	7.000
Fondi assegnati nella prima fase ai progetti di ricerca	2.461
Rifinanziamento dei progetti attivati nella prima fase	2.140
Fondi assegnati ai nuovi progetti attivati nella seconda fase	1.015
Fondi utilizzati o impegnati per il personale dell'unità di coordinamento centrale, attrezzature scientifiche, spese di funzionamento, corsi di formazione e pubblicazioni, convegni, riunioni di lavoro, missioni	1.384

## Partecipazione al PNSM

Complessivamente, circa 100 istituzioni, comprendenti Dipartimenti di Salute Mentale, Cliniche Universitarie ed Istituti di Ricerca, hanno partecipato al PNSM. Tra le unità partecipanti vi sono i centri che maggiormente si erano distinti nella ricerca di tipo psicosociale. Ma ci piace qui sottolineare che l'ampio numero di Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti nelle attività di ricerca del PNSM testimonia l'azione di stimolo esercitata dal PNSM sul Servizio Sanitario Nazionale.

Di seguito è riportata la distribuzione, per regione, dei centri che hanno collaborato ad almeno un progetto di ricerca sostenuto dal PNSM. Il livello di partecipazione dei centri elencati è stato molto vario, dalla semplice raccolta di dati ad un'attiva partecipazione alla progettazione della ricerca, all'analisi dei dati e alla stesura dei lavori scientifici.

## **Regione Abruzzo**

- Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina, Università L'Aquila

## **Regione Calabria**

- CSM di Soverato (CZ), ASL Catanzaro

## **Regione Campania**

- Unità Operativa Salute Mentale, Distretto 96, Salerno
- Istituto di Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università di Napoli SUN
- CSM, Eboli (SA), ASL 11- Salerno 1
- CSM, Angri (SA), ASL 11- Salerno 1
- CSM, Gragnano (NA), ASL 10 – Napoli 5
- Dipartimento di Neuroscienze e delle Comunicazioni Interumane, Facoltà di Medicina, Università "Federico II", Napoli

## **Regione Emilia Romagna**

- CSM, Codigoro (FE), ASL Ferrara
- CSM, Copparo (FE), ASL Ferrara
- CSM, Portomaggiore (FE), ASL Ferrara
- DSM, Azienda USL di Modena
- DSM, Azienda USL Città di Bologna, Bologna
- Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

## **Regione Friuli-Venezia Giulia**

- Centro Studi "Salute Mentale Ricerca e Formazione", Regione Friuli-Venezia Giulia, Trieste
- CSM di Barcola-Aurisina, ASL 1 Trieste

## **Regione Lazio**

- Cattedra di Igiene Mentale e Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma "La Sapienza"
- Centro Studi e Ricerche Santa Maria della Pietà, Roma
- Complesso Ospedaliero S. Eugenio - C.T.O., ASL RM C
- CSM di Via del Peperino, ASL RM B
- CSM di Via Montecarotto, ASL RM B
- CSM di Via Monza, ASL RM C
- CSM di Via Orio Vergani, ASL RM C
- CSM Ferentino (FR), ASL Frosinone
- CSM Fondi (LT), ASL Latina
- CSM Ospedale Spallanzani, ASL RM D
- CSM Vetralla (VT), ASL Viterbo
- CSM di via Val Cannuta, ASL RM E
- CSM di via Plinio, ASL RM E

- Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Facoltà di Psicologia, Università “La Sapienza”, Roma
- Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell’Età Evolutiva, Facoltà di Medicina, Università “La Sapienza”, Roma
- III Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina, Università “La Sapienza”, Roma
- Laboratorio di Epidemiologia, Istituto Dermopatico dell’Immacolata, IDI-IRCCS, Roma
- Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologia, Facoltà di Medicina, Università “La Sapienza”, Roma
- Istituto di Psichiatria e Psicologia, Facoltà di Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Divisione di Ortopedia, Ospedale S. Camillo, Roma, ASL RM D
- Divisione di Ortopedia, Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Roma, ASL RM A
- Divisione di Ortopedia, Ospedale S. Giovanni, Roma, ASL RM C
- Divisione di Ortopedia, Ospedale S. Pertini, Roma, ASL RM B
- Scuole medie inferiori e superiori, Genzano (Roma)
- SPDC – Osp. Forlanini, Roma, ASL RM D
- SPDC – Osp. S. Eugenio, Roma, ASL RM C,
- SPDC – Osp. S. Filippo Neri, Roma, ASL RM E
- SPDC – Osp. S. Giovanni, Roma, ASL RM C
- SPDC – Osp. S. Giuseppe, Albano (Roma), ASL RM H
- SPDC – Osp. S. Paolo, Civitavecchia (Roma), ASL RM F
- SPDC – Osp. S. Pertini, ASL RM B, Roma, ASL RM B
- SPDC – Osp. S. Sebastiano, Frascati, ASL RM H
- SPDC – Osp. S. Spirito, Roma, ASL RM E
- SPDC – Osp. Ss.mo Gonfalone, Monterotondo, ASL RM G
- SPDC – Osp. G.B. Grassi, Ostia (Roma), ASL RM D
- Associazione di Psicologia Cognitiva, III centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma
- CSM Sora (FR), ASL Frosinone

### **Regione Liguria**

- CSM La Spezia, ASL 5 Spezzino

### **Regione Lombardia**

- CSM Abbiategrasso (MI), ASL 35
- CSM Bormio (SO), ASL 9
- CSM Como
- CSM Cremona
- DSM di Voghera (PV), ASL 44
- DSM, Azienda Ospedaliera Niguarda-Ca Granda Milano
- Istituto di Economia Sanitaria, Milano
- Istituto ‘Mario Negri’, Milano
- SPDC Desio, Monza (MI), ASL 30
- SPDC Magenta (MI), ASL 35
- SPDC Niguarda, Milano
- CRT Desio (MI), ASL 30
- CRT Magenta (MI); ASL 35

### **Regione Marche**

- CSM Ascoli Piceno, ASL 13
- CSM Fermo (AP), ASL 11
- DSM Jesi (Ancona), ASL 5
- SSM Fabriano (Ancona), ASL 6

### **Regione Piemonte**

- Centro Frantz Fanon, Area di Educazione Sanitaria, Torino
- CSM S. Mauro Torinese (TO), ASL 7
- CSM Tortona (AL), ASL 20
- DSM ASL TO 1, Torino

### **Regione Puglia**

- CSM Barletta (BA), ASL Bari 2
- CSM Foggia, ASL Foggia 3
- CSM Squinzano (LE)
- DSM ASL Bari 3

### **Regione Sardegna**

- CSM Lanusei (NU), ASL 4
- CSM Oristano, ASL 5
- Istituto di Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università di Cagliari

### **Regione Sicilia**

- CSM Pace del Mela (ME), ASL 5
- DSM Catania
- DSM Palermo
- DSM Messina

### **Regione Toscana**

- CSM Arezzo, ASL Arezzo
- CSM Castel del Piano (GR), ASL Grosseto
- CSM Livorno, ASL Livorno
- Istituto di Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università di Siena

### **Regione Umbria**

- CSM Narni (TR), ASL Terni
- CSM Perugia Centro, ASL Perugia
- CSM Marsciano (PG), ASL Perugia

## Regione Veneto

- Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona
- DSM ASL 20, Verona
- Servizio di Psicogeriatría, Facoltà di Medicina, Università di Padova
- Istituto di Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università di Padova

## Risultati

Nell'esaminare i risultati sin qui prodotti dal PNSM, va sottolineato che, senza l'impegno economico e scientifico dell'ISS a sostegno dei progetti inclusi nel PNSM, molte delle ricerche sostenute dal Progetto non avrebbero mai visto la luce, o avrebbero avuto un'estensione di gran lunga minore, oppure avrebbero avuto un impatto ben più ridotto, sia dal punto di vista scientifico-culturale che soprattutto da quello applicativo.

I risultati conseguiti dal PNSM sono qui distinti in pubblicazioni scientifiche, strumenti di valutazione e manuali, iniziative di formazione ed attività di sostegno per la diffusione di interventi basati sulle evidenze scientifiche, ed infine promozione di progetti multicentrici di ricerca.

### Pubblicazioni scientifiche

La Tabella 5 riassume la produzione scientifica del PNSM al termine della prima fase. Essa contiene soltanto i lavori già editi a stampa o in corso di pubblicazione da parte di ciascun gruppo di ricerca, ed è aggiornata al marzo 2001. Per la sede di lavoro dei gruppi di ricerca si vedano le Tabelle 2 e 3.

Come si può notare, numerosi lavori sono stati pubblicati sulle più prestigiose riviste internazionali del settore, ad elevato *impact factor*.

La Tabella è costruita in ordine alfabetico a partire dal nome del Responsabile Scientifico del progetto.

Nel complesso, la produzione scientifica in termini di pubblicazioni del PNSM è costituita finora da un totale di 56 articoli in lingua inglese, 6 articoli in spagnolo e 45 articoli in italiano. Sono inoltre stati pubblicati 12 libri in italiano, 2 capitoli di libri in inglese e 9 capitoli di libri in italiano.

Va sottolineato che la produzione scientifica derivante dai progetti di ricerca attivati nell'ambito del PNSM è tuttora in pieno svolgimento, e la lista che qui si presenta è limitata, soprattutto per quanto riguarda l'attività svolta nella seconda fase.

L'elenco complessivo delle pubblicazioni è dunque destinato ad aumentare in maniera significativa nel corso dei prossimi mesi.

**Tabella 5. Pubblicazioni scientifiche realizzate nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale**

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
<p>A. Bazzoni <i>La terapia cognitivo-comportamentale per psicosi applicata a gruppi di pazienti ricoverati presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: studio di follow-up</i></p>	<p>Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Rosicarelli ML, Fowler D. La terapia cognitivo Comportamentale (TCC) di gruppo in un Servizio di Diagnosi e Cura (SPDC). <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> (in corso di stampa)</p>
<p>G.V. Caprara <i>Il rischio psicosociale dall'infanzia all'adolescenza</i></p>	<p>Pastorelli C, Steca P, Gerbino M, Vecchio G. Il ruolo delle convinzioni di efficacia personale e genitoriale rispetto alle condotte delinquenti e all'uso di sostanze nel corso dell'adolescenza. <i>Eta' Evolutiva</i> (in corso di stampa)</p> <p>Regalia C, Pastorelli C, Barbaranelli C, Gerbino M. Convinzioni di efficacia personale filiale. <i>Giornale Italiano di Psicologia</i> (in corso di stampa)</p> <p>Caprara GV, Steca P, Delle Fratte A. Determinanti personali del benessere nell'adolescenza: Indicatori e predittori. <i>Psicologia Clinica dello Sviluppo</i> (in corso di stampa)</p> <p>Caprara GV, Regalia C, Bandura A. Longitudinal impact of perceived regulatory efficacy on violent conduct. <i>European Psychologist</i> (in corso di stampa)</p> <p>Caprara GV, Barbaranelli C, Pastorelli C, Cermak I, Rosza S. Role of negative affectivity; need of reparation; and fear of punishment in leading to prosocial behavior and aggression. <i>European Journal of Personality</i> (in corso di stampa)</p> <p>Caprara GV, Gerbino M. Determinanti personali del fallimento scolastico: correlati, antecedenti e conseguenti della bocciatura. <i>Età Evolutiva</i> (in corso di stampa)</p> <p>Gerbino M, Cannistraro S, Steca P. La misura della timidezza e della socievolezza in età adolescenziale. <i>Ricerche di Psicologia</i> (in corso di stampa)</p>
<p>P. Carbone <i>Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti traumatici in adolescenza.</i></p>	<p>Carbone P. L'incidente in adolescenza: una ricerca intervento. In E. Masina, G. Montinari (Ed.). <i>Parlare con gli adolescenti</i>, Roma: Pomel; 1998. p. 99-104</p> <p>Carbone P. Il silenzio del corpo: approccio psicodinamico all'incidente in adolescenza. In: Salerno RM. (Ed.) <i>Adolescenza della mente</i>. Pescara: Mediamed; 1998. p. 278-83</p> <p>Carbone P, Spano E. Trauma as potential psychic organizer in adolescence. In: Sugar M. (Ed.) <i>Trauma and Adolescence</i>. Boston: International University Press; 1999. p. 144-57</p> <p>Carbone P. L'adolescente ricoverato per incidente: progetto di ricerca nell'ottica della psichiatria di collegamento. <i>Psichiatria di consultazione</i> 1999;2:37-40</p> <p>Carbone P, Capocaccia L, Tanucci G, Tedesco IR. Prevention of accident risk in adolescence: a research model. <i>New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry</i> 2000;16:1</p>

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
M. Casacchia <i>Valutazione e diffusione degli interventi psicoeducativi familiari</i>	Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IHR, Morosini P, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs low clinical experience. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 1999;100:229-36 Mazza M, De Risio A, Roncone R, Casacchia M. Deficit cognitivi delle sindromi schizofreniche: studio dei processi di mentalizzazione. <i>Psichiatria e Psicoterapia analitica</i> 1999;18:256-64 Falloon IRH, Held T, Coverdale JH, Roncone R, Laidlaw TM. Family interventions for schizophrenia: a review of long-term benefits of international studies. <i>Psychiatric Rehabilitation Skills</i> 1999;3:268-90 Falloon IRH, Roncone R, Corrivetti G, Lussetti M, Casacchia M, Morosini P. Early implementing optimal treatment strategies in clinical services. <i>Psychiatric Networks</i> 2000;3:53-67 De Risio A, Mazza M, Roncone R, Tozzini C, Casacchia M. Consapevolezza di malattia ed aspetti psicopatologici nel disturbo schizofrenico. <i>Giornale Italiano di Psicopatologia</i> 2000; 6:52-61 Impallomeni M, Roncone R, Casacchia M. Trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo in persone con Disturbo di Panico con Agorafobia: un'esperienza pilota. <i>Studi di Psichiatria</i> 2000;2:23-31 Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairment of theory of mind in people with schizophrenia. <i>Schizophrenia Research</i> 2001;47:299-308 Morosini P, Casacchia M, Roncone R. <i>Qualità dei servizi di salute mentale. Manuale questionario per la formazione organizzativa, l'auto-valutazione e l'accreditamento tra pari</i> . Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000
G. de Girolamo (per la seconda fase A. Spagnolo) <i>La qualità della vita in psichiatria: il progetto WHOQoL</i>	de Girolamo G, Becchi A, Coppa, F, De Leo D, Neri G, Rucci P, Scocco P. (Ed.). Salute e qualità della vita. WHOQoL. La valutazione della qualità della Vita. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000
M. Di Pietro <i>Disturbi dell'attività e dell'attenzione: sviluppo e valutazione di un intervento scolastico</i>	Di Pietro M, Vio C, Marzocchi GM, Bassi E, Filoramo G, Salmaso A. I disturbi dell'attenzione e del comportamento: un programma di intervento per la prevenzione primaria e secondaria. <i>Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale</i> (in corso di stampa).
A. Erlicher <i>Sviluppo e sperimentazione di un programma di accreditamento "tra pari" dei Servizi di Salute Mentale</i>	Erlicher A, Rossi G. <i>Manuale per l'accreditamento professionale per il DSM</i> . Torino: Centro Scientifico Editore;1999

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
I. R.H. Falloon <i>Trattamenti "basati sull'evidenza" per le psicosi funzionali: utilità della guida pratica per gli utenti</i>	Falloon IRH. <i>Trattamento integrato per la salute mentale. Guida pratica per operatori ed utenti. Parte Prima: strategie generali.</i> Salerno: Ecomind Publications; 2000 Falloon IRH. <i>Trattamento integrato per la salute mentale. Guida pratica per operatori ed utenti. Parte seconda: moduli educazionali.</i> Salerno: Ecomind Publications; 2000 Falloon IRH, Casacchia M, Lussetti M, Magliano L, Morosini P, Piani F, Roncone R, Veltro F. The development of cognitive-behavioural therapies within Italian mental health services. <i>International Journal of Mental Health</i> 1999;28:60-7 Falloon IRH, and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal treatment for psychosis in an International Multisite Demonstration Project. <i>Psychiatric Services</i> 1999;50:615-8 Falloon IRH, Roncone R, Corrivetti G, Lussetti M, Casacchia M, Morosini P, and the OTP Collaborative Group. Early interventions for psychotic disorders: Implementing optimal treatment strategies in clinical services. <i>Psychiatric Networks</i> 2000;3:53-67
G. A. Fava <i>La valutazione degli esiti di psicoterapie cognitivo-comportamentali nei disturbi affettivi. Studi di follow-up</i>	Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for the residual symptoms of affective disorders. <i>Psychological Medicine</i> 1998;28:475-80 Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. <i>American Journal of Psychiatry</i> 1998;155:1443-5 Sonino N, Fava GA. Psychological aspects of endocrine disease. <i>Clinical Endocrinology</i> 1998;49:1-7 Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. <i>Archives of General Psychiatry</i> 1998;55:816-20 Fava GA. Conceptual obstacles to research progress in affective disorders. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 1997;66:283-5 Fava GA. Screening and diagnosis of depression: are criteria followed? <i>Disease Management and Health Outcomes</i> 1997;2:1-7 Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy (Letter to the Editor-Reply). <i>Archives of General Psychiatry</i> 1999;56:479-80 Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. The role of residual subthreshold symptoms in early episode relapse in unipolar major depressive disorder (Letter to the Editor-Reply). <i>Archives of General Psychiatry</i> 1999;56:765

segue



continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
G. A. Fava <i>La valutazione degli esiti di psicoterapie cognitivo-comportamentali nei disturbi affettivi. Studi di follow-up</i>  (continua)	Fava GA, Mangelli L. Subclinical symptoms of panic disorder. New insights into pathophysiology and treatment. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 1999;68:281-8  Rafanelli C, Park S, Fava GA. New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i> 1999;6:194-201  Fava GA. Well-being therapy. Conceptual and technical issues. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 1999;68:171-8  Fava GA. Sequential treatment: a new way of integrating pharmacotherapy and psychotherapy. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 1999;68:227-9  Rafanelli C, Park S, Ruini C, Ottolini F, Cazzaro M, Fava GA. Rating well-being and distress. <i>Stress Medicine</i> 2000;16:55-61  Fava GA, Rafanelli C. Recurrent depression and stressful life events (Letter to the Editor). <i>Archives of General Psychiatry</i> 2000;57:617-8  Fava GA, Ottolini F. Impact factors versus actual citations. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 2000;69:285-6  Fava, GA, Mangelli L. Hypochondriasis and anxiety disorders. In: Lipsitt D, Starcevic V (Ed.). <i>Hypochondriasis: Theory and Clinical Practice</i> . Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 89-102  Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Ruini C, Mangelli L, Belluardo P. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. <i>Psychological Medicine</i> (in corso di stampa)  Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Ruini C, Conti S, Belluardo P. Long-term outcome of social phobia treated by exposure. <i>Psychological Medicine</i> (in corso di stampa)
A. Fioritti <i>Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario</i>	Fioritti A, Melega V. Istituzioni e processi di cura per i pazienti psichiatrici autori di reato in Italia ed all'estero. <i>Noos</i> 1998;4:135-42  Fioritti A, Melega V, Scaramelli AR, Ferriani E, Rucci P, Santarini F, Venco C, Oggioni A. Violenza e malattia mentale: uno studio sulla popolazione di tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari. <i>Il reo e il folle</i> 1999;9-10:137-48  Melega V, Neri G, Fioritti A. Violence in the Mentally III: Can Psychiatric Services Treat and Prevent It? <i>The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences</i> 1999;9:12-5  Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Scaramelli AR, Venco C, Santarini F. Crime and mental illness: an investigation of three italian forensic hospitals. <i>Journal of Forensic Psychiatry</i> 2001;12:36-51  Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I fattori predittivi della durata di degenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> (in corso di stampa)

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
L. Frattura <i>Valutazione del processo di superamento degli ex-ospedali psichiatrici pubblici italiani</i>	Saraceno B, Barbui C, Bedoni A, Civenti G, Frattura L. Valutazione del processo di superamento degli ex ospedali psichiatrici pubblici della Regione Lombardia. Risultati dello Studio Qualyop. I: Qualità strutturale, organizzativa e delle attività. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> 1996;5:59-71 Frattura L, D'Avanzo B. Italian mental hospitals closer to closing? <i>Nature Medicine</i> 1997;3(10):1054 Frattura L, D'Avanzo B. Monitoring the Italian psychiatric hospitals closure process: the Qualyop Project. <i>Mental Health Care</i> 1998;1(10):334-6 D'Avanzo B, Frattura L, Barbui C, Civenti G, Saraceno B. The Qualyop Project 1: Monitoring the dismantlement of Italian public psychiatric hospitals. Characteristics of patients scheduled for discharge. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> 1999;45:79-92 Barbui C, D'Avanzo B, Frattura L, Saraceno B. The Qualyop Project 2: Monitoring the dismantling of Italian psychiatric hospitals. Psychotropic drug use in 1072 inpatients. <i>Pharmacoepidemiology and Drug Safety</i> 1999;8:331-7 AA.VV. Progetto Qualyop 3. <i>Prospettive Sociali e Sanitarie</i> 2001;XXXI(4):16-20 Frattura L, Chiara L. Scenari della transizione. Problemi e prospettive di nuova urbanità derivabili dal monitoraggio di 22 ospedali psichiatrici italiani. In: Contini G, Straticò E (Ed.) <i>Il tramonto del manicomio</i> . Bologna: CLUEB; 1998
S. Grandi <i>Psicoterapia dell'ipocondria: uno studio controllato</i>	Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy of hypochondriasis. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2000;61:317-22
L. Grassi <i>Morbilità psichiatrica e psicosociale in medicina; nuovi modelli diagnostici e implicazioni terapeutiche</i>	Porcelli P, De Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: Integration of different criteria. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 2000;69:198-204 Porcelli P, De Carne M. Criterion-related validity of the DCPR for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> (in corso di stampa)
T. Losavio <i>Analisi della destinazione degli ex degenti degli Ospedali psichiatrici, il loro rapporto con i Servizi di salute mentale e la valutazione degli interventi riabilitativi sul territorio</i>	Losavio T, Martelli P, Napoletano G, et. al. Analisi degli ex-degenti degli Ospedali Psichiatrici, il loro rapporto con i servizi di salute mentale e la valutazione degli interventi riabilitativi sul territorio. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 2000;CXXIV

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
M. Maj <i>Valutazione dell'effetto delle variabili socio-ambientali sul carico assistenziale percepito dai familiari dei pazienti psicotici</i>	Magliano L, Marasco C, Guarneri M, Malangone C, Lacrimini G, Zanus P, Maj M. A new questionnaire assessing the opinions of the relatives of patients with schizophrenia on the causes and social consequences of the disorder: reliability and validity. <i>European Psychiatry</i> 1999;14:71-5  Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, Maj M, Gruppo di lavoro. Cause e conseguenze psicosociali della schizofrenia: le opinioni dei familiari dei pazienti. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> 2000;2:113-25  Magliano L, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, Fiorillo A, Maj M, Gruppo di Lavoro. La situazione delle famiglie dei pazienti con schizofrenia in Italia: carico familiare, risposte dei SSM, sostegno sociale. <i>Epidemiologia e Psichiatria sociale</i> (in corso di stampa)
R. Mezzina <i>Crisi e presa in carico territoriale: studio multicentrico longitudinale di processo e di esito</i>	Mezzina R. (Ed.). Crisi psichiatrica e sistemi sanitari: una ricerca italiana. Trieste: Asterios (in corso di stampa)
P. Michielin <i>Predizione dell'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici</i>	Michielin P, Donatello M. (Ed.). <i>La formazione e l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici</i> . Padova: UPSEL Domeneghini (in corso di stampa)
P. Morosini <i>Corso di epidemiologia clinica valutativa per i DSM</i>	Biggeri A, Ferrara M, Miceli M, Morosini P. <i>Presentazione dell'edizione italiana di Evidence-Based Mental Health</i> . Volume 0, Numero 0, Settembre 1999. Infomedica.  Morosini P. Griglie di valutazione in Sanità: <i>Miglioramento continuo di qualità, valutazione di efficacia degli interventi e gestione aziendale</i> . Torino: Centro Scientifico Editore; 2000  Bignami G, De Girolamo G, Fava GA, Gaston A, Morosini P, Pasquini P, Pastore V, Tansella M. L'impatto sulla letteratura internazionale della produzione scientifica dei ricercatori italiani, nelle discipline "psichiatria" e "psicologia". Una valutazione bibliometrica. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> 2001;9:11-25  Picardi A, Bertoldi S, Morosini P. Trattamento comportamentale di un gruppo per la disassuefazione da nicotina: uno studio di follow-up a 6, 12 e 24 mesi su un campione di 1060 soggetti. <i>Giornale Italiano di Psicopatologia</i> 2001;6:495-503  Morosini P, Casacchia M, Roncone R. <i>Qualità dei servizi di salute mentale: manuale-questionario per l'accreditamento professionale</i> . Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2001  Morosini P, Palumbo G (Ed.). <i>Valutazione dei servizi di salute mentale: metodi epidemiologici e di miglioramento continuo di qualità</i> . Torino: Centro Scientifico Editore (in corso di stampa)  Morosini P (Ed.). <i>Glossario e note metodologiche per le edizioni italiane delle riviste di letteratura secondaria evidence-based</i> . Torino: Infomedica (in corso di stampa)

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
P. Morosini <i>Prevalenza e incidenza dei disturbi psichiatrici e del benessere psichico in rapporto all'utilizzazione dei servizi, al supporto sociale e agli stili di interpretazione della realtà</i>	Carta MG, Rudas N. La ricerca epidemiologica sugli immigrati sardi in Francia. In Carta MG, Rudas N (Ed.). <i>Progressi in psichiatria transculturale</i> . CUEC Editrice; 1999. p. 110-117 Morosini P, Magliano L, Cernuto F, Campanelli M, Motta M. Development and validation of a questionnaire assessing interpretative styles. <i>Psychiatric Networks</i> 2000;3:79-86 Carta MG, Koves V, Morosini P, Hardoy MC, Marroccu MC, Carpinello B. Una ricerca epidemiologica sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in immigrati sardi a Parigi a confronto con parigini e sardi residenti in Sardegna. <i>Annali di Igiene</i> 2001;13:520-41
P. Morosini <i>Sviluppo e validazione di strumenti per la valutazione degli esiti nella routine</i>	Morosini P, Gigantesco A, Cannavò M, Nardone P. Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione degli utenti dei servizi di salute mentale. <i>Giornale Italiano di Psicopatologia</i> 1998;1:53-60 Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IRH, Morosini P, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 1999;100:229-36 Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 2000;101:1-7 Morosini P, Guidi A, Palumbo G. Prima validazione di uno strumento semplice di percezione della qualità di vita da usare nella routine dei servizi sanitari di salute mentale: Q.V. -ISS. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 2000;CXXIV Morosini P, Magliano L, Cernuto F, Campanelli M, Motta M. Development and validation of a questionnaire assessing interpretative styles. <i>Psychiatric Networks</i> 2000;3:79-86 Gigantesco A, Chiaia E, Cirrincione R, Morosini P. Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione degli utenti e dei familiari sui servizi di un dipartimento di salute mentale di Roma. <i>Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale</i> (in corso di stampa)
P. Morosini <i>Progetto nazionale di ricerca-intervento sulle strutture residenziali</i>	Gruppo Nazionale PROGRES. Le Strutture Residenziali psichiatriche. <i>Salute e Territorio</i> 2000;121:183-7 de Girolamo G, Picardi A, Morosini P, e il Gruppo Nazionale PROGRES. Le Strutture Residenziali psichiatriche in Italia: risultati del progetto "PROGRES" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. <i>Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità</i> 2001;14(4):1-6 Gruppo Nazionale PROGRES. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: risultati della fase 1 del progetto PROGRES. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> (in corso di stampa)

segue

continua

<b>Responsabile della ricerca e titolo</b>	<b>Pubblicazioni</b>
P. Morosini <i>Progetto nazionale di ricerca-intervento sulle strutture residenziali</i>  (continua)	de Girolamo G, Picardi A, Morosini P, e il Gruppo Nazionale PROGRES. Le Strutture Residenziali psichiatriche in Italia: i risultati del progetto "PROGRES" dell'Istituto Superiore di Sanità. In: <i>Atti della Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale</i> . Roma: Ministero della Sanità (in corso di stampa)
C. Munizza <i>Un approccio composito alla terapia della depressione: studio randomizzato multicentrico</i>	Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient compliance in the treatment of depression. <i>British Journal of Psychiatry</i> (in corso di stampa)
G. Muscettola <i>Studio multicentrico sulle reazioni avverse da psicofarmaci</i>	Muscettola G, Barbato G, Pampallona S, Casiello M, Bollini P. Extrapyramidal syndromes in neuroleptic treated patients. Prevalence, risk factors and association with tardive dyskinesia. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> 1999;19:203-8  Muscettola G, Barbato G. Reazioni avverse neurologiche e psichiche agli antipsicotici. <i>NOOS</i> 1999;2:71-84
P. Pasquini <i>Valutazione dei Servizi di Salute Mentale in rapporto alle determinanti dell'uso e alla rappresentazione del medesimo con particolare riferimento al fenomeno del drop-out</i>	Mazzotti E, Pasquini P, Barbato M. Il drop-out nei servizi psichiatrici ambulatoriali. Entità del fenomeno e fattori associati. <i>Rivista di psichiatria</i> 2001;36:1-6
P. Pasquini <i>Ricerca caso-controllo su disturbi dissociativi, disturbo borderline di personalità, lutto ed eventi traumatici</i>	Liotti G, Pasquini P, and the Italian Group for the Study of Dissociation. Predictive factors for borderline personality disorder: early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 2000;102:282-9  Pasquini P, Liotti G, Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, and the Italian Group for the Study of Dissociation. Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> (in corso di stampa)
P. Pasquini <i>Patterns prescrittivi di antidepressivi e ansiolitici in Medicina Generale</i>	Di Giuseppe PP, Fassone G, Biondi M, Ferrigno L, Mazzotti E, Pasquini M, Pasquini P. Treatment of Major Depressive Disorder in primary care in Rome, Italy. <i>Annali dell'Istituto Superiore di Sanità</i> 1998;34:469-72  Fassone G, Picardi A, Pasquini M, Di Giuseppe PP, Biondi M, Pancheri P. Trattamento ambulatoriale del disturbo depressivo maggiore in ambiente specialistico: Osservazione longitudinale di una coorte di 253 pazienti. <i>Rivista di Psichiatria</i> 1999;34:300-9

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
D. Piacentini <i>Efficacia nella pratica della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo del Disturbo da Attacchi di Panico con o senza Agorafobia: analisi dei risultati a lungo termine dell'introduzione dell'intervento in due Servizi territoriali di Salute mentale</i>	Calzeroni A. Group cognitive psychotherapy for panic disorder in the public services. <i>Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences</i> 1999;43-8 Leveni D, Mazzoleni D, Piacentini D. Trattamento Cognitivo Comportamentale di gruppo del disturbo da attacchi di panico: descrizione dei risultati ottenuti in un servizio pubblico di salute mentale. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> 1999;8:270-5 Leveni D, Piacentini D. Trattamento di gruppo del disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia. In: Sassaroli S (Ed.): <i>Procedure in terapia cognitiva</i> . Moretti e Vitali; 2000 Leveni D, Piacentini D. La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi d'ansia. In: Lorenzini R, Sassaroli S (Ed.): <i>La mente imprigionata</i> . Roma: Cortina, 2000
R. Pioli <i>Introduzione nella routine dei Servizi di un metodo strutturato per la pianificazione e la valutazione di interventi riabilitativi individualizzati: l'esperienza di applicazione del VADO</i>	Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM – IV Social and Occupational Functioning assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 2000;101:323-9 Brambilla L. La valutazione dei trattamenti. In: Commodari B, Commodari E, Virzi A. (Ed.). <i>Manuale di psichiatria residenziale. La residenzialità nel contesto della psichiatria territoriale</i> (in corso di stampa) Pioli R, Zanieri G, Buizza C. I luoghi della riabilitazione In Commodari B., Commodari E., Virzi A. (Ed.): <i>Manuale di psichiatria residenziale. La residenzialità nel contesto della psichiatria territoriale</i> (in corso di stampa).
F. Rossi <i>Stima del costo dei servizi di salute mentale in rapporto all'impegno assistenziale e agli esiti</i>	Rossi F, Blaco R, Castelli C, Civalenti G, Cocchi A, Contini A, Erlicher A, Lanzara D, Lora A, Marcandalli S, Morosini P, Pisapia D. Il costo dei pazienti psichiatrici per classi di gravità. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> 1999;8:199-208
G. Ruggeri <i>L'incremento delle capacità metacognitive come fattore di efficacia delle psicoterapie</i>	Procacci M, Popolo R, Vinci G, Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Pontalti I, Alleva G. Stati Mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: Studio su caso singolo <i>Ricerca in Psicoterapia</i> 2000;3(1) Semerari A, Dimaggio G. Psychopathological forms of narrative. <i>Journal of Constructivist Psychology</i> 2001;14:1-23 Semerari A, Carcione A, Nicolò G. Metacognition y relacion terapeutica en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad. <i>Revista Argentina de Clinica Psicologica</i> 2000;9:257-70 Semerari A, Carcione A, Falcone M, Nicolò G. È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia. <i>Sistemi Intelligenti</i> (in corso di stampa)

segue

continua

<b>Responsabile della ricerca e titolo</b>	<b>Pubblicazioni</b>
G. Ruggeri <i>L'incremento delle capacità metacognitive come fattore di efficacia delle psicoterapie</i>  (continua)	Dimaggio G, Semerari A, Falcone M, Nicolò G, Procacci M. Metacognitive states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: a proposed integrated narcissism model. <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> (in corso di stampa)  Dimaggio G, Carcione A, Semerari A, Marraffa M, Falcone M, Nicolò G, Pontalti I, Procacci M. Modello di Mantenimento dei Disturbi di Personalità. <i>Revista de Psicoterapia</i> (in corso di stampa)  Semerari A. Il malfunzionamento Metacognitivo nel Disturbo Borderline di Personalità. <i>Revista de Psicoterapia</i> (in corso di stampa)  Carcione A. Stati mentali, deficit metacognitivi e cicli interpersonali nel Disturbo Dipendente di Personalità: Ipotesi per un modello clinico e strategie di intervento. <i>Revista de Psicoterapia</i> (in corso di stampa)  <i>Procacci M. Il Disturbo Evitante di Personalità: Le dimensioni Psicopatologiche e le loro implicazioni per la Psicoterapia. Revista de Psicoterapia</i> (in corso di stampa)  Nicolò G: Modello di Trattamento del Disturbo Paranoide di Personalità. <i>Revista de Psicoterapia</i> (in corso di stampa)
L. Sibilia <i>Valutazione del progetto AGATA (AutoGestione ed Autosservazione TeleAssistita) per la prevenzione secondaria dell'alcolismo</i>	Ceccanti M, Deiana L, Di Girolamo L, Sibilia L. Il Progetto AGATA: psicologia cognitivo-comportamentale per la gestione dell'alcolismo. <i>Psicologia della Salute</i> 1998;4:111-2  Sibilia L, Ceccanti M, Deiana L, Di Girolamo E. Il progetto AGATA: psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione secondaria dell'abuso alcolico. <i>Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale</i> 2000;6:123-37
S. Sirigatti <i>Prevenzione dei disturbi alimentari nell'adolescenza</i>	Massai V, Del Puglia F, Poggiolini D. L'analisi di contenuto computer-assistita: Un'applicazione del QSR NUD-IST. <i>Psicologia della Salute</i> (in corso di stampa)  Meringolo P, Giannetti E, Malvagia S. Stili di vita e comportamenti alimentari: tempo libero, alcool, tabacco. <i>Psicologia della Salute</i> (in corso di stampa)  Sirigatti S, Caiani S, Vannucci M. Aspetti psicosociali e impulso alla magrezza con particolare riferimento ad adolescenti di sesso femminile. <i>Psicologia della Salute</i> (in stampa)
M. Tansella <i>La valutazione dei costi dei primi tre anni di assistenza psichiatrica nei pazienti first-ever. Uno studio epidemiologically-based per la definizione di un sistema di finanziamento delle attività del Dipartimento di Salute Mentale</i>	Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, Tansella M. Exploring the relationships between patients' characteristics and costs of community-based mental health care. <i>Mental Health Research Review</i> 2000;7:28-32  Bonizzato P, Bisoffi G, Amaddeo F, Chisholm D, Tansella M. Community-based mental health care: to what extent are services costs associated with clinical, social and service history variables? <i>Psychological Medicine</i> 2000;30:1205-15

segue

continua

Responsabile della ricerca e titolo	Pubblicazioni
<p>M. Tansella <i>La valutazione dei costi dei primi tre anni di assistenza psichiatrica nei pazienti first-ever. Uno studio epidemiologicamente-based per la definizione di un sistema di finanziamento delle attività del Dipartimento di Salute Mentale</i></p>	<p>Healey A, Mirandola M, Amaddeo F, Bonizzato F, Tansella M. Using health production functions to evaluate treatment effectiveness: an application to a community mental health service. <i>Health Economics</i> 2000;9:373-83</p> <p>Mirandola M, Baldassari E, Beneduce R, Italo A, Segala M, Tansella M. A standardized and reliable method to apply the Global Assessment Functioning (GAF) scale to psychiatric case records. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i> 2000;9(2):79-86</p> <p>Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, Amaddeo F. Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> 1999;34:541-7</p>
<p>(continua)</p>	
<p>M. Tansella (per la seconda fase M. Ruggeri) <i>L'esito degli interventi in psichiatria. Sviluppo di una valutazione standardizzata, longitudinale e di "routine" di variabili cliniche, sociali e di interazione con i servizi nei pazienti assistiti dai Dipartimenti di Salute Mentale</i></p>	<p>Ruggeri M, Biggeri A, Rucci P, Tansella M. Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models. The South-Verona Outcome Project 1. <i>Psychological Medicine</i> 1998;28:1421-31</p> <p>Ruggeri M, Riani M, Rucci P, Biggeri A, Tansella M. Multidimensional assessment of outcome in psychiatry: the use of graphical displays. The South-Verona Outcome Project 2. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i> 1998;7:186-98</p> <p>Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor-analytic approach. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2001;178:268-75</p> <p>Galletta M, Lasalvia A, Ruggeri M. I bisogni di cura dei pazienti psichiatrici in relazione alle loro caratteristiche demografiche, cliniche, sociali e di interazione con i servizi. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 1999;4:237-68</p> <p>Ruggeri M, Dall'Agnola R. <i>Come Valutare l'Esito nei Dipartimenti di Salute Mentale</i>. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000</p> <p>Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> (in corso di stampa)</p>
<p>G. Tognoni <i>Studio Multicentrico di follow-up di primi casi con disturbi mentali gravi nei servizi psichiatrici territoriali</i></p>	<p>Terzian E, Sternai E, Barbato A, Tognoni G, Saraceno B. Italian Collaborative Study Group. Epidemiology of psychiatric care of patients with severe mental disorders in Italy. Rationale and design of a prospective study, and characteristics of the cohort. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> 1997;32:298-302</p> <p>Gruppo Collaborativo SPT (Servizi Psichiatrici Territoriali). Uso di psicofarmaci nella donne in età fertile che accedono ai servizi psichiatrici territoriali. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 1998;122(4):252-260</p>

segue



continua

<b>Responsabile della ricerca e titolo</b>	<b>Pubblicazioni</b>
G. Tognoni <i>Studio Multicentrico di follow-up di primi casi con disturbi mentali gravi nei servizi psichiatrici territoriali</i>  (continua)	Tognoni G. Servizi. tra valutazione ed epidemiologia dei diritti. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 1998;CXXII(3):145-54  Storer C, Mari L, Barbui C, Terzian E, Tognoni G, Sudio Collaborativo Italiano sugli Esiti dei Disturbi Mentali Gravi. Risorse disponibili ed attività terapeutiche nei servizi psichiatrici territoriali del dopo riforma: risultati di uno studio multicentrico. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 1999;CXXIII(4):250-7  Italian Collaborative Study Group on the Outcome of Severe Mental Disorders. Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. <i>European Journal of Clinical Pharmacology</i> 1999;55(9):685-90  Tognoni G. Psicofarmacologia epidemiologia. <i>Rivista Sperimentale di Freniatria</i> 2000;CXXIV(4):218-21

## Strumenti di valutazione e manuali

Un altro risultato di particolare rilievo conseguito dal PNSM è rappresentato dalla messa a punto di strumenti utili per le attività di ricerca, di valutazione e di miglioramento di qualità dei servizi di salute mentale italiani. Per questi strumenti, il PNSM ha reso possibile la disponibilità di dati normativi e/o di informazioni adeguate sulle loro caratteristiche psicometriche. Molti strumenti sono originali, ossia messi a punto e validati per la prima volta, mentre in altri casi si tratta della messa a punto e della validazione delle versioni italiane di importanti strumenti elaborati in altra lingua ed utilizzati a livello internazionale.

Va ricordato anche lo sviluppo di manuali pratici, orientati alla valutazione dei programmi e dei servizi ed alla formazione del personale.

Nell'elenco che segue, gli strumenti sono distinti in: strumenti di screening, strumenti di valutazione di caratteristiche psicologiche o comportamentali, strumenti di validazione dei costi ed altri strumenti. Vengono poi riportati i manuali. Tra parentesi sono menzionati i nomi dei responsabili italiani dell'elaborazione e/o validazione degli strumenti in questione. Con (O) sono indicati gli strumenti originali; con (T) le traduzioni delle versioni originali o le versioni modificate ai fini del progetto.

Nel complesso sono stati messi a punto o validati 32 nuovi strumenti, mentre di 20 è stata approntata la versione italiana. Sono inoltre stati approntati 8 tra manuali e libri divulgativi.

## Strumenti di valutazione di specifiche caratteristiche psicologiche o comportamentali

- Cartella Clinica Trans-Culturale (O) (Beneduce).
- Scala per la misura dell'Ego-Resilience (T), Block *et al.* (1996) (Caprara).
- Scala per la misura della timidezza (T), Cheek & Buss (1996) (Caprara).
- Scala per la misura del Comportamento prosociale – versione Adolescenti (O) (Caprara).
- Scala per la misura dell'autoefficacia emotiva (O) (Caprara).
- Scala per la misura della Solitudine (T), Russell, Peplau, Cutrona (1987) (Caprara).
- Defense Mechanism Inventory - versione italiana- maschile/femminile (T), di Sanmartini (1997) (Carbone)

- Intervista clinica semistrutturata per adolescenti (O) (Carbone)
- Intervista clinica semistrutturata per adolescenti ricoverati per traumatismi (O) (Carbone)
- Scheda dell'insight A/B (T) (Casacchia)
- Batteria di Valutazione Neuropsicologica (T) (Casacchia)
- Personal Psychiatric and Criminal History Schedule (PePsyCHS) (O) (Fioritti)
- Violent and Suicidal Behaviour Schedule (VSBS) (O) (Fioritti)
- Life Chart Schedule (LCS) (T) (Fioritti)
- Physical Health Index (PHI) (T) (Fioritti)
- Environmental Index (EI) (T) (Fioritti)
- Patient Attitude Questionnaire (T) (Fioritti)
- Social Behavioral Schedule (T) (Fioritti)
- Social Network Schedule (T) (Fioritti)
- QOF (Questionario sulle Opinioni dei Familiari) per la misura dell'interpretazione della malattia del paziente (O) (Maj).
- CRIIN e CRIFIN per la valutazione dell'intervento di crisi (1° e successive) (O) (Mezzina)
- CRIVAL per la valutazione del funzionamento sociale e delle modalità della crisi (O), (Mezzina)
- CRIFOL per la valutazione al follow-up del rapporto col servizio e esiti psicosociali (O), (Mezzina)
- Questionario sulle convinzioni deliranti e esperienze sensoriali. (O) (Morosini)
- Versione adattata per studi di Popolazione del CIDI (T) (Morosini)
- Questionario sulla qualità soggettiva di vita. (T) (Morosini)
- Questionario sugli stili interpretativi della realtà (O) (Morosini)
- Questionario sul Funzionamento Personale e Sociale (O) (Morosini)
- Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS). (O) (Morosini)
- OUSS (Opinione degli Utenti dei Servizi di Salute mentale) nella versione per i CSM. (O) (Morosini)
- OUSS (Opinione degli Utenti dei Servizi di Salute mentale) nella versione per SPDC (O) (Morosini)
- D.E.S. (Dissociative Experience Scale) (T) di Bernstein e Putnam, (1986) (Pasquini)
- D.d.I. (Intervista sui Determinanti dell'Intenzione) (T) (Pasquini)
- Q.A.D.I. (Questionario per la misura degli Antecedenti e Determinanti dell'Intenzione dichiarata) (T) (Pasquini)
- SCID-D Intervista diagnostica strutturata per la diagnosi di disturbo dissociativo (T), di Steinberg (1993) (Pasquini)
- I.T.I. (Intervista Traumi nell'Infanzia) intervista strutturata per la rilevazione delle esperienze traumatiche dall'infanzia ai 14 anni (O) (Pasquini)
- Q.E.L. (Questionario Eventi di Lutto) questionario per la rilevazione di esperienze di lutto nella madre del paziente (O) (Pasquini).
- Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.) (O) (Ruggeri)
- Ado-Stil-99, questionario per la valutazione del comportamento alimentare in adolescenza (O) (Sirigatti)

### **Strumenti di valutazione dei costi e altri strumenti**

- Questionario Inizio Corso (O) (Morosini)
- Questionario Giornaliero di Valutazione del Corso (O) (Morosini)

- Questionario Giudizio Complessivo sul Corso (O) (Morosini)
- Questionario Conoscenze pre/post Corso (O) (Morosini)
- Questionario sulla Valutazione dei Risultati di un Corso di Formazione a Distanza di Tempo (O) (Morosini)
- Questionario per la valutazione soggettiva degli effetti collaterali da psicofarmaci (T) (Muscettola)
- Strumenti di valutazione degli effetti collaterali degli antidepressivi (O) (Muscettola)
- Strumenti di valutazione degli effetti collaterali degli Antipsicotici (O) (Muscettola)
- Scheda HoNOS (T) (Rossi)
- Questionario per la valutazione delle prestazioni in SPDC (O) (Rossi)
- Questionario per la stima dei costi delle prestazioni territoriali (O) (Rossi)
- Questionario per la stima dei costi delle prestazioni farmacologiche (O) (Rossi)
- Lista dei Costi Unitari (LICU) (O) (Tansella)

### **Manuali e libri divulgativi**

- Manuale VADO: Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi in riabilitazione psichiatrica. Erickson, Trento, 1998. (O) (Morosini)
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. Masson, Milano, 1998. (T) (Morosini), un manuale che contiene anche due capitoli italiani originali sulla valutazione dell'efficacia dell'intervento e sulle esperienze di applicazione dello stesso.
- Manuale per l'accREDITAMENTO professionale nel DSM. Centro Scientifico Editore, Torino, 1999. (O) (Erlicher)
- Valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000. (O) (Tansella, per la seconda fase M. Ruggeri)
- Abilità comunicative del medico: comunicare le cattive notizie. Roma, 2001 (T) (Sibilia)
- Salute e qualità della vita. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001. (O) (de Girolamo, per la seconda fase Spagnolo)
- Qualità dei servizi di salute mentale: manuale-questionario per l'accREDITAMENTO professionale. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001. (O) (Morosini)
- Metodi epidemiologici di valutazione dei servizi di salute mentale. Centro Scientifico Editore, Torino, in corso di stampa. (O) (Morosini)

### **Attività di formazione e aggiornamento per gli operatori del SSN**

Esiste una elevata domanda di formazione ed aggiornamento da parte degli operatori del settore della salute mentale; tale domanda va vista nel più ampio contesto dei programmi di educazione continua in medicina, la cui importanza è stata di recente riconosciuta dal Ministero della Sanità con il programma nazionale di formazione permanente. Va sottolineato che nel campo della salute mentale la domanda di formazione e di aggiornamento è stata spesso soddisfatta da agenzie private o con finanziamenti di industrie private, spesso con costi non indifferenti per i partecipanti, e non sempre con garanzie di imparzialità e attenzione al miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Le attività di formazione ed aggiornamento per gli operatori dei DSM hanno perciò rappresentato un aspetto molto importante dell'impegno dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del PNSM.

Di seguito vengono riportate in dettaglio le numerose iniziative di formazione che sono state promosse ed organizzate dall'unità di coordinamento centrale del PNSM o, con finanziamento

specifico, da unità operative dell'Istituto Superiore di Sanità. Le iniziative sono raggruppate nei seguenti argomenti: trattamenti psicosociali, trattamenti psicofarmacologici e riabilitazione psichiatrica; epidemiologia e valutazione dei servizi; diffusione dei risultati del PNSM.

In totale, sono state organizzate, nel periodo compreso tra il giugno 1997 e il giugno 2001, 27 iniziative di formazione tra convegni, workshop, corsi e seminari. La maggior parte di essi è durata due o tre giorni pieni. Si sono svolte anche numerose riunioni di studio e lavoro sui temi delle ricerche finanziate, riunioni che qui non vengono descritte.

## **Trattamenti psicosociali, trattamenti psicofarmacologici e riabilitazione psichiatrica**

- ***Nuove strategie cognitive per il trattamento non farmacologico dei deliri e delle allucinazioni resistenti ai farmaci***

*Data:* Di questo corso sono state tenute tre edizioni, con programmi leggermente variati, in data 19-21 giugno 1997, 1-3 giugno 1998, 6-8 ottobre 1999.

*Relatore principale:* D. Fowler (Department of Clinical Psychology, University of East Anglia, Norwich, UK).

*Organizzatori:* P. Morosini, G. Polidori, ISS.

Va ricordato che è stata curata da P. Morosini, A. Guidi e G. Polidori la traduzione del manuale "Trattamento cognitivo-comportamentale delle psicosi" di D. Fowler, E. Kuipers e P. Garety, che ha permesso una maggiore diffusione di questo approccio. Questo libro è arricchito da due appendici scritte da autori italiani (A. Guidi, M. Lussetti, R. Mezzina, P.L. Morosini, M. Pettinelli, G. Polidori), di cui la prima relativa alla valutazione di questa psicoterapia e la seconda relativa alle applicazioni italiane.

- ***Dalla clinica alla programmazione sanitaria in psicopatologia dell'età evolutiva: un ponte tra ricerca e pratica clinica***

*Data:* 5 marzo 1999

*Relatore principale:* J. Leckman (Child Study Center, Department of Psychiatry, Pediatrics and Psychology, Yale University, USA).

*Organizzatori:* G. de Girolamo, E. Mazzotti (Istituto Superiore di Sanità).

- ***Il disturbo post-traumatico da stress: epidemiologia, clinica e trattamento***

*Data:* 27 aprile 1999

*Relatore principale:* Alexander McFarlane (North Western Adelaide Mental Health Service, University of Adelaide, Australia).

*Organizzatori:* G. de Girolamo, G. Polidori (Istituto Superiore di Sanità).

- ***Il training di abilità sociali nei disturbi mentali gravi***

*Data:* 10-12 maggio 1999

*Relatore principale:* K.T. Mueser (Dipartimento di Psichiatria e Medicina di Famiglia e Comunità, Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire, USA).

*Organizzatori:* G. de Girolamo, G. Fassone, P. Morosini (Istituto Superiore di Sanità).

- ***Il “Texas medication algorithm project” per il trattamento della schizofrenia***

*Data:* 14 febbraio 2000

*Relatore principale:* Prof. Alexander L. Miller (University of Texas Health Science Center, San Antonio, USA).

*Organizzazione:* Francesco Cecere (ASL RM E), Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori (PNSM, ISS)

- ***Psichiatria di consultazione I: L’organizzazione del Servizio***

*Data:* 20-21 gennaio 2000

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Gabriella Polidori (PNSM, ISS), in collaborazione con il prof. Marco Rigatelli (Università di Modena) e la Società Italiana di Psichiatria di Consultazione.

- ***I disturbi di personalità: diagnosi, clinica e trattamento***

*Data:* 14-16 marzo 2000

*Relatore principale:* Prof. John Livesley (University of British Columbia, Vancouver, Canada; Editor del Journal of Personality Disorders)

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori (PNSM, ISS)

- ***I disturbi cognitivi nella schizofrenia e in altre malattie mentali: clinica e trattamento***

*Data:* 4-6 aprile 2000

*Relatori:* Prof. Jim Gold (University of Maryland, USA), Prof. Stefano Cappa (Università di Brescia), Dr. Monica Mazza (Università de L’Aquila)

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori (PNSM, ISS)

- ***Psichiatria di consultazione II : La comorbilità medico-psichiatrica***

*Data:* 25-26 maggio 2000

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Gabriella Polidori (PNSM, ISS), in collaborazione con il prof. Marco Rigatelli (Università di Modena) e la Società Italiana di Psichiatria di Consultazione.

- ***Psichiatria di consultazione III : Strategie e modelli d’intervento***

*Data:* 9-10 novembre 2000

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Gabriella Polidori (PNSM, ISS), in collaborazione con il prof. Marco Rigatelli (Università di Modena) e la Società Italiana di Psichiatria di Consultazione.

- ***La salute mentale in età evolutiva: lo stato delle conoscenze e gli interventi efficaci***

*Data:* 6 aprile 2001

*Relatori:* vari ricercatori dell’ISS e numerosi docenti universitari, tra i quali G. Bollea (Università “La Sapienza”, Roma), M. Maj (Università “Federico II”, Napoli), E. Vizard (Direttore, Young Abusers Project, Londra), E. Caffo (Università di Modena, Presidente di “Telefono Azzurro”).

*Organizzatori:* G. de Girolamo, G. Polidori, T. Liverani (ISS), S. Gagliardi, V. Rizzoli, V. Russo (Centro Studi Telefono Azzurro).

## **Epidemiologia e valutazione dei Servizi**

- ***Epidemiologia di base***

*Data:* 1-5 settembre 1997

*Relatore principale:* M. Szklo (School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA)

*Organizzatore:* P. Pasquini (ISS)

- ***Epidemiologia avanzata***

*Data:* 8-12 settembre 1997

*Relatore principale:* M. Szklo (School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA)

*Organizzatore:* P. Pasquini (ISS)

- ***Corso di epidemiologia clinica e valutativa per i Dipartimenti di Salute Mentale***

Di questo corso sono state tenute tre edizioni, in data 26-29 ottobre 1998, 22-25 giugno 1999, 27-29 novembre 2000

*Relatori principali:* J. Geddes (Department of Psychiatry, University of Oxford, U.K.); P. Morosini

*Organizzatori principali:* P. Morosini, G. Palumbo (ISS)

- ***Metodi e risultati dell'epidemiologia psichiatrica: una overview***

*Data:* 28 aprile 1999

*Relatore principale:* R. Kessler (Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, USA).

*Organizzatori principali:* G. de Girolamo, G. Fassone (ISS)

- ***Progetti di qualità negli SPDC del Lazio con particolare riferimento all'impiego del tempo di ricovero***

*Data:* 28 maggio 1999

*Relatori:* A. Bazzoni, A. Cotugno, G. Ducci (SPDC S. Filippo Neri, Roma, ASL RM E); G. Regoli (SPDC, Civitavecchia (Roma), ASL RM F); A. Vanni (Arcispedale S. Anna di Ferrara, ASL Ferrara); P. Morosini, G. Polidori (PNSM, ISS, Roma).

*Organizzatori principali:* G. Polidori (ISS, Roma), A. Bazzoni (SPDC S. Filippo Neri, Roma, ASL RM E)

- ***Inchiesta confidenziale inglese sul suicidio e omicidio dei pazienti in carico ai servizi psichiatrici in Gran Bretagna***

*Data:* 17 febbraio 2000

*Relatore principale:* Prof. Louis Appleby (University of Manchester, UK).

*Organizzazione:* Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori (PNSM, ISS)

## Diffusione dei risultati ottenuti nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale

- **La qualità della vita in medicina: problemi e tendenze**

*Data:* 27 aprile 1998

*Relatore principale:* Giovanni de Girolamo (DSM, ASL Città di Bologna).

- **La ricerca in Salute Mentale: Risultati, implicazioni e ricadute.**

*Data:* 27-28 gennaio 1999

*Relatori:* rappresentanti dei gruppi di ricerca impegnati nei 27 progetti finanziati nella prima fase di questo progetto; due letture magistrali: "Ricerca e buona pratica clinica. Un connubio possibile?" di N. Sartorius (Presidente della World Psychiatric Association, Ginevra, Svizzera) e "Un ponte tra ricerca, servizi e pratica clinica" di J. Rush.

*Organizzatori:* P. Morosini, G. de Girolamo, R. Cirrincione, G. Fassone, E. Mazzotti, A. Picardi, G. Polidori (ISS).

- **Giornata di studio sui risultati del primo anno di attività del progetto 'Monitoraggio Dimissioni Ospedali Psichiatrici Giudiziari' (MoDiOPG)**

*Data:* 25 febbraio 1999

*Relatori:* A. Fioritti (DSM, ASL Città di Bologna, Bologna); V. Melega (DSM, ASL Città di Bologna, Bologna), M. Novello (DSM, ASL di Udine).

*Organizzatori:* G. de Girolamo, A. Picardi (ISS).

- **La ricerca in Salute Mentale: Risultati, implicazioni e ricadute**

*Data:* 26-28 marzo 2001

*Relatori:* rappresentanti di ognuno dei progetti di ricerca sostenuti dal PNSM.

*Organizzatori:* G. de Girolamo, P. Morosini, A. Picardi, G. Polidori (ISS).

- **Valutazione dei fattori di rischio e protettivi nell'infanzia e nell'adolescenza**

*Data:* 19-20 giugno 2001

*Relatori:* G.V. Caprara (Università "La Sapienza", Roma), G. De Leo (Università "La Sapienza", Roma), M. Di Pietro (Servizio per l'Età Evolutiva, Az. ULSS n. 17 Monselice PD), K. Dodge (Direttore, Center for Child and Family Policy e Fast Track Prevention Program), P. Zimbardo (Stanford University, Presidente Eletto dell'American Psychological Association).

- **Doppia diagnosi: epidemiologia e trattamento**

*Data:* 25-26 giugno 2001

*Relatori:* J. Solomon, A. Fioritti, M. Clerici, E. Tempesta, G. Gerra (Columbia University, New York). *Organizzatori:* G. de Girolamo, G. Polidori, G. Bonaviri (ISS).

## Promozione di progetti di ricerca multicentrici

Da almeno due decenni si sta affermando, in campo biomedico, la tendenza a promuovere grossi studi multicentrici. Gli studi multicentrici consentono di studiare campioni più ampi, con il doppio vantaggio di aumentare la potenza statistica degli studi e la rappresentatività dei campioni, e quindi la generalizzabilità dei risultati. Si vuole qui sottolineare anche un aspetto poco considerato: gli studi multicentrici consentono a numerosi operatori dei servizi sanitari,

spesso con qualifiche diverse, di prendere parte ad attività di ricerca. Ciò è importante ovunque, ma soprattutto nel contesto dei servizi di salute mentale italiani, che presentano numerosi punti di forza ma che sicuramente hanno tra i punti di debolezza una scarsa propensione alla valutazione e alla ricerca.

Nell'ambito del PNSM, sono stati realizzati numerosi progetti multicentrici, in particolare quelli coordinati da Casacchia, Erlicher, Fioritti, Frattura, Maj, Munizza, Pasquini, Pioli, F. Rossi. Si sottolinea qui la grande estensione di due progetti coordinati direttamente dall'ISS: il progetto PROGRES sulle strutture residenziali non ospedaliere per pazienti psichiatrici, ed il progetto PES sul maltrattamento infantile. Entrambi i progetti hanno consentito di ottenere, in tempi particolarmente brevi ed a costi molto contenuti, risultati di grande interesse, e possono rappresentare dei modelli da perseguire anche per il futuro in Italia.

## **Ricadute per il Servizio Sanitario Nazionale**

Il Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" richiede che i servizi di salute mentale italiani mettano in pratica e diffondano sistematicamente gli interventi di cui è stata provata l'efficacia, formulino linee-guida che tengano conto dei principi della medicina basata sulle evidenze (*Evidence Based Medicine*, EBM), valutino la qualità delle strutture e dei processi alla luce di questi stessi principi e migliorino così l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza della loro azione.

Il PNSM ha messo a disposizione degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale un gran numero di strumenti validati per effettuare una valutazione standardizzata dei pazienti in carico e degli esiti dei trattamenti erogati, ed ha favorito la disseminazione di una 'cultura della valutazione', la cui rilevanza ed urgenza era da tutti riconosciuta. Inoltre, la partecipazione a progetti di ricerca realizzati nell'ambito del PNSM ha consentito ad un gran numero di operatori del SSN che prestano la loro opera nei DSM di integrare le tradizionali funzioni assistenziali con opportunità di crescita scientifica.

Queste realizzazioni hanno probabilmente contribuito ad accelerare la diffusione di orientamenti più attenti all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione dei loro esiti, e quindi a ottenere che pazienti e familiari ricevano un'assistenza più capace di alleviare le loro sofferenze e i loro disagi e di migliorare la loro qualità di vita. Analoghe considerazioni si possono fare per la partecipazione di un vasto numero di operatori alle iniziative di formazione promosse dall'ISS nell'ambito del PNSM.

Va sottolineato inoltre che il PNSM ha portato evidenze a favore dell'efficacia di interventi non farmacologici innovativi o mai valutati nel contesto italiano, quali l'intervento psicoeducativo familiare, i programmi di riabilitazione basati sull'accurata definizione di obiettivi riabilitativi misurabili e concordati con il paziente, gli interventi di psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo in regime di ricovero acuto, gli interventi di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo per la terapia dei disturbi d'ansia, gli interventi di psicoterapia del benessere per la prevenzione delle ricadute dei disturbi depressivi, gli interventi psicosociali nelle scuole per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività. È difficile fare una selezione degli strumenti messi a punto, ma ci sembra che valga la pena di menzionare qui quelli relativi al funzionamento personale e sociale dei pazienti, alla predizione del successo dell'inserimento lavorativo, le batterie di strumenti messi a punto dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Verona per la valutazione dell'efficacia nella pratica e dal Centro Interdipartimentale della Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma per la valutazione dei fattori di rischio e protettivi nella preadolescenza e nell'adolescenza, gli strumenti per la valutazione dei costi, i questionari sulla soddisfazione dei



pazienti, dei familiari e degli operatori. Si ricorda che il PNSM ha anche consentito di esplorare le effettive possibilità di prevenzione dei disturbi mentali, in particolare negli adolescenti.

Infine, va considerato che un'altra importante ricaduta complessiva del PNSM è rappresentata dall'acquisizione e dal perfezionamento di metodologie di coordinamento di studi multicentrici complessi nel campo della salute mentale, soprattutto ma non solo da parte dell'unità di coordinamento dell'ISS. L'acquisizione e il affinamento di queste competenze potrà in futuro consentire all'ISS di sviluppare e rafforzare la propria capacità di intervento e di controllo tecnico-scientifico a favore del SSN in un campo dell'assistenza sanitaria di importanza cruciale come quello della salute mentale.

## Bibliografia

1. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotnik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP (Ed.). *Adversity, stress and psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 235-284.
2. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:413-26.
3. Thornicroft G, Tansella M. *La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2000
4. Üstün TB. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health* 1999;89:1315-8.
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
6. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:11-9.
7. Fava GA, Montanari A. National trends of research in behavioral and medical sciences. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996;65:281-92.
8. Fava GA, Montanari A. National trends of research in psychology and psychiatry (1981-1995). *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997;66:169-74.
9. Bignami G, De Girolamo G, Fava G, Gaston A, Morosini P, Pasquini P, Pastore V, Tansella M. L'impatto sulla letteratura internazionale della produzione scientifica dei ricercatori italiani, nelle discipline "psichiatria" e "psicologia". Una valutazione bibliometrica. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000;9:11-25.
10. de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P. (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale: rapporto della prima fase*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/12).

# LA SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA E IL PROGETTO NAZIONALE SALUTE MENTALE

Angelo Cocchi

Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica ([www.siep.it](http://www.siep.it))

Il contenuto di questo volume riflette un esperimento di rilevante portata culturale e formativa, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con alcuni Servizi di salute mentale e Cliniche psichiatriche universitarie. Con il Progetto nazionale Salute mentale (PNSM) è stata offerta, per la prima volta, ad operatori di aree geografiche diverse la possibilità di elaborare, sulla base delle situazioni locali, progetti di ricerca orientati alla valutazione, di avviarli e di sottoporli, alla loro conclusione, ad un confronto critico.

L'intelligenza e la lungimiranza del coordinamento scientifico del PNSM hanno fatto sì che, pur rispettando le competenze e le propensioni dei ricercatori, le singole ricerche potessero venire ricondotte, con un'opera non facile di coordinamento, ad un obiettivo finale comune, quello di migliorare la qualità delle prestazioni erogate attraverso un processo interno di crescita scientifica dei Servizi stessi.

Si tratta di un esperimento non usuale con significative ricadute sia in termini di motivazioni degli operatori ad un lavoro orientato alla valutazione per il miglioramento delle qualità dei servizi, che di arricchimento scientifico di tutta la comunità psichiatrica italiana.

Con la realizzazione del PNSM hanno avuto piena conferma e soddisfazione le motivazioni che hanno suggerito la sua presentazione e attuazione tra queste, in particolare, l'obiettivo di sviluppare e alimentare nei Servizi la cultura della valutazione (1).

Si è costruito così un patrimonio di esperienze e conoscenze a disposizione di tutti, il cui valore consiste essenzialmente nell'aver alimentato ed esteso l'area della riflessione critica su ciò che si fa e su ciò che si dovrebbe fare; utilizzare questo patrimonio, incrementarlo e diffonderlo capillarmente può sembrare un obiettivo ambizioso (e forse lo è), ma, al tempo stesso è una necessità ineludibile se vogliamo che il futuro della Psichiatria e dei Servizi di salute mentale sia sempre più *effectiveness oriented* e *public health oriented*.

Il PNSM ha chiamato a raccolta numerosi operatori chiedendo loro di porsi come forza propulsiva all'interno del sistema dei servizi affinché il futuro dell'assistenza sia sempre meno al servizio degli operatori, delle loro convinzioni soggettive, delle chiese culturali di appartenenza e sempre più al servizio dell'utenza in modo realmente e oggettivamente efficace, fondandosi sulle conoscenze scientifiche in un equilibrato rispetto della complessità data dalla compresenza dei fattori biologici, sociali e psicologici che di volta in volta in maniera diversa condizionano la malattia e le sue conseguenze disabilitanti.

L'aver permesso che molti operatori abbiano avuto la possibilità di affondare le proprie mani nella ricerca e contribuire ad "impastare il pane della conoscenza" è un valore anche perché la ricerca, se condotta con metodo e trasparenza, costituisce un salutare esercizio di umiltà rammentando al clinico che le sue conoscenze, spesso solo convinzioni o credenze, non corrispondono ad acquisizioni definitive ma vanno criticate, ridimensionate e arricchite quasi ogni giorno.

Il PNSM svolge un ruolo importante nella crescita dei Servizi di Salute Mentale ponendosi come snodo tra il mondo della ricerca e quello della pratica, nel rispetto dell'iniziativa personale, della coerenza metodologica e scientifica e dell'esperienza clinica sul campo.

Harrison e Eaton in un editoriale del 1999 (2), sottolineando la distanza tra il mondo della ricerca e il “mondo reale”, suggeriscono che una possibilità per ridurla può essere l’uso di routine di misure di esito; in modo che i clinici possano direttamente verificare i risultati delle loro scelte. Viene suggerita una condotta, che originatasi dall’interno del sistema clinico, può portare più facilmente ad accettare suggerimenti provenienti da ricerche più complesse e sofisticate, non conducibili se non da ricercatori di professione: infatti la diffusione passiva delle informazioni scientifiche è sostanzialmente inefficace e non è in grado di attivare in tempi ragionevoli innovazioni assistenziali.

Il problema è fortemente sentito ovunque seppure con graduazioni sensibilmente diverse in relazione alle condizioni culturali, scientifiche, economiche e politiche locali.

Tansella (3), dall’angolazione della psichiatria universitaria, ne ha fatto una ampia analisi, mettendo in luce gli aspetti contraddittori, ma contemporaneamente suggerendo nelle conclusioni del suo editoriale, un percorso molto simile a quello proposto dal PNSM per coniugare pratica e ricerca scientifica: “oggi si presenta l’opportunità per la psichiatria accademica di impegnarsi in studi di effectiveness... che vadano al di là dei pur necessari (ma non sufficienti) studi di efficacy, condotti su gruppi selezionati di pazienti... in questa opportunità, ovviamente, dovrebbero essere coinvolti anche i Servizi e i Dipartimenti di salute mentale del SSN più avanzati e più interessati a coniugare pratica e ricerca scientifica.” Inoltre è necessario che l’informazione sulla ricerca di alta qualità sia prodotta e diffusa in modo da raggiungere efficacemente sia l’utenza del Servizio Sanitario Nazionale che chi vi lavora o lo amministra (4).

L’incontro tra la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) e il PNSM è la diretta conseguenza delle logiche che sostengono il Progetto: così come la ricerca scientifica può agire da lievito all’interno del singolo servizio, per far crescere il bisogno di conoscenza, un diffuso aggiornamento sulle ricerche e sui risultati ed una partecipazione ampia alla valutazione del PNSM in termini di validità scientifica e di impatto nella pratica può facilitare una disseminazione non passiva, partecipata nell’ambito dei Servizi.

Nella SIEP si riconoscono operatori che hanno interessi specifici in ambito epidemiologico come premessa ad un miglioramento delle condizioni, scientifiche e pratiche, che determinano il buon funzionamento dei Servizi.

La Società ha, come da Statuto, i seguenti scopi principali:

- La promozione di ricerche nel campo dell’epidemiologia psichiatrica conformi agli standard accettati a livello internazionale.
- La diffusione presso gli operatori psichiatrici di un’ampia e rapida informazione dei progressi realizzati nel campo dell’epidemiologia, attraverso l’organizzazione di seminari, simposi e tavole rotonde.
- La stimolazione dei giovani studiosi di Epidemiologia psichiatrica contribuendo alla loro formazione attraverso corsi specifici, premi e borse di studio.
- La promozione di contatti con studiosi e istituzioni nazionali e internazionali operanti nel campo dell’epidemiologia psichiatrica.
- La promozione di contatti con esperti, enti e organizzazioni operanti nel settore della programmazione dei servizi psichiatrici.

Questi scopi, numerosi e ambiziosi, sono stati perseguiti sin dal momento della costituzione della SIEP, in uno spirito di assoluta indipendenza e con rigore esemplare dai Presidenti e dai Consigli Direttivi che si sono susseguiti nel tempo.

È quindi motivo di soddisfazione per tutti i Soci che l’Istituto Superiore di Sanità, riconoscendo le peculiarità della SIEP, le abbia affidato la valutazione del Progetto nazionale Salute mentale e la disseminazione nella comunità scientifica dei risultati.

In particolare è stato chiesto alla SIEP di effettuare la valutazione del PNSM servendosi di un gruppo indipendente di esperti italiani di epidemiologia e di valutazione dei Servizi di salute mentale, e di organizzare una o più riunioni di illustrazione del PNSM e dei suoi risultati, aperta a tutti gli operatori della Salute mentale.

La SIEP si è impegnata a fornire i referee e i discussant e ad effettuare una inchiesta sulle caratteristiche dei partecipanti e sulla loro opinione riguardo i punti di forza e di debolezza del progetto e sui temi prioritari di ricerca per una eventuale prosecuzione del progetto stesso. Su quest'ultimo aspetto, in qualità di presidente, mi sono già espresso positivamente con una nota inviata alla Direzione dell'Istituto, mentre il lavoro di valutazione e disseminazione è stato avviato formalmente con il workshop tenutosi a Bologna nel marzo 2001, nel corso del quale sono stati presentati i risultati delle linee di ricerca attuate o sviluppate nell'ambito del PNSM. Credo che sia la prima volta che una Società Scientifica si trovi ad interagire in modo così significativo con una istituzione prestigiosa quale è l'Istituto Superiore di Sanità, per contribuire a diffondere conoscenze con il comune obiettivo finale, ripeto deliberatamente quanto scritto poco sopra, di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie attraverso un processo di crescita scientifica, sviluppata all'interno del Servizio.

Siamo convinti che questa felice occasione, l'incontro tra la SIEP e il PNSM, possa essere considerato come un piccolo passo avanti dato che, malgrado gli incoraggianti progressi, molto lavoro deve ancora essere fatto affinché l'epidemiologia psichiatrica possa dispiegare appieno il suo potenziale speculativo sia nel campo dell'epidemiologia clinica che in quello analitico e sperimentale per migliorare la salute mentale delle popolazioni (5).

## Bibliografia

- 1 de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P. (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale: rapporto della prima fase*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/12).
- 2 Harrison G, Eaton WW. From research world to real world: routine outcome measures are the key. *Current Opinion in Psychiatry* 1999;12:187-9.
- 3 Tansella M. Dalla ricerca scientifica all'assistenza psichiatrica: un flusso irregolare e discontinuo. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1999;CXXIII(3):159-64.
- 4 Stein K, Milne R. Mental health technology assessment: practice based research to support evidence-based practice. *Evidence-Based Mental Health* 1999;2:37-9.
- 5 Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000;78(4):464-74.

**PARTE II**  
**Linee di ricerca finanziate**



# **FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI PAZIENTI CON DISTURBO DI PANICO E FOBIA SOCIALE TRATTATI CON PSICOTERAPIA COMPORTAMENTALE**

Giovanni A. Fava, Chiara Ruini, Lara Mangelli, Chiara Rafanelli, Sandra Conti, Fedra Ottolini,  
Silvana Grandi  
*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna*

## **Introduzione e obiettivi**

I disturbi ansiosi come la fobia sociale e il disturbo di panico con agorafobia tendono ad avere un decorso cronico con scarso miglioramento spontaneo (1). Un loro trattamento adeguato è perciò di notevole importanza. La letteratura scientifica ha dimostrato l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale e della terapia farmacologica nel trattamento di questi disturbi (2,3). Tuttavia sono molto scarse le ricerche che studiano l'andamento a lungo termine di tali trattamenti: la maggior parte delle ricerche riportano infatti follow-up che non superano i due anni di tempo (4,5).

Lo scopo di questo lavoro è quello di effettuare un follow-up a lungo termine (dai 2 ai 14 anni) di pazienti con disturbo di panico con agorafobia (primo studio) o con fobia sociale (secondo studio) trattati con successo solo con psicoterapia comportamentale (esposizione), utilizzando l'analisi della sopravvivenza per caratterizzarne il decorso clinico.

## **Metodi**

In un primo studio è stato portato a termine un follow-up di 2-14 anni di 132 pazienti con disturbo di panico con agorafobia, trattati con successo tramite psicoterapia comportamentale. Il trattamento, costituito da 12 sessioni della durata di 30 minuti, era basato su programmi di esposizione progressiva alle situazioni fobiche (6,7). Al termine di tale trattamento i pazienti sono stati valutati da una psicologa, non coinvolta nella psicoterapia, che ha poi effettuato anche i successivi incontri di follow-up. Il primo follow-up è stato effettuato dopo sei mesi dal termine del trattamento, e successivamente una volta all'anno. La psicologa ha somministrato un'intervista semistrutturata basata sulla Clinical Interview for Depression (8) per valutare l'andamento clinico e per accertare la presenza o meno di una ricaduta del disturbo.

Per analizzare il decorso dei pazienti è stata utilizzata l'analisi della sopravvivenza (9), con 16 fattori come predittivi dell'esito (età, sesso, classe sociale, stato civile, scolarità, impiego, durata del disturbo, presenza di una ulteriore diagnosi psichiatrica, presenza di un disturbo di personalità, livelli iniziali di panico, agorafobia ed umore depresso, uso di farmaci antidepressivi e benzodiazepine al termine del trattamento, livelli residui di agorafobia e depressione).

Nel secondo studio è stato portato a termine un follow-up di 2-12 anni di 45 pazienti con fobia sociale, trattati con successo tramite psicoterapia comportamentale. Il trattamento, costituito da 8 sessioni della durata di 30 minuti, era basato su programmi di esposizione progressiva alle situazioni fobiche (6,7). Anche in questo studio al termine del trattamento i

pazienti sono stati valutati da una psicologa, non coinvolta nella psicoterapia, che ha poi effettuato anche i successivi incontri di follow-up. Il primo follow-up è stato effettuato dopo sei mesi dal termine del trattamento, e successivamente una volta all'anno. La psicologa ha somministrato un'intervista semistrutturata basata sulla Clinical Interview for Depression (8) per valutare l'andamento clinico e per accertare la presenza o meno di una ricaduta del disturbo.

Per analizzare il decorso dei pazienti è stata utilizzata l'analisi della sopravvivenza (9), con 18 fattori come predittivi dell'esito (età, sesso, classe sociale, stato civile, scolarità, impiego, durata del disturbo, presenza di una ulteriore diagnosi psichiatrica, presenza di un disturbo di personalità, livelli iniziali e conclusivi di fobia sociale, ansia generalizzata, ansia somatica ed umore depresso, uso di farmaci antidepressivi e benzodiazepine).

## Risultati

Nel primo studio inerente i pazienti con disturbo di panico associato ad agorafobia, si è osservato che 31 pazienti (23%) hanno avuto una ricaduta durante il follow-up. La possibilità stimata di rimanere in remissione è stata del 93% dopo 2 anni, dell'82% dopo 5 e del 62% dopo 10. Queste probabilità tendevano ad aumentare con il decrescere dell'età dei pazienti e in assenza di disturbi di personalità, di umore depresso all'inizio del trattamento, di sintomi residui (evitamento agorafobico) e di concomitante uso di benzodiazepine e di antidepressivi.

Nel secondo studio su pazienti con fobia sociale, sei pazienti su 45 (13%) hanno avuto una ricaduta durante il follow-up. La possibilità stimata di rimanere in remissione è stata del 98% dopo 2 anni, dell'85% dopo 5 e del 51% dopo 12. Queste probabilità tendevano ad aumentare in assenza di disturbi di personalità, di sintomi residui (evitamento fobico) e di concomitante uso di benzodiazepine.

## Discussione

I risultati di entrambi gli studi documentano la notevole efficacia a lungo termine della psicoterapia comportamentale in pazienti con disturbi ansiosi e confermano precedenti ricerche nella letteratura (10). Per quanto riguarda il disturbo di panico associato ad agorafobia, questo lavoro ha messo in evidenza che i fattori di rischio per le ricadute sono la presenza di disturbi di personalità, la presenza di sintomi residui di evitamento agorafobico al termine del trattamento e l'uso di benzodiazepine e antidepressivi. Ciò suggerisce che l'obiettivo della psicoterapia comportamentale per il disturbo di panico con agorafobia non dovrebbe essere solo la scomparsa degli attacchi di panico, ma anche la risoluzione dei sintomi residui subclinici relativi a evitamenti agorafobici.

Queste conclusioni possono essere applicate anche per quanto riguarda il secondo studio su pazienti con fobia sociale: i pazienti che hanno avuto ricadute erano quelli che al termine del trattamento presentavano ancora sintomi residui di evitamento di situazioni sociali fobiche, che assumevano benzodiazepine e che avevano disturbi di personalità. La psicoterapia comportamentale risulta efficace a lungo termine per i pazienti con fobia sociale, ma l'obiettivo finale deve comprendere anche in questo caso la risoluzione dei sintomi residui di evitamento.

Entrambi questi lavori, nonostante i loro limiti metodologici (assenza di un gruppo di controllo randomizzato, ecc.), hanno importanti implicazioni cliniche. Innanzi tutto essi dimostrano che la maggioranza di pazienti con disturbi ansiosi trae beneficio a lungo termine dalla psicoterapia comportamentale. Inoltre questi lavori hanno evidenziato le caratteristiche



della popolazione clinica più a rischio di ricadute. Infine essi sono gli studi di follow-up più lunghi mai pubblicati nella letteratura internazionale.

## Bibliografia

1. Fava GA, Mangelli L. Subclinical symptoms of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999;68:281-9.
2. Cottraux J, Note I, Albnisson E, Yao SN, Note B, Mollard E, Bonasse F, Jalenques I, Guerin J, Courdet AJ. Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2000;69:137-46.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:1-34.
4. Milrod B, Bush F. Long-term outcome of panic disorder treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996;184:723-30.
5. Stravynski A, Greenberg D. The treatment of social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:171-81.
6. Fava GA, Grandi S, Canestrari R. Treatment of social phobia by homework exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1989;52:209-13.
7. Marks IM. Behavioral and drug treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1986;46:35-44.
8. Lee ET. *Statistical Methods for Survival Data Analysis, 2<sup>nd</sup> edition*. New York: Wiley; 1992.
9. Paykel ES. The clinical interview for depression. *Journal of Affective Disorders* 1985;9:85-96.
10. Fava GA, Zielezny M, Savron G, Grandi S. Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry* 1995;166:87-92.

# L'ANALISI DELLE CAPACITÀ METACOGNITIVE E DEGLI STATI PROBLEMATICI COME FATTORI DI EFFICACIA DEL CAMBIAMENTO PSICOTERAPEUTICO

Giuseppe Ruggeri <sup>1</sup>, Antonio Semerari <sup>2</sup>, Giorgio Alleva <sup>3</sup>, Antonino Carcione <sup>2</sup>, Laura Conti <sup>2</sup>, Giancarlo Dimaggio <sup>2</sup>, Maurizio Falcone <sup>2</sup>, Giuseppe Nicolò <sup>2</sup>, Igor Pontati <sup>2</sup>, Michele Procacci <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Istituto di Psichiatria e Psicologia*

<sup>2</sup> *III Centro di Psicoterapia Cognitiva – Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitiva (Associazione di Psicologia Cognitiva – A.P.C.) Roma*

<sup>3</sup> *Università degli studi di Roma “La Sapienza”, Facoltà di Economia e Commercio, Istituto di Statistica*

## Introduzione e obiettivi

Deficit delle funzioni metacognitive, ovvero della capacità di comprendere e padroneggiare stati mentali propri ed altrui sono stati descritti come fattori importanti nel determinare e mantenere gravi disturbi psicopatologici (1-7).

Tuttavia a fronte di una notevole quantità di osservazioni cliniche, sono relativamente poche le ricerche volte ad individuare lo specifico tipo di malfunzionamento metacognitivo presente in un determinato disturbo (8) e mancano studi volti a documentare l'effetto del processo psicoterapeutico sugli aspetti deficitari della metacognizione. In questo studio ci proponiamo di valutare:

- a) se esistono profili di malfunzionamento metacognitivo diversi e specifici in diversi gruppi di pazienti;
- b) se le funzioni metacognitive si modificano durante il corso del trattamento psicoterapeutico;
- c) se l'eventuale miglioramento delle funzioni metacognitive sia correlato ad un esito positivo e un mancato miglioramento ad un esito negativo;
- d) se l'incremento delle funzioni metacognitive legato ad un esito positivo debba riguardare, in particolare, la compressione, l'integrazione e il padroneggiamento degli stati mentali problematici;
- e) se i pazienti con maggior livello metacognitivo sono più protetti da ricadute sintomatologiche.

## Metodi

Abbiamo selezionato pazienti in trattamento psicoterapeutico, in ambito privato e pubblico, escludendo pazienti affetti da disturbi psicotici, tossicodipendenza, sindrome psicoorganica, deficit intellettivi e disturbo antisociale di personalità. Per ogni paziente il terapeuta effettua una valutazione psicopatologica e diagnostica utilizzando le categorie del DSM-IV (9), la GAS (10), la BPRS (11) e l'AMDP (12) all'inizio della terapia ed al termine di ogni anno di trattamento.

Previo consenso informato le psicoterapie vengono integralmente audioregistrate e trascritte e valutate secondo la Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM) (13) e la Griglia degli Stati Problematici (GSP) (14) per la SVaM la media dei coefficienti di correlazione di Spearman

tra tre siglatori dopo un training di 20 ore su due sedute campione è stata di 0,83. Per la concordanza della GSP è stato calcolato l'indice di Kendal che è risultato 8.812.

La SVaM suddivide la metacognizione in sottofunzioni. Le funzioni riferite alla conoscenza degli stati mentali propri e altrui riguardano:

- a) l'identificazione: la capacità di individuare e riferire le componenti emotive e cognitive dei singoli stati mentali.
- b) il ruolo delle variabili: la capacità di indicare gli eventi interni ed esterni che influiscono sugli stati mentali.
- c) la differenziazione: la capacità di distinguere tra rappresentazione e realtà.
- d) l'integrazione: la capacità di elaborare in punto di vista coerente sugli stati mentali.

Le strategie di padroneggiamento (Mastery) vengono suddivise in tre livelli in base al grado di impegno riflessivo che richiedono. Il siglatore valuta sia la presenza della sottofunzione (l'unità di analisi è il discorso del paziente incluso tra due interventi del terapeuta), sia il fallimento nell'utilizzo della stessa. Viene poi valutato l'andamento del profilo metacognitivo nel corso della terapia, osservando quali sono le sottofunzioni integre, quali danneggiate e in che modo variano durante il trattamento. L'andamento dei risultati è confrontato con i punteggi ottenuti nelle scale psicopatologiche. Per l'analisi degli stati problematici la procedura è la seguente: la seduta viene segmentata in unità definite Episodi Narrativi (EN). In queste unità vengono ricercati i contenuti mentali dominanti tramite una griglia di 32 costrutti, organizzati in forma di opposizione bipolare, con un punteggio che va da 1 (polo negativo) a 7, (polo positivo). Successivamente le sedute vengono suddivise in periodi di 3 e, attraverso un algoritmo di cluster analysis, vengono ricostruiti gli stati mentali problematici, ovvero le aggregazioni dei costrutti, per ciascun periodo.

## Risultati

Sono stati registrati e trascritti 25 trattamenti, per un totale di 1004 sedute registrate, 602 sedute trascritte. Altri 12 trattamenti sono stati registrati. Sono stati sottoposte a siglatura con la G.P.S. e la S.Va.M. 11 trattamenti, per un totale di 409 sedute.

Di questi 11 pazienti 9 avevano una diagnosi di Disturbo di Personalità oltre alle codiagnosi sull'asse I; gli altri 2 presentavano uno Disturbo Depressivo Maggiore e un Disturbo di Ansia Sociale.

Dall'analisi finora condotta risulta che:

- 1) Le funzioni metacognitive mostrano profili deficitari che variano con le diagnosi. I pazienti con Disturbo di Personalità sembrano distribuirsi in due gruppi. In uno prevale un difetto nelle funzioni di monitoraggio (identificazione e ruolo delle variabili) con una difficoltà a descrivere emozioni, pensieri, cause e motivazione del comportamento. Nell'altro gruppo prevale un deficit delle funzioni integrative, spesso senza difetti di monitoraggio, con tendenza alla caoticità degli stati mentali. Nei due pazienti con sola diagnosi sull'asse I le funzioni di conoscenza appaiono meno deficitarie. In tutti è evidenziabile una difficoltà nelle funzioni di padroneggiamento.
- 2) Le funzioni migliorano nel corso del trattamento con andamenti diversi: in modo tendenzialmente lineare le funzioni di monitoraggio, con oscillazioni drammatiche le funzioni di integrazione.
- 3) Nell'unica paziente con drop-out e nei due pazienti con scarso miglioramento le funzioni metacognitive non si incrementano durante il 1° anno di terapia.

## Conclusioni

I risultati mostrano che è possibile evidenziare profili metacognitivi specifici in modo da poter indirizzare il trattamento verso il tipo di deficit effettivamente presente in quel singolo paziente. Inoltre, anche se questo tipo di studio non consente alcuna generalizzazione su che tipo di difetto sia presente in un particolare disturbo, tuttavia l'ipotesi che in alcuni disturbi si possono individuare particolari e specifici profili di malfunzionamento metacognitivo specifici appare promettente sulla base di risultati fin qui ottenuti.

Il diverso andamento, nel corso della psicoterapia, delle diverse funzioni metacognitive suggerisce che si tratta di funzioni tra loro diverse e che, pertanto, i protocolli di trattamento dovrebbero essere calibrati sulla funzione effettivamente deficitarie nel caso specifico. Al momento i dati ottenuti non consentono ancora, mancando la maggior parte dei follow-up, di trarre conclusioni sul rapporto tra incremento della metacognizione ed esito clinico. Allo stato si può affermare che l'ipotesi che il miglioramento metacognitivo sia un fattore terapeutico non è stata falsificata.

## Bibliografia

1. Dimaggio G, Semerari A, Falcone M, Nicolò G, Procacci M. Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: a proposed integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration* (in corso di stampa).
2. Frith CD. Positron emission tomographic studies of frontal lobe function: relevance to psychiatric disease. In: *Exploring brain functional anatomy with positron tomography*. CIBA Foundation Symposium 163. Chichester: Wiley; 1991. p. 181-97.
3. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
4. Linehan M. *Cognitive-Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
5. Liotti G, Intreccialagli B. Metacognition and motivational systems in psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In: Perris C, McGorry PD (Ed.). *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorder*. Chichester: Wiley; 1998.
6. Perris C, Skagerlind L. An integrated, multilevel, metacognitive approach to the treatment of patients with a schizophrenic disorder or a severe personality disorder. In: Perris C, McGorry PD (Ed.). *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorder*. Chichester: Wiley; 1998.
7. Semerari A, Carcione A, Nicolò G. Metacognition y relation terapeutica en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad. *Revista Argentina de Clinica Psicologica* 2000;9:257-70.
8. Fonagy P, Steele M, Steele H, Leight T, Kennedy R, Matoon G, Target M. Attachment, the reflective self, and borderline states. In: Goldberg S, Muiz R, Kerr J (Ed.). *Attachment theory: social developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1995.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th edition*. Washington, DC: APA; 1994.
10. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale (GAS): a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 1976;33:766-71.
11. de Girolamo G, Bellini M, Bocchia S, Bassi M. Brief Psychiatric Rating Scale (B.P.R.S.) versione italiana ampliata (4.0). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1995;4:1-25.
12. Guy W, Ban TA. *The AMDP-System: Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology*. Berlin: Springer-Verlag; 1982.

13. Carcione A, Falcone M, Magnolfi G, Manaresi F. La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (S.V.a.M). *Psicoterapia* 1997;9:91-107.
14. Procacci M, Popolo R, Vinci G, Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Pontalti I, Alleva G. Stati mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: Studio su un caso singolo. *Ricerca in Psicoterapia* 2000;3.

# LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (TCC) DI GRUPPO IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Alessandro Bazzoni <sup>1</sup>, Pierluigi Morosini <sup>2</sup>, Gabriella Polidori <sup>2</sup>, Maria Laura Rosicarelli <sup>1</sup>, David Fowler <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *ASL Roma E*

<sup>2</sup> *Istituto Superiore di Sanità, Roma*

<sup>3</sup> *School of Health Policy and Practice, University of East Anglia, Gran Bretagna*

## Introduzione

Basandoci sulle recenti applicazioni individuali e familiari della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) delle psicosi (1-7), ci è sembrato stimolante sviluppare un intervento di gruppo da applicare, nel periodo limitato della degenza, ai pazienti acuti ricoverati in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

L'idea di questo approccio è nata da specifiche esigenze:

- fornire un modello più strutturato alle riunioni di gruppo informali recentemente introdotte in molti reparti psichiatrici ospedalieri italiani;
- fornire una occasione di maggiore coinvolgimento e di gratificazione professionale agli infermieri degli SPDC, che spesso sono demotivati e poco formati nel trattamento dei disturbi psichiatrici.

## Obiettivi e metodo

Lo scopo di questo studio è testare l'applicabilità di un modello di intervento di gruppo di tipo cognitivo comportamentale in condizioni di routine a pazienti psicotici acuti durante il ricovero in SPDC e di riportare le prime valutazioni di efficacia.

Trattasi di uno studio di tipo pre-post della durata di un anno: 2000 vs 1998, anno di introduzione della Terapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo (TCCG) e 1997, anno precedente all'introduzione della TCCG. Sono state effettuate le seguenti valutazioni:

- Rientri in SPDC, in regime volontario e in TSO
- TSO nelle riammissioni
- Episodi violenti: paziente-operatori e paziente-paziente
- Uso di contenzione fisica

Negli ultime tre mesi del 2000 è stata valutata la soddisfazione dei pazienti nei confronti del ricovero e in particolare del gruppo terapeutico, mediante un questionario validato (8).

## Setting del lavoro

Lo studio è stato condotto nel reparto psichiatrico dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, durante tutto il 2000. Il reparto è dotato di 12 posti letto. Nel 2000 la media mensile di ricoveri è stata di 46, con una degenza media di 8 giorni. L'occupazione dei letti ha superato il 100%, in

quanto spesso è stato necessario fare ricorso a letti aggiuntivi. Circa il 25% di tutti i ricoveri sono stati TSO.

Circa 2 anni prima dell'inizio di questo studio erano state introdotte in SPDC alcune attività ricreativo/riabilitative di gruppo con due sessioni settimanali (gruppi cucina, ginnastica e pittura).

## **Obiettivi e caratteristiche del modello di intervento**

Questo intervento dà la massima importanza alle opinioni ed ai vissuti del paziente rispetto all'esperienza psichiatrica e al ricovero. Si propone i seguenti obiettivi principali: ridurre l'isolamento attraverso la condivisione dell'esperienza psicotica; aiutare il paziente a capire la natura dei disturbi psicotici; ridurre il senso di colpa, incoraggiare il senso di autocontrollo e di autoefficacia e la stima di sé.

## **Struttura delle sessioni di gruppo**

Il gruppo si riunisce ogni mattina, escluso il sabato e la domenica, per circa un'ora e mezza, dalle 8.30 alle 10.00. Questo orario è stato scelto per ragioni cliniche e logistiche. Permette infatti di raccogliere informazioni utili per orientare il "giro" successivo dei medici. Permette anche di accertare se durante la notte si sia esagerato o meno con i farmaci ad effetto sedativo. Le ragioni logistiche sono rappresentate dal fatto che il gruppo si riunisce nella sala da pranzo, che a quell'ora del mattino è pulita e disponibile, è la stanza più spaziosa del reparto e soprattutto è sentita dai pazienti come la più accogliente e meno "medicalizzata".

Pazienti ed operatori siedono in circolo.

## **Ruolo dei conduttori**

Il gruppo è condotto da due psicologi che hanno partecipato ai Workshop intensivi sulla terapia cognitivo comportamentale condotti da David Fowler e Ian Falloon. È presente anche un infermiere.

Il conduttore che presiede apre la sessione e detta le regole che ogni paziente è tenuto a rispettare e propone il tema del giorno. Fa una sintesi dei contributi dati da ogni paziente e alla fine trae le conclusioni.

Il secondo conduttore presta attenzione alle reazioni emotive dei pazienti, le commenta e chiede agli altri pazienti di fornire spiegazioni alternative del vissuto fornito da ogni paziente e quali sarebbero state le loro reazioni emotive e il loro comportamento nelle stesse circostanze.

In precedenza gli infermieri erano presenti soprattutto per imparare ed avevano il solo compito di tenere il verbale. Più recentemente, dopo aver frequentato un corso di formazione della durata di sei mesi, hanno assunto un ruolo più attivo, conducendo loro stessi il gruppo, con la supervisione di uno psicologo.

## **Approccio di base**

Il gruppo è condotto secondo i principi dell'apprendimento attivo.

I pazienti sono considerati i veri esperti della loro malattia e dei problemi che essa comporta, per cui viene innanzitutto chiesta la loro opinione su ogni argomento trattato. Viene sottolineato

che si tratta di un rapporto di collaborazione e che ogni parere dei conduttori va considerato solo un consiglio o un'informazione.

## **Struttura delle sessioni**

Ogni sessione inizia con la presentazione al gruppo dei nuovi ricoverati. Si prosegue con la verifica dei compiti assegnati nella sessione precedente e dei problemi che i pazienti possono aver incontrato nello svolgerli.

Viene quindi proposto l'argomento da discutere. Circa dieci minuti prima della fine della sessione vengono assegnati i nuovi compiti per la giornata, da svolgere nel pomeriggio. I pazienti sono invitati a chiedere chiarimenti e aiuto agli infermieri.

## **Regole**

Le regole che i partecipanti sono invitati a rispettare sono applicate in modo flessibile tenendo conto dello stato mentale dei partecipanti.

## **Uso della lavagna**

Uno dei conduttori segna sulla lavagna ogni punto di vista o suggerimento dei pazienti. Questo accorgimento è molto utile, perché facilita la comprensione da parte di tutti e consente di identificare i singoli contributi.

## **Valutazione dei nuovi pazienti**

Ad ogni nuovo paziente ricoverato viene chiesto di avere un colloquio con uno dei conduttori, che valuta lo stato mentale del paziente, si informa sulle circostanze del suo ricovero e lo invita a partecipare in modo informato al gruppo cognitivo comportamentale.

## **Presentazione del nuovo paziente al gruppo**

Il nuovo paziente viene invitato a dire il suo nome al gruppo e a descrivere cosa è successo subito prima del ricovero, cosa ha fatto, come si è sentito e perché a suo giudizio è stato ricoverato. Il conduttore chiede agli altri pazienti se hanno avuto esperienze simili e li invita a dire come si sono sentiti in quella occasione.

## **Dimissione dei pazienti**

Quando un paziente sta per essere dimesso, nell'incontro di gruppo che precede la dimissione il conduttore gli chiede ironicamente cosa dovrà fare se vorrà tornare in ospedale il più presto possibile. La risposta del paziente è usata per ribadire che può reagire diversamente a situazioni simili a quelle che hanno portato al ricovero.

Argomenti delle sedute

Di solito un ciclo consiste di sei sessioni con i seguenti temi principali:

- normalizzazione del ricovero e discussione di reazioni alternative alla situazione che ha portato al ricovero;



- strategie di coping
- presentazione di un modello dei disturbi psichiatrici da condividere con i pazienti e normalizzazione delle esperienze psichiatriche;
- definizione e valutazione di obiettivi individuali, da raggiungere durante la degenza e a breve termine dopo la dimissione dal reparto;
- identificazione dei segni precoci di crisi e prevenzione delle ricadute;
- educazione all'uso dei farmaci e discussione dei loro effetti collaterali.

Lo svolgimento delle sessioni dipende dal tipo di pazienti e dai problemi che essi presentano. Qualche volta un argomento dura più di una sessione e lo stesso argomento può esser discusso più di una volta. Ci vuole una notevole flessibilità.

## Risultati

I pazienti ricoverati durante il 2000 sono stati 555; di questi 443 hanno partecipato ad almeno un incontro, 87 non hanno potuto partecipare a causa di sedazione eccessiva, disturbi psico-organici, difficoltà fisica ad alzarsi (dovuta principalmente alle conseguenze di tentativi di suicidio o a fleboclisi in atto), atteggiamenti negativi di alcuni pazienti nei primi giorni di ricovero coatto, rifiuto totale a partecipare ad attività condivise. 25 pazienti sono stati ricoverati solo per un giorno e poi trasferiti altrove.

Nel periodo in studio si sono tenuti 209 incontri, in ognuno dei quali erano presenti in media 7 pazienti. Dei 555 pazienti ricoverati, 443 (79,8%) hanno partecipato almeno ad un incontro, mentre 246 (55,5%) hanno partecipato a cinque o più incontri, con una media per paziente di 4 incontri. Le principali diagnosi cliniche (secondo l'ICD-9) dei ricoveri effettuati nel 2000 sono: schizofrenia (47%), disturbo di personalità (28%), disturbo affettivo (16%) disturbo paranoide (6%) e disturbo nevrotico (3%). Non ci sono differenze significative tra le diagnosi del 1998 e quelle del 2000 ; anche la distribuzione per sesso ed età e pressoché identica.

Nella Tabella 1 sono riportati alcuni indicatori d'impatto: i TSO sono diminuiti del 38%, i ricoveri ripetuti del 30%, i TSO nei ricoveri ripetuti del 47%. Gli episodi di violenza sono quasi scomparsi, così come l'uso della contenzione fisica. Tutte queste differenze sono statisticamente significative.

Sono stati raccolti 170 questionari sulle opinioni dei pazienti, da tutti i partecipanti al gruppo TCC.

**Tabella 1. Indicatori d'impatto anno precedente all'introduzione della TCC di gruppo (1997), anno in cui è stata introdotta la TCC di gruppo (1998) e anno 2000**

Indicatori di impatto	Anno 1997		Anno 1998		Anno 2000		p
	n.	%	n.	%	n.	%	
Totale dei ricoveri	508	100,0	490	100,0	555	100,0	
TSO (tutti)	97	19,1	62	12,6	128	23,0	0,005
Riammissioni	86	16,9	60	12,2	36	6,5	0,05
<i>di cui in regime di TSO</i>	62	72,1	15	25,0	12	2,3	<0,001
Episodi violenti	211	41,5	121	24,7	13	2,3	<0,001
<i>paziente-paziente</i>	110	52,1	73	60,3	8	61,5	0,14
<i>paziente-operatore</i>	101	47,9	48	39,7	5	38,5	
Contenzioni	12	2,3	2	0,4	2	0,4	0,02
Allontanamenti non autorizzati dal reparto	12	2,4	1	0,2	1	0,2	0,02

La domanda sull'utilità della partecipazione al gruppo clinico ha avuto la più alta percentuale di risposte positive: il 68% dei pazienti ha trovato il lavoro di gruppo molto soddisfacente. Giudizi di grande soddisfazione sulla disponibilità e gentilezza degli operatori sono stati dati dal 49% dei pazienti.

## **Discussione e conclusioni**

L'intervento di gruppo cognitivo comportamentale si è integrato perfettamente nella routine di un affollato SPDC di una zona urbana (con bacino d'utenza di 512.000 ab.).

Si può affermare con una certa convinzione che l'intervento in esame ha avuto effetti benefici in termini di riduzione delle riammissioni, data l'importanza che viene data al riconoscimento dei segni precoci di crisi e alla individuazione di reazioni diverse alle situazioni e agli eventi stressanti.

È verosimile che l'intervento di gruppo TCC possa ridurre gli episodi di violenza, poiché sicuramente contribuisce a creare un clima di collaborazione tra i pazienti e tra i pazienti e gli operatori, e l'uso di contenzioni fisiche.

Un altro risultato positivo è rappresentato dal coinvolgimento degli infermieri, che spesso nei reparti psichiatrici italiani sono demoralizzati e si sentono sottoutilizzati. L'aiuto ai pazienti nello svolgere i compiti pomeridiani ha fatto sì che gli infermieri si sentissero più utili, tanto che alcuni di loro hanno chiesto di poter frequentare un corso di formazione per avere una parte più attiva nella conduzione del gruppo. Nel 1999 questo corso è stato realizzato e attualmente il gruppo viene condotto direttamente dagli infermieri con la supervisione dello psicologo.

Le molteplici difficoltà di un intervento di questo tipo sono state descritte da diversi autori (9-11). La prima difficoltà è rappresentata dal rapido turnover dei pazienti: quasi in ogni sessione viene inserito un nuovo paziente. Altre difficoltà sono una certa irregolarità della partecipazione, a volte la mancanza di rispetto delle regole, i problemi di attenzione e di concentrazione, quelli collegati alla paranoia e all'ansia e la mancanza di un rapporto stretto con i conduttori del gruppo.

Risultati migliori si potranno ottenere con una migliore integrazione tra SPDC e servizio territoriale. Molti pazienti hanno fatto richiesta di continuare a partecipare al gruppo dopo la dimissione, ma purtroppo, a causa della scarsa collaborazione tra SPDC e territorio, non sono state ancora organizzate.

In conclusione l'intervento qui descritto sembra essere bene accettato ed efficace. Questi risultati necessitano comunque di essere confermati da altri studi in cui l'intervento venga condotto da operatori diversi, in contesti diversi, possibilmente con controlli contemporanei, idealmente di tipo randomizzato, anche se l'organizzazione di studi randomizzati appare particolarmente difficile.

## **Ringraziamenti e riconoscimenti**

Si ringrazia Ian Falloon per il suo aiuto e i suoi preziosi commenti alla stesura del manoscritto. Il progetto è stato parzialmente finanziato dal Progetto Nazionale Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità

## Bibliografia

1. Falloon IRH. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria (seconda edizione)*. Trento: Erickson; 1994.
2. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press; 1994.
3. Perris C. *Psicoterapia del paziente difficile* 2<sup>a</sup> ed. Lanciano: Metis; 1994.
4. Fowler D, Garety PA, Kuipers L. *Cognitive Behavioural Therapy for People with Psychosis: a Clinical Handbook*. Chichester: Wiley and Sons; 1995. Traduzione italiana (1998) *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi: Teoria e pratica*. A cura di Morosini P, Guidi A, Polidori G.
5. McFarlane WR, Lukens E, *et al.* Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:679-87.
6. Chadwich PD, Birchwood M, Trower P. *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley and Sons; 1996.
7. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal* 1998, 317, 303-7.
8. Morosini P, *et al.* Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione dei pazienti dei servizi di salute mentale. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1998;1:61-68
9. Gledhill A, Lobban F, Sellwood W. Group CBT for people with schizophrenia: a preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1998;26(1):63-75.
10. Meddings S. A hearing voices group for people who are cognitively disorganised: barriers to group works. *Clinical Psychology Forum* 1998;112:14-7.
11. Drury V. Cognitive behaviour therapy in early psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (Ed.). *Early intervention in psychosis: a practical handbook*. Chichester: John Wiley and Sons; 1999.

# TRATTAMENTI “BASATI SULL’EVIDENZA” PER LE PSICOSI FUNZIONALI: UTILITÀ DELLA “GUIDA PRATICA” PER GLI UTENTI

Ian RH Falloon <sup>1</sup>, Rita Roncone <sup>2</sup>, Massimo Casacchia <sup>2</sup>, Giampiero Cesari <sup>3</sup>, Giuseppe Corlito <sup>4</sup>,  
Giuseppe Corrivetti <sup>5</sup>, Nicola Cresci <sup>6</sup>, Giovanni de Girolamo <sup>7</sup>, Alessandro De Risio <sup>2</sup>, Marco Bussetti <sup>4</sup>,  
Antonino Mastroeni <sup>8</sup>, Pierluigi Morosini <sup>7</sup>, Esterina Pellegrini <sup>8</sup>, Mario Pettinelli <sup>9</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry - University of Auckland, NZ*

<sup>2</sup>*Clinica Psichiatrica - Università L’Aquila*

<sup>3</sup>*Dipartimento di Salute Mentale di Arezzo*

<sup>4</sup>*Dipartimento di Salute Mentale di Grosseto*

<sup>5</sup>*Unità Operativa di Salute Mentale Distretto 96 Salerno*

<sup>6</sup>*Centro di Salute Mentale di Sora (Frosinone)*

<sup>7</sup>*Istituto Superiore di Sanità, Roma*

<sup>8</sup>*Dipartimento di Salute Mentale di Como*

<sup>9</sup>*Servizio di Salute Mentale Azienda AULS n 6-Marche, Fabriano (Ancona)*

## Introduzione

Un problema chiave nell’applicazione dei trattamenti basati sulle evidenze è la formazione degli operatori al loro utilizzo (1). Questo progetto si proponeva di valutare l’impatto di «guide pratiche» per utenti nell’applicazione di trattamenti sia farmacologici che psicosociali nelle psicosi funzionali, confrontando i risultati ottenuti in assenza e in presenza di Guide Pratiche dettagliate utilizzate nelle sedute psicoeducazionali. La prima fase del progetto multicentrico era destinata a mettere a punto la “guida”, seguita da una seconda fase destinata ad effettuare training strutturati per gli operatori dei servizi di salute mentale sull’utilizzazione della guida e sulla applicazione di strategie cliniche basate sull’evidenza. Nella sua terza fase il progetto si proponeva l’inclusione di utenti affetti da disturbi bipolare e la sistematica valutazione a 6 mesi dei vantaggi clinici, di funzionamento sociale e familiare, ed economici dell’applicazione delle “guide”.

Il progetto è stato sviluppato parallelamente, in termini di complementarità e sinergismo, al Programma Speciale “Miglioramento e standardizzazione dell’assistenza a soggetti affetti da malattia mentale, supporto alle famiglie ad alto carico: trattamento psicoeducazionale integrato”, finanziato dal Ministero della Sanità, tramite la Regione Toscana e la USL 9 di Grosseto. Tale Programma Speciale si propone di valutare in maniera specifica l’efficacia dell’applicazione della guida per utenti nell’ambito dei trattamenti psicoeducazionali familiari condotti con persone affette da schizofrenia confrontata con un approccio tramite l’utilizzazione del manuale.

## Metodi

### Centri selezionati

Sono stati selezionati 7 centri, che avevano tutti in precedenza condotto interventi psicoeducazionali per i disturbi schizofrenici impiegando le guide ed i materiali educazionali

nelle precedenti versioni, sviluppate molti anni prima ed indirizzate agli operatori dei servizi di salute mentale (2).

## **Materiali**

Le Guide sono state tradotte in italiano sulla base della più recente versione in lingua inglese, prodotta dal gruppo internazionale dell'Optimal Treatment Project, OTP (3,4).

Le Guide consistono di due volumi; un primo volume che riguarda la valutazione, il case management, la gestione dello stress basata sul coinvolgimento del Gruppo Risorsa (familiari, amici, ecc.) ed il problem solving strutturato; un secondo volume che affronta in maniera specifica le strategie farmacologiche e psicosociali dei diversi disturbi mentali e la gestione delle crisi. Le Guide sono state accuratamente adattate dal punto di vista linguistico e culturale ed impiegate sperimentalmente in due centri partecipanti alla ricerca con casi gravi di persone affette da malattie mentali, che hanno incluso il disturbo bipolare e la depressione maggiore, per identificare e correggere eventuali aspetti poco chiari prima della pubblicazione su larga scala.

L'ultima versione italiana delle Guide è stata pubblicata nell'ottobre del 2000, ed acquistata dal Progetto per la distribuzione ai diversi centri partecipanti per un primo impiego con casi-pilota.

## **Corsi di formazione**

Sono stati condotti due Corsi di Formazione all'utilizzazione delle Guide nella pratica clinica per gli operatori dei 7 centri partecipanti alla ricerca.

È stato, inoltre, condotto un ulteriore Corso di Formazione sulla somministrazione di una batteria di strumenti di valutazione clinica e di funzionamento sociale per 22 valutatori "indipendenti". Queste misure includevano la BPRS a 24-item (5), il Community Health Record e l'intervista CPS-50 (3), l'intervista AD (6), versione italiana della DAS-II.

È stato infine organizzato un Corso di Formazione sulle strategie cliniche integrate, psicofarmacologiche e psicosociali per i disturbi psicotici alla luce dei trattamenti "evidence-based" di riferimento nel progetto.

## **Risultati**

Dopo i corsi di formazione sono stati messi in evidenza una buona utilizzazione delle Guide, ed un miglioramento della conoscenza di strategie terapeutiche efficaci nei disturbi dell'umore da parte degli operatori partecipanti.

Per quanto riguarda i valutatori indipendenti, si è riscontrato un miglioramento della concordanza tra valutatori nella valutazione con i diversi strumenti (BPRS, AD, CPS-50). Sono stati completati due progetti pilota nei due centri di Como (17 casi) e L'Aquila (4 casi), con incoraggianti risultati clinici e sociali.

La terza fase del progetto di applicazione del trattamento con l'utilizzazione delle guide non è stata ancora condotta.

## Discussione

Le due prime fasi del progetto hanno permesso la produzione delle “Guide Pratiche” per utenti ed hanno dimostrato che le guide possono essere impiegate dopo brevi corsi di addestramento da un’ampia fascia di operatori della salute mentale e sono ben accettate dagli utenti affetti da disturbi psicotici funzionali. Le prime esperienze pilota sono state condotte con persone affette da disturbo bipolare, ma le Guide possono essere impiegate per trattamento anche di altri disturbi mentali, come i disturbi d’ansia, la depressione e la distimia, il DOC, i disturbi dell’alimentazione, i problemi alcol-correlati ed i disturbi di personalità grave.

Un’importante limitazione per un’ampia utilizzazione delle guide è il loro costo; nonostante gli sforzi effettuati per contenere al massimo le spese, l’acquisto di una copia personale per ogni persona del gruppo risorsa comporta una spesa complessiva media di almeno 200.000 lire. I Dipartimenti di Salute Mentale dovrebbero essere messi in condizione di fornire gratuitamente le guide ed ogni materiale educativo che possa essere di aiuto, considerato il modesto investimento, se paragonato con quanto viene speso per l’acquisto dei farmaci antipsicotici ed antidepressivi. Inoltre, i materiali psicoeducativi vengono impiegati per tutta la durata del trattamento, per favorire la gestione delle crisi e la conduzione di articolati progetti di riabilitazione psicosociale.

Il presente progetto ha, inoltre, contribuito all’avvio del Programma Speciale “Miglioramento...” della Regione Toscana, che per la sua maggior durata nel tempo permetterà di valutare l’efficacia dell’utilizzazione della guida nella pratica clinica a lungo termine.

## Conclusioni

L’utilizzazione delle Guide Pratiche può migliorare l’accessibilità e l’accettabilità delle nuove strategie efficaci di trattamento per i principali disturbi psichiatrici e facilitare l’aderenza ai protocolli di ricerca clinica. Sono necessari ed urgenti ulteriori finanziamenti per completare lo studio randomizzato controllato nei disturbi schizofrenici ed affettivi con l’applicazione di tali utili strumenti.

## Bibliografia

1. Falloon IRH, Casacchia M, Lussetti M, Magliano L, Morosini P, Piani F, Roncone R, Veltro F. The development of cognitive-behavioural therapies within Italian mental health services. *International Journal of Mental Health* 1999;28:60-7.
2. Falloon IRH, Magliano L, Morosini PL. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: Guida al lavoro con le famiglie*. Trento, Italy: Erickson; 1994.
3. Falloon IRH and the Optimal Treatment Project collaborative group. *Community Health Record and Current Psychiatric Status: Standardised assessments for use in routine mental health care*. Perugia, Italy: ARIETE, Optimal Treatment Project; 1997.
4. Falloon IRH, and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal treatment for psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatric Services* 1999; 50: 615-8.
5. Morosini P, Casacchia M. Traduzione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1995;3:199-228.
6. Morosini P, Veltro F, Cerreta A, Gaio R, Palomba U, Ventra C. Disabilità sociale. Adattamento dello strumento in lingua italiana. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1988;CXII(3):541-63.

# MORBILITÀ PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE IN MEDICINA: NUOVI MODELLI DIAGNOSTICI E IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

Luigi Grassi <sup>1</sup>, Piero Porcelli <sup>2</sup>, Marco Rigatelli <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Sezione di Clinica Psichiatrica, Servizio di Psichiatria di Consultazione e Psiconcologia, Università di Ferrara*

<sup>2</sup> *Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia l'IRCCS, Centro Saverio De Bellis, Castellana Grotte, Bari;*

<sup>3</sup> *Sezione di Psichiatria, Servizio di Consulenza Psichiatrica-Psicosomatica, Università di Modena e Reggio-Emilia*

## Introduzione

È noto come la sofferenza psichica nei pazienti affetti da patologie somatiche ad andamento cronico, quali il cancro e le patologie cardiache, o ad espressione somatica, quali i disturbi funzionali gastrointestinali, si correla ad un impoverimento della qualità della vita sia individuale che della famiglia e ad alti costi sociali (1,2). L'importanza di tali aspetti viene percepito sia dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) che dal Progetto Obiettivo Salute Mentale (POSM). I tumori e le malattie cardiovascolari sono valutati come aree cruciali di intervento e l'attività di liaison con la Medicina Generale, dove la prevalenza dei disturbi funzionali risulta particolarmente elevata, viene sottolineata come funzione specifica atta a migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi.

Dalla più recente letteratura risulta tuttavia che la diagnosi psichiatrica formulata nei contesti Medicina Specialistica e Generale, è caratterizzata da numerose difficoltà e che, nonostante lo sviluppo di nuovi strumenti (ad es. DSM-IV-PC o ICD-10-PC), numerose dimensioni psicosociali connesse con le patologie somatiche sfuggono nella pratica clinica (3). Benché l'aspetto relativo alla formazione sia un punto importante a questo livello, è altrettanto vero che le rubriche del DSM-IV (4) relative ai *Disturbi Somatoformi*, ai *Disturbi di Adattamento* e alle *Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica* risultano o complessi o assai poco specifici nell'identificazione del disagio psichico in medicina.

In accordo con questa tendenza, i Diagnostic Criteria of Psychosomatic Research (DCPR) sono stati introdotti come strumento di applicazione in ambito medico (5), al fine di individuare e sistematizzare in quadri operativi più specifici quelle variabili dimostratisi centrali per una comprensione più completa delle conseguenze psicosociali delle malattie mediche.

Su tali premesse, gli obiettivi del presente progetto sono rappresentati da:

1. studio esplorativo di prima applicazione dei 12 possibili cluster-diagnostici identificati dai DCPR in pazienti con patologie mediche, specificamente malattie neoplastiche, cardiologiche e gastroenterologiche.
2. valutazione di confronto della prevalenza di morbidità psicosociale impiegando i cluster diagnostici dei DCPR rispetto alla prevalenza rilevabile attraverso l'applicazione del DSM-IV.

## Metodi

### Soggetti

Lo studio è stato condotto in tre centri, il Servizio di Psichiatria di Consultazione e Psiconcologia (Sezione di Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara), il Servizio di Consulenza Psichiatrica-Psicosomatica (Sezione di Psichiatria, Università di Modena e Reggio-Emilia) e il Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia dell'IRCCS Saverio De Bellis (Castellana Grotte, Bari). Tre gruppi di pazienti ambulatoriali sono stati reclutati, rispettivamente, nei centri summenzionati:

- pazienti affetti da patologie neoplastiche di età compresa tra i 18 e i 65 anni con buon livello di performance (KPS 80-100) non presentanti disturbi psicorganici secondari alla malattia o ai protocolli terapeutici;
- pazienti affetti da patologia ischemica cardiaca di età compresa tra i 30 e i 65 anni e non presentanti disturbi psicorganici secondari alla malattia o ai protocolli terapeutici;
- pazienti affetti da patologia gastroenterologica per i quali sia stata esclusa una patologia organica.

### Strumenti di rilevazione

Ciascun paziente è stato sottoposto ad intervista clinica psichiatrica SCID-DSM-IV (diagnosi psichiatrica standard) e ad un'intervista semistrutturata DCPR (valutazione dei clusters DCPR: Fobia di Malattia, Tanatofobia, Ansia per la Salute, Diniego di Malattia, Sintomi Somatici Secondari ad un Disturbo Psichiatrico, Somatizzazione Persistente, Sintomi di Conversione e Reazione da Anniversario, Umore Irritabile e Demoralizzazione, Alexithymia e Comportamento di Tipo A).

## Risultati

Nel periodo dello studio è stata effettuata una valutazione di 291 pazienti, afferenti alle tre Unità Operative di ricerca (Tab. 1).

Per quanto riguarda le patologie gastrointestinali funzionali, 190 pazienti (68 maschi e 122 femmine, età media  $37,5 \pm 13,8$ ) hanno preso parte allo studio. Di questi 142 (74,7%) hanno presentato una diagnosi psichiatrica DSM-IV, mentre 173 (90%) hanno soddisfatto i criteri per una sindrome DCPR, in particolare Somatizzazione Persistente (33%), Sintomi Somatici funzionali (27%) e Demoralizzazione (22%).

Nel gruppo affetto da patologie neoplastiche, sono state reclutate al momento 50 pazienti affette da carcinoma della mammella (età  $51,8 \pm 7,7$ ). Il 48% (n=24) ha presentato una diagnosi principale DSM-IV rispetto all'80% (n=30) per il quale è stata effettuata almeno una diagnosi DCPR, in particolare Demoralizzazione (36%), Ansia per la Salute (50%) e Alexitimia (30%).

Nel gruppo affetto da patologia cardiovascolare, al momento sono stati reclutati 51 pazienti (30 con infarto miocardico e 21 con angina instabile). Dai dati preliminari, viene confermata l'ipotesi di partenza di una marcata prevalenza di disturbi colti dai DCPR rispetto al DSM-IV (nonostante l'elevata prevalenza a questo livello di disturbi d'ansia (40%). Per quanto riguarda i DCPR risultano in particolare evidenti le categorie Irritabilità (74% dei casi), Demoralizzazione (56,8% dei casi), Ansia per la Salute (56%) e Tipo A (47%).



**Tabella 1. Diagnosi DCPR e DSM sul campione reclutato**

<b>Diagnosi DCPR</b>	<b>% pazienti CA (n=50)</b>	<b>% pazienti IMA/CV (n=51)</b>	<b>% pazienti GI (n=190)</b>
Demoralizzazione	36	56,8	22,6
Irritabilità	16	74,5	10,5
Comportamento di Tipo A	10	47	8,4
Somatizzazione Persistente	---	23,5	33,7
Nosofobia		17,6	12,1
Sintomi Funzionali Somatici	---	11,7	29,5
Conversione	---	5,8	4,7
Reazione agli anniversari	6	---	0,5
Negazione di Malattia	16	---	3,7
Ansia per la Salute	50	50,9	11,6
Tanatofobia	10	3,9	1,6
Alessitimia	30	7,8	47,4
<b>Diagnosi DSM</b>			
Depressione Maggiore	8	25	20,5
D. Ansia	2,7	39	14,7
D. Somatoforme		---	29,5
D. Adattamento	36	---	22,1
Altre diagnosi	1,4	---	4,7

## Discussione

L'impiego dei DCPR, quale nuovo modello di valutazione diagnostica in pazienti con disturbi somatici, si è dimostrato importante per cogliere alcune costellazioni sintomatologiche che non emergono attraverso l'impiego del DSM-IV.

Più in particolare, alcuni cluster si sono presentati con particolare frequenza nella popolazione studiata. La demoralizzazione si è posta come area degna di estrema attenzione per il ruolo che gioca nel modulare la risposta alla malattia e nell'influenzare la qualità della vita dei pazienti con patologia somatica (6). L'alexithymia, completamente misconosciuta nelle classificazioni ufficiali come specifica modalità di reazione alla malattia, rappresenta un ulteriore cluster colto dal sistema DCPR. Infine, come peraltro atteso, la differenziazione delle diverse espressioni di somatizzazione in pazienti con disturbi funzionali dell'apparato gastroenterico (7).

È chiaro che la sovrapposizione tra diversi cluster all'interno dei DCPR e, in parte, del DSM-IV (ad es. disturbi dell'umore, disturbi dell'adattamento e disturbi somatoformi) indica la complessità dei meccanismi di espressione del disagio psicosociale in medicina e l'impossibilità di utilizzare un unico asse strutturato secondo diagnosi mutuamente escludentesi (8). Tale problema risulta peraltro sottolineato dalla tendenza sempre maggiore nella stessa psichiatria all'utilizzo del parametro epistemologicamente contraddittorio della comorbidità tra diversi disturbi psichici, mettendo in evidenza i limiti dell'attuale nosografia. È d'altra parte stato ripetutamente sottolineato, nell'ultimo decennio, come in molte circostanze quadri sindromici sotto-soglia o con carattere misto (quali le condizioni miste ansioso-depressive) siano estremamente frequenti sia in pazienti con patologie somatiche che in pazienti che si rivolgono alla medicina generale (3).

I dati dello studio risultano dunque in linea con la necessità che l'approccio biopsicosociale in medicina, come definito da Engel oltre vent'anni fa (9), assuma una valenza più articolata sia

in senso diagnostico che clinico al fine di migliorare la identificazione delle diverse modalità di espressione del disagio psicosociale e di impostare più corretti trattamenti (10).

## Bibliografia

1. Rundell JR, Wisw MG (Ed.). *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
2. Holland JC. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Cole S, Saravay S, Hall R, et al. *Mental disorders in general medical practice. Adding value to healthcare through consultation-liaison psychiatry*. Chicago: Academy of Psychosomatic Medicine; 1997.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Fava GA, Freyberger H, Bech P, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995;63:1-8.
6. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325-9.
7. Porcelli P, De Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: Integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2000;69:198-204.
8. Clarke DM, Mackinnon AJ, Smith GC, et al. Dimensions of psychopathology in the medically ill. A latent trait analysis. *Psychosomatics* 2000;41:418-25.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
10. Zimmerman C, Tansella M. Psychosocial factors and physical illness in primary care: promoting the biopsychosocial model in medical practice. *Journal of Psychosomatic Research* 1998;40:351-8.

# VALUTAZIONE DELLO STILE COMUNICATIVO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE. CONFRONTO CROSS-NAZIONALE MEDIANTE UN NUOVO STRUMENTO, IL VR-MICS

Christa Zimmermann, Lidia Del Piccolo

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona

## Introduzione

È opinione condivisa da clinici e ricercatori che l'ambito della medicina generale rappresenti un punto di focale importanza per la gestione del disagio emotivo nella popolazione. I dati empirici al riguardo sono ormai numerosi e consolidati e possiamo ricordare che più di un terzo dei pazienti che si recano dal medico di medicina generale presenta disturbi emotivi e che una percentuale tra il 15 e il 25% presenta disturbi di tipo ansioso o depressivo (1,2).

Tali disturbi non sono da sottovalutare, in quanto hanno un andamento ricorrente/cronicizzante in un'alta percentuale di casi, risultano associati ad un aumento del rischio per patologie organiche e comportano disabilità ed elevati costi sociali (3,4).

Il quadro risulta ancor più preoccupante nel momento in cui si evidenzia che, nonostante la persistenza dei disturbi psichici considerati, solo una bassa percentuale di pazienti (dal 3 al 5%) viene inviato in consulenza da uno psichiatra o da uno psicologo e che, in media, il medico di base identifica solamente la metà dei pazienti con disagio emotivo o sindromi psichiatriche specifiche (5,6).

Un dato importante da sottolineare è l'esistenza di una grande variabilità tra medico e medico nella capacità di identificazione: esistono cioè fattori specifici che influenzano le capacità diagnostiche nel campo del disagio emotivo e dei disturbi psichiatrici.

I fattori che spiegano tale variabilità sono ricollegabili non tanto a nozioni di tipo specialistico (conoscenza della nosografia psichiatrica, algoritmi diagnostici, protocolli di trattamento) quanto a competenze di carattere relazionale e di gestione dell'intervista con il paziente. Queste competenze sono state definite dagli autori britannici *communication skills* e sono strettamente collegate al cosiddetto "approccio centrato sul paziente", traduzione clinica del paradigma biopsicosociale proposto da Engel (7-9).

L'utilizzo di tecniche comunicative "centrate sul paziente" permette di esplorare ambiti che non vengono approfonditi dal tradizionale approccio "centrato sul medico", che per la maggior parte dei clinici risulta l'unica forma di interazione insegnata durante gli anni di formazione universitaria (10,11).

Nei paesi anglosassoni sono già da tempo presenti progetti di formazione sia universitaria che post-universitaria riguardanti i *communication skills* e l'approccio centrato sul paziente. In Italia il gruppo di ricerca che propone la presente indagine ha sviluppato un pacchetto formativo specifico, dedicato in particolare ai medici di medicina generale.

Un pressante problema che si presenta durante lo sviluppo e la gestione di tali corsi di formazione riguarda la descrizione e la valutazione delle competenze comunicative dei singoli medici. A tal fine sono stati sviluppati, negli ultimi anni, numerosi sistemi di classificazione. I limiti psicometrici e di contenuto di questi sistemi sono stati evidenziati da Ong *et al.* (12) e Del Piccolo (13,14).

Il sistema di classificazione messo a punto a Verona da Saltini *et al.* (15) e Del Piccolo *et al.* (16), denominato VR-MICS, rispetto ai sistemi precedenti, è risultato più attendibile ed offre maggiori possibilità di studiare l'interazione medico-paziente perché considera in modo più dettagliato la specificità dei contributi verbali, sia del medico sia del paziente.

## Obiettivi

Valutare la presenza di eventuali differenze nello stile comunicativo di medici di medicina generale italiani e anglosassoni, che non hanno seguito uno specifico percorso di formazione sulle tecniche comunicative (valutazione delle abilità di base, legate alla mera formazione universitaria nei due contesti nazionali).

## Metodologia

### Disegno dello studio

Il *setting* è costituito da un campione di 6 medici inglesi e 6 medici italiani maschi, con simile età ed esperienza lavorativa (almeno quattro anni), senza una formazione specifica sulle tecniche comunicative, selezionati come volontari. Per ciascun medico sono state selezionate cinque interviste con pazienti adulti, giunti alla consultazione per un problema nuovo di salute. Le interviste, ricavate da intere sessioni ambulatoriali (previo consenso dei pazienti), sono state scelte appaiando i pazienti italiani e inglesi in modo che non vi fossero differenze per sesso, età, sintomi fisici e presenza di disagio emotivo secondo il punteggio al GHQ-12.

### Strumenti

**Scheda del medico:** dalla quale si è rilevata la patologia attuale e pregressa del paziente e che ha consentito di definire la presenza di malattia cronica secondo la classificazione proposta da Rolland (17).

**Scheda del paziente:** *dati socio-demografici* (sesso, età, stato civile, grado di scolarità raggiunto, condizione lavorativa), *presenza di problemi sociali* (Questionario sui problemi sociali di Corney & Clare, 1985 [18]; tradotto e adattato da Piccinelli [19]), *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (20-22).

Le interviste sono state classificate adottando il *Verona Medical Interview Classification System* (VR-MICS). La scala codifica la performance verbale del medico (VR-MICS/D) e del paziente (VR-MICS/P) attraverso categorie volte a classificarne il *contenuto* (medico/psicologico/sociale), la *formulazione* (domande, segnali verbali *-cues-*, affermazioni) e la *componente socio/emotiva*.

Sia il che il VR-MICS/P possiedono un'alta attendibilità tra *raters* (Kappa di Cohen pari a 0,93 e 0,85, rispettivamente). Le interviste sono state classificate da *raters* di madre lingua appositamente addestrati.

## Analisi statistica

I confronti tra i comportamenti verbali dei due gruppi di medici (italiani e inglesi), tenendo conto della presenza o meno di disagio emotivo nei pazienti, sono stati eseguiti mediante statistiche univariate (ANOVA), utilizzando il programma statistico SPSS.

## Risultati

### Comportamento verbale dei pazienti

I pazienti positivi al GHQ-12 (presenza di disagio emotivo) tendono ad avere colloqui più lunghi ( $F(1,56)=3,95$ ;  $p=0,052$ ) e parlano di più durante la consultazione ( $F(1,56)=5,85$ ,  $p=0,019$ ), rispetto ai pazienti senza disagio emotivo. Essi, inoltre, introducono più frequentemente nuovi temi di conversazione o segnali linguistici di disagio, preoccupazione (*cues*) ( $F(1,56)=10,37$ ;  $p=0,002$ ). In particolare, tendono a fornire un numero più elevato di *cues* di contenuto strettamente psicologico ( $F(1,56)=9,80$ ;  $p=0,003$ ) e parlano di più con il medico sia di aspetti psicologici ( $F(1,56)=7,78$ ;  $p=0,007$ ) che di problemi psico-sociali ( $F(1,56)=4,68$ ;  $p=0,035$ ). Tutto questo, indipendentemente dalla nazionalità.

I pazienti italiani forniscono più *cues* di contenuto medico, tendono cioè a proporre più sintomi al medico o ne sono maggiormente preoccupati ( $F(1,56)=5,15$ ;  $p<0,027$ ) e parlano di più dei pazienti inglesi di contenuti prettamente medico-terapeutici ( $F(1,56)=19,17$ ;  $p<0,0001$ ), indipendentemente dalla presenza di disagio emotivo.

Non si rilevano differenze dovute alla nazionalità o alla presenza di disagio emotivo per quanto riguarda il numero di domande formulate dai pazienti o di opinioni da loro espresse.

### Comportamento verbale dei medici

I medici italiani tendono a fare più *domande chiuse* di contenuto medico terapeutico, indipendentemente dalla presenza di disagio emotivo ( $F(1,56)=16,03$ ;  $p<0,0001$ ). Viceversa, non si riscontrano differenze legate alla nazionalità o al GHQ nella percentuale di domande chiuse di contenuto psico-sociale.

Per quanto riguarda l'uso di *domande aperte*, la loro percentuale non varia tra medici italiani e inglesi.

Tra le *tecniche comunicative*, le facilitazioni sono utilizzate soprattutto dai medici italiani ( $F(1,56)=4,04$ ;  $p=0,049$ ) e con i pazienti che hanno disagio emotivo ( $F(1,56)=3,98$ ;  $p=0,051$ ). I medici italiani infatti tendono ad utilizzare in maggior misura degli inglesi le facilitazioni "neutre" caratterizzate dalla ripetizione di parti di ciò che ha detto il paziente ( $F(1,56)=16,76$ ;  $p<0,0001$ ). Mentre le domande di verifica e chiarificazione sono adottate in maggior misura con i pazienti positivi al GHQ-12 ( $F(1,56)=8,55$ ;  $p<0,005$ ).

I medici inglesi, tendono a chiedere l'opinione del paziente ( $F(1,56)=6,90$ ;  $p<0,011$ ) e a fornire rassicurazioni ( $F(1,56)=6,36$ ;  $p=0,015$ ) più spesso dei medici italiani. Ma, indipendentemente dalla nazionalità, sono soprattutto i pazienti con disagio emotivo a ricevere il maggior numero di rassicurazioni ( $F(1,56)=4,90$ ;  $p=0,031$ ).

Per quanto riguarda i comportamenti centrati sulle emozioni, non si rilevano sostanziali differenze nell'uso di commenti empatici. Tendono ad essere piuttosto rari sia tra i medici italiani che tra i medici inglesi.

**Tabella 1. Risultati dello studio**

	Nazionalità medici			Disagio emotivo		
	<i>italiani</i>	<i>inglesi</i>	<i>F</i>	<i>assente</i>	<i>presente</i>	<i>F</i>
Totale unità dell'intervista°	127,93	113,70	1,264	105,27	132,71	* 3,952
<b>Paziente</b>						
Totale unità del paziente	51,51	52,25	0,610	50,69	52,79	* 5,848
<b>Cues</b>						
<i>di contenuto medico</i>	1,92	1,14	* 5,146	1,37	1,66	0,633
<i>di contenuto psicosociale</i>	0,55	0,61	0,075	0,36	0,75	2,327
<i>di contenuto psicologico</i>	0,55	0,96	1,487	0,19	1,19	** 12,042
<i>Altri cues</i>	0,41	0,22	1,239	0,19	0,41	1,602
Totale cues	3,88	3,39	0,681	2,38	4,60	** 10,370
<b>Affermazioni</b>						
<i>di contenuto psicologico</i>	1,21	0,82	0,566	0,22	1,63	** 7,783
<i>di contenuto psicosociale</i>	1,22	2,13	0,927	0,58	2,51	* 4,675
<i>di contenuto medico</i>	20,02	12,80	** 19,168	17,61	15,49	1,721
Totale affermazioni	29,34	21,63	** 27,700	25,65	25,36	0,039
Domande	3,20	2,28	1,541	2,83	2,68	0,046
Opinioni	4,43	3,92	0,840	3,55	4,65	3,290
<b>Medico</b>						
<b>Domande chiuse</b>						
<i>di contenuto medico</i>	11,11	6,01	** 16,032	9,08	8,16	0,539
<i>psico-sociali</i>	2,12	1,15	2,233	1,12	2,03	2,002
<b>Domande aperte</b>						
<i>di contenuto medico</i>	1,47	1,81	1,339	2,00	1,36	3,597
<i>psico-sociali</i>	0,73	0,99	0,508	0,68	0,99	0,812
<i>non direttive</i>	1,07	0,77	1,895	1,03	0,84	0,894
Totale facilitazioni verbali	11,02	8,97	* 4,043	8,85	10,87	* 3,978
Domande di verifica	1,49	1,44	0,008	0,91	1,88	** 8,547
Facilitazioni neutre	2,57	0,58	** 16,757	1,41	1,70	0,393
Opinioni richieste al paziente	0,16	0,66	* 6,899	0,32	0,48	0,740
Commenti empatici	0,40	0,71	0,975	0,38	0,69	1,288
Rassicurazioni	0,19	0,62	* 6,364	0,20	0,56	* 4,896

°I valori riportati esprimono la percentuale di ciascun comportamento verbale calcolata rispetto al totale delle unità dell'intervista; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$

## Discussione

I risultati emersi dallo studio presentato consentono due ordini di considerazioni, le une centrate sull'utilizzo del VR-MICS come strumento di analisi trans-culturale, le altre relative al confronto tra le caratteristiche dell'intervista medica in ambito anglosassone e italiano.

Ricordiamo che lo studio ha riguardato medici italiani e inglesi simili per formazione (medici di base esperti, ma senza alcuna formazione specifica nell'uso di tecniche comunicative) e pazienti con caratteristiche assimilabili (la scelta delle interviste si è infatti basata sull'appaiamento dei pazienti per sesso, età, punteggio al GHQ-12 e tipo di problema fisico presentato).

Dai risultati è emerso come i pazienti con disagio emotivo tendano ad introdurre più frequentemente nuovi temi di conversazione o segnali linguistici di preoccupazione e come

questi segnali siano prettamente di contenuto psicologico. Lo strumento di rilevazione (il VR-MICS) si è dimostrato dunque sensibile allo stile comunicativo dei pazienti in relazione al loro stato emotivo nei due contesti linguistici. A tale riguardo ricordiamo che i *raters* non erano a conoscenza né delle caratteristiche descrittive dei pazienti né del disegno dello studio, dunque la classificazione degli interventi di medico e paziente era scevra da pregiudizi o aspettative.

I risultati hanno poi evidenziato un dato che potremmo definire più culturalmente determinato, probabilmente legato al tipo di formazione medica. I medici italiani tendono a formulare una percentuale più elevata di domande chiuse a contenuto medico/terapeutico, corrispondentemente i pazienti parlano più a lungo di aspetti medici, manifestando anche spontaneamente più sintomi o preoccupazione al loro riguardo. Vi è quindi, nel contesto italiano, un prevalente riferimento a sintomi fisici, piuttosto che psico-sociali, e una certa tendenza da parte dei medici a gestire in modo direttivo questo aspetto della consultazione. Va comunque evidenziata a loro favore una relativa capacità di ascolto, utilizzando più spesso dei medici inglesi facilitazioni “neutre” che riflettono i contenuti esposti dal paziente.

I medici inglesi risultano invece più attenti all’opinione formulata dal paziente, cercando di supportarlo nei suoi dubbi e preoccupazioni (maggiore uso di rassicurazioni).

Infine sia i medici italiani che inglesi non dimostrano di padroneggiare la componente strettamente emotiva della consultazione (scarso uso di commenti empatici). Aspetto questo decisamente più difficile da gestire senza un’opportuna formazione.

Frequenza dei comportamenti verbali di paziente e medico, classificati secondo il VR-MICS, distinguendo per nazionalità e presenza di disagio emotivo.

## Bibliografia

1. Bellantuono C, Tansella M. Epidemiologia e trattamento dei disturbi psichiatrici nella medicina di base. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 1989;8.
2. Üstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. New York: John Wiley & Sons; 1995.
3. Weich S, Churchill R, Lewis G, Mann A. Do socio-economic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? *Psychological Medicine* 1997;27:73-80.
4. Department of Health and Social Security. *On the state of the public health: the annual report of the Chief Medical Officer*. London: HMSO; 1988.
5. Marks J, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1979;9:337-53.
6. Lloyd K, Jenkins R, Mann A. Long term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *British Medical Journal* 1996;313:26-8.
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
8. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979;29:77-81.
9. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Abingdon: Radcliffe; 1998.
10. Saltini A. Il riconoscimento dei disturbi emotivi nella medicina di base: il ruolo della comunicazione medico-paziente. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 1997;16: 5-27.
11. Zimmermann C, Del Piccolo L, Saltini A. Insegnare l’approccio biopsicosociale nella conduzione della intervista medica prima di insegnare a riconoscere i disturbi emotivi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;8:71-8.
12. Ong LML, Visser MRM, Kruijver IPM, Bensing JM, Van Den Brink-Muinen, Stouthard JML, Lammes FB, De Haes JCJM. The Roter Interaction Analysis System (RIAS) In oncological consultation: Psychometric Properties. *Psycho-Oncology* 1998;7:387-401.

13. Del Piccolo L. L'interazione medico-paziente. Sistemi di analisi a confronto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1998;7:52-67.
14. Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C, Dunn G. Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations. *Psychological Medicine* 2000;30:629-43.
15. Saltini A, Cappellari D, Cellerino P, Del Piccolo L, Zimmermann C. Uno strumento per la valutazione dell'intervista medica nel contesto della medicina generale: il VR-MICS-D (Verona-Medical Interview Classification System/Doctor). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1998;7:210-23.
16. Del Piccolo L, Benpensanti G, Bonini P, Cellerino P, Saltini A, Zimmermann C. Il Verona-Medical Interview Classification System/Patient (VR-MICS/P). Presentazione dello strumento e studio di attendibilità. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;3:210-23.
17. Rolland JS. Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family Systems and Medicine* 1984;2:245-62.
18. Corney RH, Clare AW. The construction, development and testing of a self-report questionnaire to identify social problems. *Psychological Medicine* 1985;15:637-49.
19. Piccinelli M. Test-retest reliability of the Social Problem Questionnaire in primary care in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32 57-62.
20. Goldberg D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph 21.* London: Oxford University Press; 1972.
21. Goldberg D, Williams P. *The user's guide to the general health questionnaire.* Windsor: Slough, NFER/NELSON; 1988.
22. Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG, Cunico L, Tansella M. Validity and test-retest reliability of the italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice. A comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry* 1993;34:198-205.



# **APPLICAZIONE DEI *BEHAVIOURAL SCIENCE* *LEARNING MODULES* DELL'OMS NELL'ADDESTRAMENTO DELLE ABILITÀ COMUNICATIVE DEL MEDICO**

Fabrizio Starace<sup>1</sup>, Maria Luigia Fusco<sup>1</sup>, Francesco Embrione<sup>1</sup>, Roberto D'Alessandro<sup>2</sup>,  
Barbara Capriotti<sup>2</sup>, Lucio Sibilìa<sup>3</sup>, Stefania Borgo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Servizio Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale, A.O. "D. Cotugno", Napoli*

<sup>2</sup> *Dipartimento di Scienze Cliniche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*

<sup>3</sup> *Istituto di Clinica Neurologica, Università degli Studi di Bologna*

## **Obiettivi**

La comunicazione di una "cattiva notizia" rappresenta un compito della professione medica che può innescare comportamenti disfunzionali nel paziente affetto da patologie maligne e gravemente invalidanti (1).

Le modalità di impostare questa comunicazione possono produrre impatti notevoli sulla salute psichica della persona ammalata, condizionando, oltre che le sue risorse adattive, anche i suoi rapporti con la rete di supporto familiare, sociale e sanitaria (1). Studi italiani dimostrano che il paziente incurabile sembra aver sviluppato un atteggiamento di disaffezione verso la rete sanitaria che, a causa di problematiche soprattutto comunicative ed interpersonali, rischia di produrre una sequela di effetti secondari dagli alti costi umani, sociali e sanitari (2).

D'altra parte, anche nel nostro Paese, la pressione esercitata da gruppi e movimenti sociali sta imponendo al medico obblighi di comunicazione che non possono più considerarsi opzionali. Tali obblighi richiedono il rispetto implicito di protocolli di comunicazione specificamente inerenti al consenso informato.

Tuttavia si registra una notevole mancanza di proposte formative che offrano al medico strumenti concreti per fronteggiare un compito di comunicazione sanitaria che rischia di diventare, anche per il medico italiano, un obbligo di legge "...*anche quando particolari condizioni consiglino l'adozione di cautele nella comunicazione...*" (3)

In ambito internazionale la realizzazione di studi finalizzati ad accertare l'efficacia di molte iniziative di addestramento ha sinora offerto dati incoraggianti. Sembra comunque consigliabile che gli enti deputati si facciano portatori di proposte atte ad incoraggiare l'acquisizione e la diffusione di una miglior pratica in questo campo (4). Appare, dunque, fondata l'esigenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di rendere disponibili per il medico nuove modalità di approccio al problema, fondate su una revisione razionale delle metodologie con cui sinora è stata effettuata la formazione interpersonale del medico.

Scopo del presente progetto di ricerca è la traduzione e l'adattamento del protocollo didattico "*Communicating Bad News*" (5), modulo base del programma OMS per l'addestramento alle abilità comunicative del medico.

## Metodi

L'adattamento del protocollo didattico OMS è stato effettuato definendo e standardizzando tutti i materiali e le azioni tecnico-didattiche previste dal modulo.

I ricercatori selezionati hanno curato lo sviluppo degli strumenti necessari per permettere la conduzione delle *quattro fasi di addestramento* delineate dal protocollo OMS (fase propedeutica, della lezione introduttiva, del lavoro sul mezzo audiovisivo e della sessione di *role-playing*).

Tali materiali/strumenti comprendono:

- La traduzione del protocollo originale, comprensiva della traduzione degli articoli propedeutici allegati, originariamente in lingua inglese.
- Una scheda standardizzata, per la raccolta dei dati socio-demografici dei partecipanti.
- Tre questionari di ingresso, finalizzati alla rilevazione oggettiva di: a) livelli di conoscenza/informazione posseduti sull'argomento; b) aspettative rispetto all'addestramento; e c) livelli di difficoltà percepiti nella comunicazione della "cattiva notizia".
- Una selezione di articoli scientifici e di materiali propedeutici predisposta per: a) la contestualizzazione culturale dell'addestramento; e b) l'ottimizzazione dei prerequisiti teorici di ingresso.
- Un set di lucidi corredati da testo introduttivo, finalizzati a presentare l'esperienza di addestramento.
- Una videocassetta, della durata di 15 minuti, che illustra una comunicazione di "cattiva notizia" effettuata secondo il protocollo OMS, corredata da griglie di esercizio sul mezzo audiovisivo
- Un quaderno di esercizi per il trainer che identifica *scenari* per la conduzione delle sessioni di *role-playing* corredato di schede e griglie strutturate di osservazione/valutazione.
- Un questionario in uscita, per la rilevazione del gradimento dell'esperienza di addestramento.
- Una scheda per il follow-up

Tutti gli strumenti sono stati selezionati/elaborati attraverso un approccio basato su evidenze scientifiche ed uniformati/rivisti attraverso sessioni di confronto collegiale. Tali materiali saranno raccolti in un manuale tecnico-operativo per la conduzione dell'unità di addestramento.

## Risultati

L'adattamento italiano del modulo "*Comunicare cattive notizie*" rende disponibile nel nostro Paese una proposta di addestramento specificamente mirata, aperta a numerose forme di sperimentazione sia della tecnica formativa destinata al medico che dell'efficacia dell'azione formativa erogata.

## Discussione

La proposta formativa offerta dall'OMS può rappresentare un ottimo esercizio di metodo per quanti si occupano di formazione, psicologica e psicosociale, del medico nei contesti

dell'istruzione e della sanità pubblica. Soprattutto, essa offre la possibilità ad un settore nevralgico della sanità di acquisire strumenti finalizzati a migliorare, sin dalla comunicazione di diagnosi, la gestione del disagio psichico e dei comportamenti maladattivi significativamente frequenti in pazienti affetti da patologie maligne.

## Conclusioni

Appare essenziale, per gli operatori della salute mentale addetti alla formazione psicosociale ed interpersonale del medico, l'acquisizione di metodologie didattiche specifiche che, come quelle offerte dall'OMS, siano integrate con l'agire medico ed ancorate a modelli teorici scientificamente fondati e verificati.

## Bibliografia

1. Donovan K. Communicating bad news. In: *Communicating bad news*. Geneva: WHO; 1993. p. 3-12.
2. Remuzzi G, Schieppati A. Lessons from the Di Bella affair. *Lancet* 1999;353:1289-99.
3. Campbell EM, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news 3: Encouraging the adoption of best practices. *Behavioral Medicine* 1998;24:73-80.
4. DDL n. 5673. Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Camera dei Deputati*, 1 dicembre 2000.
5. World Health Organisation. *Communicating bad news*. Geneva: WHO; 1993.

# VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI SUPERAMENTO DEGLI EX-OSPEDALI PSICHIATRICI PUBBLICI ITALIANI. IL PROGETTO QUALYOP

Barbara D'Avanzo, Lucilla Frattura  
*Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano*

## Introduzione

Il processo di chiusura degli ex-ospedali psichiatrici italiani (ex-OP) è stato monitorato dal 1994 attraverso il Progetto Qualyop che ha coinvolto in una valutazione prospettica 22 ex-OP in Lombardia, Emilia Romagna, Liguria e Roma. Si trattava quindi quasi di un terzo dei 78 ex-OP che risultavano ancora aperti nel 1994 (1), ovvero all'uscita della legge finanziaria che imponeva la chiusura definitiva degli ex-OP.

Il Progetto consisteva in una fase di reclutamento e una di monitoraggio. Nella prima fase sono state descritte la qualità degli ambienti degli ex-OP e dell'assistenza offertavi, le caratteristiche sociodemografiche e cliniche e la mortalità della popolazione manicomiale e le attitudini degli operatori rispetto alla chiusura all'inizio del processo (fase di reclutamento) (2-8). Nella seconda fase è stato descritto il processo di chiusura stesso attraverso la registrazione delle dimissioni dei pazienti, i determinanti dell'invio dei pazienti alle diverse strutture e l'impatto del processo di dimissione sull'andamento della mortalità (fase di monitoraggio). I dati qui presentati sono relativi alla fase di monitoraggio delle dimissioni dei pazienti.

## Metodi

Lo studio ha seguito tutti i pazienti ricoverati presso 22 ex-OP. Questi sono stati reclutati con tempi diversi nelle diverse regioni: i 12 ex-OP della Lombardia sono stati seguiti dal 1994 al 30 giugno 2000, i 7 dell'Emilia Romagna dal 1995 al 1998, l'ex-OP di Roma dal 1996 al 1999 e i 2 della Liguria dal 1996 al 30 giugno 2000.

I pazienti dei 22 ex-OP sono stati descritti al reclutamento attraverso la Scheda Paziente e monitorati attraverso la Scheda Dimissioni/Decessi e la Scheda Aggiornamento Dimissioni/Decessi. Sono state registrate le dimissioni dall'ex-OP di tutti i pazienti.

La Scheda Dimissioni/Decessi e la Scheda Aggiornamento Dimissioni/Decessi (quest'ultima utilizzata per seguire i pazienti di cui era già stata registrata la dimissione dall'ex-OP) registravano la data di dimissione e la collocazione secondo 5 raggruppamenti: 1. struttura collocata all'interno dell'ex-OP (sia psichiatrica che per anziani e disabili); 2. struttura residenziale psichiatrica (SR) gestita dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM); 3. SR gestita dal privato; 4. istituti per lungo-degenze (case di riposo, RSA, strutture per handicap, altri istituti psichiatrici pubblici e privati); 5. famiglia; 6. collocazione autonoma; 7. altra o non precisata collocazione.

Le informazioni relative al decesso prevedevano data, causa secondo il certificato ISTAT. Dove mancava l'informazione secondo il certificato ISTAT si è tentato di reperire l'informazione presso le ASL.

La probabilità di trovarsi in SR alla data del 30 giugno 2000 a seconda delle caratteristiche sociodemografiche e cliniche raccolte al reclutamento è stata calcolata come odds ratio (OR) (con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%) (9). È stato utilizzato un modello di regressione logistica che includeva i termini per età, sesso, diagnosi, livello di istruzione, livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana ed ex-OP di provenienza. Gli OR sono stati calcolati su tutti i pazienti che sono stati dimessi, inclusi quelli poi deceduti. Inoltre, per esprimere l'eccesso di mortalità di questa popolazione rispetto alla popolazione generale, è stato calcolato il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) per tutte le cause di morte, traumatismi ed avvelenamenti (ICD IX 800-999) e suicidi sull'intera popolazione e sui pazienti deceduti in ex-OP e su quelli deceduti dopo la dimissione dall'ex-OP (9). Il numero di morti attesi è stato calcolato sulla base dei tassi di mortalità per sesso e quinquennio di età della popolazione italiana nell'anno 1996.

## Risultati

Sul totale dei 4492 pazienti dei 22 ex-OP, i decessi in ex-OP sono stati 676. Per i 3792 pazienti dimessi (di 24 non si sono avute notizie), le collocazioni sono state: 24% dei pazienti presso le strutture predisposte, di solito in via provvisoria, all'interno dell'ex-OP, 33% in istituti per lungo-degenze, 16% in SR gestite dai DSM, 8% in SR a gestione privata, 2% in famiglia, 0,4% in condizioni di autonomia e una porzione uguale in altre o non precisate destinazioni.

Nei 2918 pazienti della Lombardia e della Liguria i cui dati sono aggiornati al 30 giugno 2000, i decessi in ex-OP sono stati 512, 208 persone sono decedute successivamente all'uscita dall'ex-OP; 2198 pazienti risultavano vivi. Sul totale dei 2406 pazienti dimessi dall'ex-OP, 526 (22%) pazienti, benché dichiarati dimessi, erano ospitati in strutture interne agli ex-OP; 638 (27%) in SR; 1148 (48%) in istituti per lungo-degenze; 37 (2%) in famiglia; 18 (1%) in collocazioni autonome e 39 in altre o non precisate collocazioni (2%).

Tra le due regioni ancora in studio, vi erano differenze importanti nel ricorso alle strutture utilizzate per le dimissioni: del 12% (30% in Lombardia e 18% in Liguria) per le SR, del 18% per gli istituti per lungo-degenze (42% in Lombardia e 60% in Liguria), e del 7% per le strutture interne agli ex-OP (24% e 17% rispettivamente).

I trasferimenti dopo la dimissione dell'ex-OP riguardavano 300 pazienti: ricollocazioni di pazienti dichiarati dimessi ma rimasti in strutture interne all'ex-OP e invii a istituti per lungo-degenze. I determinanti più marcati di invio dei pazienti a SR (versus tutti gli altri invii) erano un più elevato livello di istruzione, l'ex-OP di provenienza, diagnosi di schizofrenia o altra diagnosi psichiatrica (Tabella 1). All'interno dei pazienti ricoverati in SR, i pazienti più giovani tendevano ad essere ospitati più spesso in SR a protezione sulle 24 ore e i più anziani in quelle a protezione sotto le 8 ore. I pazienti maschi, più istruiti, meno autonomi e con diagnosi di schizofrenia erano più spesso ospitati in SR sulle 24 ore.

Nella coorte osservata fino al 30 giugno 2000, nessun paziente è risultato scomparso dopo l'uscita dall'ex-OP, mentre vi erano stati 10 casi di pazienti allontanatisi e mai rientrati quando ancora ricoverati in ex-OP.

La mortalità della coorte reclutata in ex-OP è nettamente più elevata di quella della popolazione generale (Tabella 2). L'RSM per tutte le cause di morte indicava un eccesso di oltre due volte rispetto alla popolazione generale negli uomini e di 2,3 volte nelle donne; per le morti violente l'eccesso era di 4 volte e mezzo negli uomini e di 2,42 volte nelle donne (corrispondenti rispettivamente a 28 e 12 eventi); per i suicidi, l'RSM era 3,61 e 4,69 rispettivamente (5 e 2 eventi).

**Tabella 1. Distribuzione dei pazienti in SR e in tutte le altre collocazioni al 30 giugno 2000 e odds ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC) di dimissione a SR per caratteristiche sociodemografiche e diagnosi (1994-2000)\***

Fattori	Pazienti in SR n. (%)	Pazienti in tutte le altre collocazioni n. (%)	OR (95% IC) di dimissione in SR
<b>Sesso</b>			
<i>maschi</i>	392 (61)	922 (52)	1
<i>femmine</i>	246 (39)	846 (48)	0,8 (0,7-1,0)
<b>Età</b>			
<40	30 (5)	72 (4)	1
40-49	116 (18)	184 (10)	1,2 (0,7-2,3)
50-59	215 (34)	357 (20)	1,1 (0,6-2,0)
60-69	188 (29)	493 (28)	0,7 (0,4-1,2)
=70	87 (14)	648 (37)	0,3 (0,1-0,5)
<b>Diagnosi</b>			
<i>disturbi mentali organici e ritardo mentale</i>	126 (20)	660 (37)	1
<i>schizofrenia e altre diagnosi psichiatriche</i>	491 (77)	1023 (58)	1,6 (1,2-2,1)
<b>Istruzione</b>			
<i>analfabeta</i>	59 (9)	32 (24)	1
<i>alfabetizzato senza titolo</i>	122 (19)	471 (27)	1,5 (1,0-2,2)
<i>scuola elementare</i>	277 (43)	627 (35)	2,2 (1,5-3,1)
<i>medie o più</i>	178 (28)	217 (12)	2,8 (1,9-4,3)

\* Le somme possono non corrispondere al totale a causa di alcuni dati missing nelle variabili di interesse.

**Tabella 2. Casi osservati, rapporti standardizzati di mortalità (RSM) e intervalli di confidenza al 95% (IC) per tutte le cause di morte, per traumatismi e avvelenamenti e per suicidio per caratteristiche sociodemografiche e diagnosi (1994-2000)\***

Fattori	Casi osservati					
	tutte le cause		traumatismi e avvelen.		suicidi	
	n.	RSM (IC)	n.	RSM (IC)	n.	RSM (IC)
Deceduti in ex-OP	511	2,67 (2,44-2,92)	31	4,18 (2,82-5,98)	5	4,02 (1,30-9,37)
Deceduti dopo dimissione dall'ex-OP	202	2,10 (1,82-2,41)	9	2,49 (1,14-4,73)	2	3,60 (0,44-13,00)
<b>Sesso</b>						
<i>maschi</i>	399	2,59 (2,31-2,90)	28	4,53 (2,34-7,93)	5	3,61 (0,44-13,03)
<i>femmine</i>	315	2,32 (2,10-2,56)	12	2,42 (1,61-3,51)	2	4,68 (1,52-10,90)
<b>Età</b>						
<40	6	8,46 (3,10-18,44)	-	-	-	-
40-49	30	7,17 (4,84-10,25)	2	3,40 (0,41-12,27)	-	-
50-59	94	5,12 (4,15-6,35)	14	10,55 (5,80-17,72)	3	7,46 (1,54-21,78)
60-69	214	3,83 (3,33-4,36)	12	6,09 (3,15-10,66)	1	1,93 (0,50-10,75)
≥70	370	1,76 (1,58-1,95)	12	1,70 (0,04-9,47)	3	4,51 (0,93-13,17)
<b>Diagnosi</b>						
<i>disturbi mentali organici e ritardo mentale</i>	243	2,58 (2,35-2,84)	13	3,43 (2,24-5,04)	1	1,66 (0,54-3,87)
<i>schizofrenia e altre diagnosi psichiatriche</i>	428	2,41 (2,12-2,74)	26	3,87 (2,06-6,62)	5	4,49 (0,11-25,01)
<b>Istruzione</b>						
<i>analfabeta, alfabetizzato senza titolo</i>	364	2,51 (2,26-2,79)	23	4,16 (2,64-6,24)	3	3,61 (0,74-10,54)
<i>scuola elementare, medie o più</i>	343	2,46 (2,21-2,73)	17	3,13 (1,82-5,01)	4	4,16 (1,13-10,65)

Le somme possono non corrispondere al totale a causa di alcuni dati missing nelle variabili di interesse. Le morti per traumatismi ed avvelenamenti e per suicidio sono già comprese in quelle per tutte le cause.

L'RSM per tutte le cause nei deceduti in ex-OP era superiore a quello dei pazienti dimessi (2,67 in ex-OP e 2,10 per i dimessi dall'ex-OP), e non vi era sovrapposizione degli intervalli di confidenza delle stime. Negli uomini, l'eccesso di decessi per traumatismi e avvelenamenti era nettamente più marcato in ex-OP che dopo la dimissione (5,49 e 2,58), ma i due gruppi non sembravano differire significativamente. L'eccesso di mortalità era più marcato nei più giovani.

## Discussione

L'andamento delle dimissioni dei pazienti dagli ex-OP italiani conferma in parte l'esperienza descritta in altri paesi (10-12), indicando che la gran parte dei pazienti sono stati inviati in strutture ad alta protezione (psichiatriche o per anziani e disabili). In base alla nostra rilevazione, non esistono casi di pazienti scomparsi o per i quali è stata osservata una condizione di vaganza o di carcerazione successiva all'uscita dall'ex-OP. Al contrario, per la maggior parte dei pazienti, si prospetta la possibilità di un cambiamento solo apparente o comunque modesto delle condizioni di vita e di autonomia e dello stile di assistenza.

È interessante il ruolo marcato del livello di istruzione nel predire la dimissione alle SR: poiché dovrebbe essere escluso che l'effetto rappresenti quello dell'età, si potrebbe ipotizzare una selezione di pazienti con un maggiore potenziale riabilitativo.

L'utilizzo delle SR a seconda del livello di protezione sembra contraddistinto dall'invio di pazienti con maggiori bisogni assistenziali e terapeutici alle SR ad alta protezione. L'invio di pazienti più anziani in SR a bassa protezione suggerisce l'utilizzo di queste strutture per pazienti più stabilizzati ma per i quali non si profila un successivo cambiamento.

Seguendo gli spostamenti dei pazienti successivi alla dimissione dall'ex-OP, si osserva un crescente utilizzo di strutture per lungo-degenze: se da una parte questo descrive un fenomeno "fisiologico" connesso all'invecchiamento della popolazione, dall'altra potrebbe essere connesso a politiche di utilizzo delle risorse esistenti. La porzione relativamente bassa degli spostamenti potrebbe indicare che il processo delle dimissioni è avvenuto con una programmazione sufficiente e che per la maggior parte dei pazienti è stata trovata subito una collocazione definitiva. D'altra parte, questo dato indica anche che l'uscita dall'ex-OP ha rappresentato l'inizio di un cammino di autonomizzazione solo in casi estremamente sporadici.

I dati sulla mortalità confermano quanto rilevato in precedenti studi (13,14), non solo rispetto all'imponente eccesso della popolazione manicomiale rispetto a quella generale, ma anche rispetto al diminuire dell'eccesso con l'età. Sono in corso ulteriori analisi sui determinanti dell'eccesso di mortalità di questa popolazione.

La rilevazione dello stato in vita, e soprattutto degli spostamenti dei pazienti successivamente all'uscita degli ex-OP, ha comportato alcune difficoltà. Riteniamo tuttavia, in base a un continuo monitoraggio delle situazioni e ai continui colloqui con i rilevatori, che la rilevazione sia proceduta con sufficiente accuratezza, anche se non si può escludere la mancata registrazione di decessi o spostamenti soprattutto per i pazienti che non sono più seguiti dai DSM.

## Conclusioni

Il processo di chiusura degli ex-OP italiani, benché condotto in alcuni casi a tappe forzate, ha rappresentato il compimento di un passo necessario sul cammino della riforma psichiatrica, senza che ciò abbia causato situazioni di abbandono o di trascuratezza dei pazienti. Il forte

ricorso a collocazioni ad alta protezione, in gran parte non gestite dai DSM, suggerisce d'altra parte che esso non ha rappresentato un rafforzamento dell'attività di assistenza territoriale, ma piuttosto dell'area della residenzialità ad alta protezione. Anche all'interno della residenzialità specificamente psichiatrica andrebbe valutato quanto la creazione di SR, soprattutto ad alta protezione e a gestione privata, si integri con l'attività territoriale.

## Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. *Statistiche della sanità. Anno 1994*. Roma: ISTAT; 1996.
2. Saraceno B, Barbui C, Bedoni A, Civalenti G, Frattura L. Valutazione del processo di superamento degli ex ospedali psichiatrici pubblici della Regione Lombardia. Risultati dello Studio Qalyop. I: Qualità strutturale, organizzativa e delle attività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1996;5: 59-71.
3. Frattura L, D'Avanzo B. Italian mental hospitals closer to closing? *Nature Medicine* 1997;3:1054.
4. Frattura L, D'Avanzo B. Monitoring the Italian psychiatric hospitals closure process: the Qalyop Project. *Mental Health Care* 1998;1:334-6.
5. Frattura L, Chiara L. Scenari della transizione. Problemi e prospettive di nuova urbanità derivabili dal monitoraggio di 22 ospedali psichiatrici italiani. In: Contini G, Straticò E. (Ed.). *Il tramonto del manicomio*. Bologna: CLUEB; 1998.
6. D'Avanzo B, Frattura L, Barbui C, Civalenti G, Saraceno B. The Qalyop Project 1: Monitoring the dismantlement of Italian public psychiatric hospitals. Characteristics of patients scheduled for discharge. *International Journal of Social Psychiatry* 1999;45:79-92.
7. Barbui C, D'Avanzo B, Frattura L, Saraceno B. The Qalyop Project 2: Monitoring the dismantling of Italian psychiatric hospitals. Psychotropic drug use in 1072 inpatients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1999;8:331-7.
8. AA.VV. Progetto Qalyop 3. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2001;31(4):16-20.
9. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research. Vol. 1. The analysis of case control studies*. IARC, 1980.
10. Salokangas RKR, Saarinen S. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland. I: discharged patients and their care. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24:457-68.
11. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:217-23.
12. Lesage A, Morissette R, Fortier L, Reinhartz D, Contandriopoulos A-P. I. Downsizing psychiatric hospitals: needs for care and services of current and discharged long-stay patients. *Canadian Journal of Psychiatry* 2000;45:526-31.
13. Aguglia E, Pagnanelli R, Clocchiatti M, De Vanna M. La mortalità e le cause di morte fra i pazienti psichiatrici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1994;3(1):59-72.
14. Valenti M, Necozone S, Busellu G, Borrelli G, Lepore AR, Madonna R, Altobelli E, Mattei A, Torchio P, Corrao G, Di Orio F. Mortality in psychiatric hospital patients: a cohort analysis of prognostic factors. *International Journal of Epidemiology* 1997;26:1227-35.



# VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA PRATICA DEI PROGRAMMI DI RIABILITAZIONE PER GLI OSPITI DI STRUTTURE RESIDENZIALI

Mario Nicotera <sup>1</sup>, Annagiulia Greco <sup>2</sup>, Loredana Caserta <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Direttore CSM Soverato (CZ)*

<sup>2</sup> *Spec. in Igiene Mentale, Ricercatrice a contratto Progetto di Superamento ex-OP di Girifalco (CZ)*

<sup>3</sup> *Psicologa, Ricercatrice a contratto Progetto di Superamento ex-OP di Girifalco (CZ)*

## Introduzione

La creazione di Strutture Residenziali (SR) per il trattamento a medio-lungo termine dei pazienti più gravi con elevati livelli di disabilità, l'introduzione di caratteristiche funzionali diverse in un contesto che si presentava in condizioni di estremo degrado, quale l'ex-OP (Ospedale Psichiatrico) di Girifalco, ha creato le condizioni per una trasformazione dalla vecchia pratica "asilare". Il primo anno di applicazione di un metodo di monitoraggio e valutazione multidimensionale dell'intervento riabilitativo in questo contesto (1) ha permesso di ottenere risultati incoraggianti deducibili dai miglioramenti dei punteggi ottenuti alla scala FPS (2).

L'applicazione del metodo nel secondo anno ha avuto lo scopo di verificare i dati positivi della prima fase e di effettuare uno studio di riproducibilità, utile per orientare le attività riabilitative e formative per il personale delle SR e per definire i criteri di accreditamento delle stesse.

Abbiamo ritenuto di grande importanza verificare con il presente lavoro, se la definizione di piani di intervento personalizzati con obiettivi specifici e misurabili, un uso razionale degli psicofarmaci, l'insegnamento di abilità sociali e di soluzione dei problemi (3), una buona preparazione alla dimissione con il coinvolgimento delle famiglie (4) e di eventuali datori di lavoro, producano buoni esiti nella pratica riabilitativa, intesi come miglioramento dell'autonomia nei pazienti e riduzione dei loro bisogni assistenziali (5).

Il mancato raggiungimento di risultati positivi di questo tipo, così come sembrerebbe rilevarsi dallo scarso numero di pazienti dimessi dalle strutture censite nella prima fase del Progetto PROGRES (6), favorirebbe l'accumularsi nelle SR di nuovi utenti gravi bisognosi di questo tipo d'intervento che, aggiungendosi ai precedenti ospiti, renderebbero presto del tutto insufficiente la rete di strutture oggi esistente.

## Obiettivi

- Seguire nel tempo gli ospiti delle strutture al fine di accertarne l'evoluzione del livello di autonomia e di quello assistenziale in funzione dei seguenti fattori:
- caratteristiche cliniche dei pazienti inseriti nello studio: età, provenienza, diagnosi, funzionamento sociale;
- caratteristiche dell'intervento: presenza e qualità di piani riabilitativi personalizzati, numero e qualifica degli operatori, "clima" delle residenze;

- caratteristiche del contesto: tipo di residenza, presenza di iniziative di formazione e inserimento lavorativo, disponibilità di residenze a minore livello assistenziale.
- Verificare l'ipotesi che la definizione di piani di intervento personalizzati con obiettivi specifici e misurabili sia fondamentale per ottenere buoni esiti nell'intervento riabilitativo.

## Metodi

Lo studio ha riguardato l'andamento clinico-riabilitativo di due gruppi di pazienti di 12 unità ciascuno, metà (circa) proveniente dagli ex-OP e metà dal territorio, divisi "a caso" in due Gruppi, uno di Studio ed uno di Controllo, e sottoposti entrambi a valutazioni iniziali, intermedie (sei mesi) e finali (un anno). I pazienti del primo gruppo hanno fruito dell'intervento riabilitativo oggetto del lavoro, i secondi del metodo tradizionale.

Per la rilevazione dei dati di base è stata adottata la "Scheda Paziente" del progetto PROGRES.

Per valutare le condizioni psicopatologiche, la BPRS (7), per il funzionamento sociale, la scala FPS e la versione italiana della HoNOS (8), da noi considerata separatamente nella componente, relativa ai problemi dipendenti dalla patologia ed in quella legata alle difficoltà relazionali: ritiro sociale, risorse abitative, finanziarie e lavorative.

Sono stati inoltre rilevati attraverso l'ICMHC (9) le modalità di presa in carico, i trattamenti farmacologici, la presenza e la qualità di un piano riabilitativo individualizzato, l'integrazione nel territorio, la possibilità di fruizione delle strutture territoriali.

Sono state effettuate analisi descrittive tradizionali per indagare la relazione tra il successo dell'intervento riabilitativo e la sua collocazione in un contesto radicalmente modificato ed analisi univariate per valutare l'entità del miglioramento del funzionamento sociale ed il suo rapporto con i numerosi possibili fattori esplicativi relativi alle caratteristiche degli utenti da una parte e a quelli degli interventi dall'altra.

## Risultati

Nella tabella che segue abbiamo riportato i punteggi medi ottenuti dai due gruppi di pazienti alla BPRS e all'FPS. I miglioramenti ottenuti sono stati tanto più significativi in quanto i valori iniziali dell'FPS per il 50 % dei pazienti del gruppo dello studio erano inferiori a 41, mentre quelli del gruppo di controllo risultavano inferiori a 56. I pazienti di questo gruppo, oltre a caratterizzarsi per un grado di disabilità minore, presentavano anche una età media decisamente inferiore.

Se i dati più significativi del nostro lavoro hanno riguardato lo svolgimento autonomo da parte dei pazienti delle funzioni personali e sociali, misurati con la FPS, dobbiamo tuttavia anche segnalare altri risultati di rilievo, valutati con la scala HoNOS e con l'ICMHC.

Con la HoNOS abbiamo rilevato un notevole miglioramento nelle due aree di ricerca considerate: quella relazionale in cui il miglioramento è consistito nel passaggio da un punteggio globale iniziale di 150 ad uno finale di 91, per il gruppo studio e di 115 a 90 per il gruppo di controllo; quella collegata con la patologia, in cui il miglioramento è risultato meno significativo, da 167 a 93 per il gruppo di studio e da 149 a 121 per il gruppo di controllo, a dimostrazione che l'intervento è stato più positivo negli aspetti legati alla disabilità.

**Tabella 1. Risultati dello studio**

	<b>Gruppo Studio</b>	<b>Gruppo Controllo</b>
Età media	60,1 (range 36-78)	45,8 (range 26-65)
BPRS Inizio	59,9 ± 8,85	59,7 ± 12,7
6 mesi	53,5 ± 9,54	58,2 ± 12,7
1 anno	39,3 ± 12,7	45,4 ± 13,0
FPS Iniziale	50 % inferiore a 41	50 % inferiore a 56
FPS Inizio	45,4 ± 13,0	39,3 ± 14,7
6 mesi	51,5 ± 11,3	41,4 ± 12,1
1 anno	57,9 ± 10,1	43,2 ± 13,1

Per quanto riguarda l'ICMHC, il grado di specializzazione raggiunto dagli operatori (LoS-scale, Level of Specialisation) nella modalità 1 (dare avvio alla presa in carico) ha registrato un passaggio dal livello 1 (basso) a 3 (elevato); nella modalità 5 (assistenza alle attività di base della vita quotidiana) un passaggio da 0 (non applicabile) a 3 (elevato); nella modalità 7 (interventi psicologici) e 8 (interventi (ri)abilitativi delle abilità di base, interpersonali e sociali) da 0 a 2. Le modalità 9 (altre attività quotidiane) e 10 (interventi diretti a familiari, parenti e altri) hanno registrato valori di specializzazione più bassi, da 0 a 1, mentre è da considerare significativo il livello raggiunto nella modalità 6, anche se dal livello 1 è passato 0, poiché ha riguardato la scomparsa degli interventi farmacologici e biologici di elevata specializzazione, ed il ricorso agli psicofarmaci solo nel corso di interventi occasionali.

È stato possibile, inoltre, effettuare 2 dimissioni nel Gruppo di Studio, ma nessuna nel Gruppo di Controllo; 6 inserimenti in struttura a più basso livello di intensità assistenziale nel primo e 1 nel secondo gruppo; la continuazione del trattamento per 4 pazienti del primo gruppo e 7 del secondo, anche se in questo si sono dovuti registrare 4 abbandoni; l'avviamento al lavoro di 4 pazienti del gruppo di studio e 2 di quello di controllo attraverso l'inserimento di entrambi in una Cooperativa di Servizi denominata "Nuova Era", appositamente istituita nel territorio.

## Discussione

Mentre la prima fase dello studio aveva permesso di ottenere dei miglioramenti sensibili da attribuire a fattori "aspecifici" di cambiamento, quali il deciso miglioramento delle condizioni ambientali, la più appropriata definizione diagnostica, la personalizzazione dell'intervento individuale, il mutato atteggiamento degli operatori, l'uso di uno strumento ben definito, la seconda, invece, è legata a fattori più "specifici" che hanno riguardato i vari aspetti dell'intervento, applicato nel suo complesso solo ad uno dei due gruppi di pazienti ed i cui esiti sono stati messi a confronto con i dati ottenuti dai pazienti del secondo gruppo sottoposti solo a interventi di tipo tradizionale.

Questo è stato reso possibile dalla integrazione territoriale delle strutture derivate dall'ex-OP, dal coinvolgimento dell'intero CSM e dall'uso delle varie risorse presenti sul territorio, dalla conoscenza e dall'applicazione di strumenti, quali la HoNOS e l'ICMHC che hanno permesso la valutazione dei vari aspetti del trattamento e le modalità di lavoro del Servizio, dalla presa in carico, alla definizione ed attuazione dei piani di lavoro, ed al loro esito. Oltre che offrire a tutti gli operatori indicazioni specifiche sul lavoro da compiere e sugli obiettivi da raggiungere.

L'intervento si è dimostrato efficace in tutti gli ambiti da noi valutati, nello svolgimento di attività ordinarie, così come nell'uso degli oggetti di impiego comune, nella gestione personalizzata degli spazi comuni e delle relazioni interpersonali e tra queste ed il sistema

sociale. I valori bassi nel lavoro con le famiglie e col contesto sociale sono da addebitare alla disgregazione o all'assenza di nuclei ancora presenti. Si è ridotto sensibilmente il ricorso al ricovero ospedaliero, e quello ad un uso indiscriminato della farmacoterapia, che ha ceduto il posto ad interventi di tipo psico e socio-riabilitativo per favorire l'integrazione sociale e lavorativa.

I dati del Gruppo di Studio sono risultati nettamente migliori di quelli del Gruppo di Controllo, ma anche i risultati ottenuti in quest'ultimo non appaiono del tutto negativi, proprio perché anche loro hanno risentito positivamente del cambiamento del contesto lavorativo interno e della sua collocazione all'esterno del perimetro istituzionale.

Importanza particolare ha assunto infine, perché risultato in controtendenza rispetto al dato nazionale (10), anche l'aver compreso nel nostro campione, sia pazienti provenienti dall'O.P che dal Territorio, ospitati volutamente nella stessa struttura, per rompere definitivamente l'isolamento e la discriminazione.

## Conclusioni

Gli esiti positivi, ottenuti sia sui pazienti gravemente deteriorati da anni di istituzionalizzazione, sia sui cosiddetti "nuovi cronici" dimostra che è possibile intervenire utilmente in soggetti ritenuti "difficili" o impossibili da trattare. La notevole variabilità di risultati che si possono ottenere da una pratica riabilitativa che sappia individuare e programmare il piano di intervento più adatto al paziente può contrastare le "resistenze" di chi vuole mantenere al di fuori di ogni processo di rinnovamento le modalità con cui si è soliti affrontare il disagio psichico, continuando a produrre sacche di esclusione ed emarginazione

Il nostro studio dimostra i vantaggi pratici di un intervento riabilitativo come quello che noi abbiamo illustrato, è utile per aiutare ad orientare le attività formative del personale di assistenza, per permettere di individuare con sufficiente chiarezza le caratteristiche ed i supporti strutturali necessari all'intervento riabilitativo e per evitare, infine, il rischio di rendere insufficiente la rete attuale delle residenze e di crearne delle nuove che riprendano ad assolvere compiti puramente contenitivi.

## Bibliografia

1. Nicotera M, Notarangelo M, Pellizzer MR, Greco A. Il Superamento di un Ospedale Psichiatrico (OP) nel Meridione d'Italia: il caso di Girifalco (CZ). In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale*. Rapporto della prima fase. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000.
2. Morosini P, Magliano L, Brambilla L. *Funzionamento Personale e Sociale (FPS) in Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi (VADO)*. Trento: Erickson; 1999.
3. Corrigan PW, Liberman RP. *Behavior therapy in psychiatric hospital*. New York: Springer; 1994.
4. Falloon IRH. *Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria*. Trento: Erickson; 1994.
5. Ciompi L. Learning from outcome studies. Towards a comprehensive biological psychological understanding of Schizofrenia. *Schizofrenia Research* 1987;1:373-8.
6. de Girolamo G, Picardi A, Morosini PL, e Gruppo Nazionale PROGRES. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati preliminari della fase I del Progetto PROGRES. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2001;14(4):3-8.

7. Morosini P, Roncone R, Impallomeni M, *et al.* Adattamento italiano della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), versione 4.0 ampliata. *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1994;3(3):195-206.
8. Wing J, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). Research and Development. *British Journal of Psychiatry* 1996;172:11-8.
9. De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMCH). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102(Suppl.).
10. Bassi M. Il superamento degli ex Ospedali Psichiatrici in Italia: prospettive ed analisi dei processi. In: Scapicchio PL, Trabucchi M (Ed.). *I servizi psichiatrici nella Sanità riformata*. Bologna: Il Mulino; 1999.

# UNA FINESTRA SUL BUIO: I PRIMI TRE ANNI DEL PROGETTO MONITORAGGIO DIMISSIONI DALL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

Angelo Fioritti <sup>1</sup>, Vittorio Melega <sup>2</sup>, Elisa Ferrigni <sup>2</sup>, Paola Rucci <sup>3</sup>, Cristina Venco <sup>4</sup>, Anna Rosa Scaramelli <sup>2</sup>, Fabio Santarini <sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Programma Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Rimini*

<sup>2</sup> *DSM AUSL Città di Bologna*

<sup>3</sup> *Istituto di Psichiatria, Università di Pisa*

<sup>4</sup> *Azienda Ospedaliera "Poma", Mantova*

<sup>5</sup> *Liberio professionista, Rimini*

## Introduzione e obiettivi

Il Progetto MoDiOPG (Monitoraggio DImissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario) ha iniziato la sua fase operativa nel Giugno 1997 per esplorare la realtà dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), le sue connessioni con i servizi esterni e le sue potenzialità di cambiamento. Scopo dichiarato era quello di costituire una banca di dati statici e dinamici per documentare questa interfaccia del mondo psichiatrico con quello giudiziario e penitenziario, al fine di informare scientificamente possibili cambiamenti dell'assetto legislativo in materia. Nei primi tre anni sono stati raccolti dati sufficienti a documentare con una certa precisione:

- le caratteristiche cliniche, sociali e criminologiche della popolazione internata in OPG;
- una comparazione di queste caratteristiche con quelle della utenza omologa correntemente seguita dai servizi psichiatrici territoriali;
- una analisi dei fattori predittivi della durata di degenza in OPG, vale a dire, visto da altro punto di osservazione, del processo di *decision-making* sul rilascio da tale istituzione;
- una analisi degli esiti clinici, sociali e criminologici a 18 e 36 mesi della utenza dell'OPG, con particolare attenzione ai percorsi istituzionali ed alle recidive di comportamenti violenti.

## Metodi

Si tratta di uno studio di coorte, naturalistico, che ha valutato e seguito nel tempo l'intera popolazione di tre Regioni (Emilia Romagna, Toscana e Friuli-Venezia-Giulia), ricoverata presso gli OPG nazionali al 30.6.1997. Tale popolazione è risultata costituita da 118 soggetti, ad ognuno dei quali è stato abbinato un "controllo", appaiato per sesso, età, diagnosi e durata di malattia, seguito dai servizi psichiatrici territoriali ordinari. I due gruppi sono stati valutati alla data di inizio (*baseline assessment*) e seguiti con due follow-up a diciotto e trentasei mesi. Per una descrizione dettagliata degli strumenti di valutazione utilizzati si rimanda alle pubblicazioni scaturite dal progetto (1-6).

## Risultati

### Baseline assessment

Il 70,1% della popolazione internata aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante; il 42,4% era internato per omicidio ed il 32,2% per altri gravi reati contro la persona. Su 88 casi in cui era stato possibile raccogliere informazioni sulle vittime, queste erano costituite nel 44% dei casi da familiari, nell'11% da operatori sanitari, nel 26% da conoscenti o esercenti ruoli pubblici e nel 2% da sconosciuti. Nel 46% del campione vi era un'anamnesi positiva per abuso di sostanze, nel 21% per più sostanze. Il 32% del campione aveva avuto solo ricoveri volontari prima dell'ammissione in OPG, mentre il 69% aveva avuto uno o più ricoveri obbligatori. Il 61% era in trattamento presso un servizio psichiatrico pubblico al momento della commissione del reato. Alla comparazione con il gruppo di controllo emergeva che la coorte OPG aveva più bassi livelli di istruzione, tassi più elevati di abuso di sostanze, di ricoveri involontari e di reati precedenti. Il campione OPG presentava inoltre punteggi più elevati agli item sospettosità-ostilità della BPRS e punteggi più bassi negli item inerenti i sintomi negativi. Il campione OPG presentava anche profili più lievi di disabilità sociale, lavorativa e fisica.

### Follow-up, fattori predittivi della durata di degenza

Da analisi di sopravvivenza condotte sui singoli fattori sono emersi come predittori di durata di internamento il reato commesso (omicidio: tempo mediano di permanenza 706,6 settimane, rispetto alle 307,1 e 194,7 dei reati minori e delle lesioni; log-rank =31,8,  $p<0,001$ ), la durata preventivata della misura di sicurezza (RR=0,98, CI 95% 0,97-0,99,  $p<0,001$ ); la diagnosi di schizofrenia (621,9 settimane rispetto alle 389,9 settimane o meno delle altre diagnosi; log-rank = 5,83,  $p<0,01$ ); i disturbi del pensiero alla BPRS (RR=0,89, CI 98% 0,81-0,98,  $p<0,01$ ); OPG di internamento (314,6 settimane a Montelupo Fiorentino rispetto alle 706,6 di Reggio Emilia e alle 621,9 di Castiglione delle Stiviere; log-rank = 9,64,  $df=2$ ,  $p<0,001$ ). In un modello di regressione di Cox a più covariate solo il tipo di reato, la durata della misura di sicurezza e la diagnosi sono risultati significativi.

### Follow-up, percorsi istituzionali dopo la dimissione

Dopo 18 mesi il 53,4% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 39,8% era stata dimessa, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 4,2% era deceduta ed il 2,5% era in carcere: Tra i dimessi il 63,8% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, e solo il 29,8% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio. Dopo trentasei mesi il 35,6% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 55,1% era stata dimessa, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 5,1% era deceduta ed il 4,2% era in carcere. Tra i dimessi il 58,5% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, ed il 41,5% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio

A diciotto mesi 10 pazienti (8,5%) avevano commesso atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni; di questi, sei all'interno dell'OPG e quattro all'esterno. In 8 casi su 10 il gesto ha avuto conseguenze legali (denuncia, arresto, giudizio). Nello stesso periodo nel gruppo di controllo si erano verificati 14 atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni, ed in 2 casi su 14 si erano avute conseguenze legali (arresto, internamento in OPG).

## Follow-up, variabili cliniche

A diciotto mesi le differenze ai punteggi della BPRS tra soggetti e controlli tendevano a diminuire, sia che si trattasse di soggetti ancora internati sia di soggetti dimessi. A diciotto mesi non emergevano differenze significative tra il numero di ricoveri volontari ed obbligatori che i soggetti ed i loro controlli abbinati avevano eseguito (10 volontari ed 1 TSO rispetto a 12 volontari e 3 TSO rispettivamente).

## Discussione

Il progetto MoDiOPG ha documentato una realtà clinica ed istituzionale per molti versi finora dimenticata ed oggetto di considerazioni prevalentemente teoriche ed ideologiche. I dati che ha fornito possono essere utili come la base clinico-epidemiologica alla discussione politica e legislativa che si sta avviando.

È importante sottolineare a tal proposito come, anche basandosi su indicazioni provenienti da questa ricerca, il Ministero della Sanità abbia deciso di approvare e finanziare un progetto di ricerca-intervento, condotto dalle Regioni Toscana ed Emilia-Romagna, che prevede l'attivazione di una residenza protetta per pazienti in misura di sicurezza nel territorio dell'AUSL di Firenze e di un reparto aperto presso l'OPG di Reggio Emilia. Tali esperienze potranno documentare se alcuni suggerimenti che provengono dalla ricerca MoDiOPG sono realizzabili e con quali esiti.

Il progetto MoDiOPG ha infatti dimostrato come la popolazione degli OPG sia multiproblematica, con bisogni di salute e sociali difficili da soddisfare tramite gli attuali percorsi di presa in carico e di cura da parte dei servizi. Il fatto che i fattori preponderanti nel processo di rilascio dall'OPG siano quelli giudiziari, la debole componente sanitaria nel processo di cura all'interno dell'OPG, il carente collegamento con i servizi esterni, l'elevatissima quota di pazienti in strutture comunitarie a 18 e 36 mesi dall'uscita dall'OPG (a fronte di una disabilità minore dei soggetti OPG rispetto ai controlli), sono tutti elementi che depongono per la necessità di avviare un processo di revisione dei percorsi di cura, che non può basarsi esclusivamente sul coinvolgimento degli attuali servizi territoriali, ma deve prevedere la creazione di strutture a vari livelli di protezione in grado di garantire un sistema di cura e tutela sociale integrato nella rete dei servizi sanitari.

## Bibliografia

1. Fioritti A, Melega V, Scaramelli AR, Ferriani E, Rucci P, Santarini F, Venco C, Oggioni A. Violenza e malattia mentale: uno studio sulla popolazione di tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Il reo e il folle* 1999;9-10:137-48.
2. Fioritti A, Melega V. Il Progetto Mo.Di.O.P.G.: valutazione e follow-up di una popolazione internata in ospedale psichiatrico giudiziario. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.), *Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. pp 115-120. (Rapporti ISTISAN 00/12)
3. Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Scaramelli AR, Venco C, Santarini F. Crime and mental illness: an investigation of three italian forensic hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry* 2001;12(1):36-51.



4. Fioritti A, Melega V. Istituzioni e processi di cura per i pazienti psichiatrici autori di reato in Italia ed all'estero. *Noos* 1998;4(2):135-42.
5. Melega V, Neri G, Fioritti A. Violence in the mentally ill: can psychiatric services treat and prevent it? *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1999;9(1):12-5.
6. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I fattori predittivi della durata di degenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* (in corso di stampa).

# I COSTI DELLE STRUTTURE DEI DIMESSI DAGLI EX-OSPEDALI PSICHIATRICI DELLA REGIONE LAZIO

Mario Coi, Tommaso Losavio, Pompeo Martelli, Laura Piasini, Giulia Napolitano, Federico Spandonaro  
*Centro Studi e Ricerche ASL Roma E*

## Introduzione

La finalità della ricerca è quello di determinare il costo per l'assistenza dei pazienti dimessi, dopo il 1 gennaio 1995, dai 3 ex Ospedali Psichiatrici Pubblici della regione Lazio (1,2).

Oggetto dell'indagine sono state n. 15 strutture (n. 5 strutture residenziali CTR e n. 10 gruppi appartamento GA) con n. 121 ospiti presenti al momento della rilevazione, distribuiti in:

- strutture residenziali CTR ( assistenza sanitaria su 24 ore o inferiore o uguale a 12 ore) n. 69 ospiti, di cui n. 40 provenienti da ex-OP.
- gruppi appartamento GA (senza assistenza sanitaria giornaliera) n. 56 ospiti, di cui n. 46 provenienti da ex-OP .

Sono state escluse dal campo di indagine quelle strutture con pazienti, con altra patologia prevalente (es. geriatrica, RSA) e quelle ad esaurimento (destinate alla chiusura con il decesso o dimissioni dei pazienti).

## Metodologia

L'indagine è stata articolata in due fasi:

- *prima fase*  
Aggiornamento dei dati strutturali al 31.12.1999.
- *seconda fase*  
Rilevazione dei costi, realizzata tramite preliminare invio di moduli e successivi contatti telefonici e incontri con i responsabili delle strutture supportati dall'equipe incaricata della ricerca.

Sono stati rilevati i dati di costo ritenuti più significativi per le strutture analizzate, raggruppati come segue:

- **Personale:** è stata rilevata la numerosità del personale coinvolto per qualifica e le ore annue dedicate alla struttura analizzata; nelle ore suddette è compreso anche l'impegno in favore dei pazienti, ancorché non erogato all'interno della struttura.
- **Beni di consumo:** sono stati suddivisi in farmaci, presidi sanitari (bende, garze, ecc.), materiale economale (intendendo il materiale non sanitario utilizzato per lo svolgimento dell'attività). Anche in questo caso si è dovuto ricorrere all'activity based costing, valorizzando, ad esempio per i farmaci, le singole prescrizioni
- **Automezzi – Attrezzature – Mobili – Arredi:** si è rilevato il quantitativo e il costo storico dei principali immobilizzi, rilevando anche la data di acquisto ai fini dell'ammortamento. Si è inoltre rilevato l'onere per la manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni.

- Servizi clinici (diagnostica, laboratorio e visita specialistiche): raggruppa i servizi acquistati da ospedali, centri convenzionati e privati, per attività terapeutiche o di diagnostica per immagini o di laboratorio.
- Altri Servizi: riporta i costi sostenuti per l'acquisizione di prestazioni finalizzate alla riabilitazione dei pazienti, ovvero le spese sostenute per lo svolgimento di attività riabilitative in senso lato inoltre raggruppa tutti gli ulteriori servizi acquisiti, tipicamente per l'organizzazione di soggiorni estivi, ovvero l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali o in cliniche convenzionate.
- Costi generali di struttura e ospitalità: indica i costi sostenuti per il vitto, la lavanderia, le utenze, pulizia, benzina, assicurazioni, riscaldamento, locazione e altro. Infine è previsto il costo ribaltato delle voci di direzione (direttore generale, direttore sanitario).
- Finanziamento: riassume la provenienza delle entrate (a copertura dei costi) per tipologia di erogatore, ove possibile per destinazione (secondo le voci di costo sopra citate) quando esplicitamente previsto un vincolo

La rilevazione ha presentato notevoli difficoltà, soprattutto per i “Gruppo Appartamento”, i quali hanno una gestione che si potrebbe definire di tipo “familiare”, e sono prive di scritture contabili ufficiali, dalle quali evincere i dati necessari all'analisi.

I dati raccolti presentano quindi oggettivi limiti, che hanno reso necessario fare ricorso all'utilizzo di costi standard, data l'impossibilità di reperire i valori di alcune spese sostenute nelle strutture. In tali casi si è partiti dalla quantificazione delle risorse fisiche assorbite e dai costi standard delle stesse, procedendo alla successiva valorizzazione.

Per quanto concerne il costo medio del personale per qualifica, si è utilizzato il valore determinato dalla rilevazione effettuata presso le Comunità Terapeutiche (CTR) della AUSL RME, in quanto il *Dipartimento di Salute Mentale* è già attrezzato per effettuare tali tipologie di analisi.

In particolare i valori di riferimento utilizzati sono i seguenti:

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| • Medici             | 66.053 lire/h |
| • Psicologi          | 56.965 lire/h |
| • Infermieri         | 29.118 lire/h |
| • Assistenti Sociali | 28.399 lire/h |
| • Ausiliari          | 24.639 lire/h |
| • Alberghieri        | 20.406 lire/h |
| • OTA ed educatori   | 29.118 lire/h |

Il costo dei farmaci è stato calcolato tramite i consumi di quelli di classe A, B e C per le CTR, e A e B per i Gruppi Appartamento. È stato possibile considerare soltanto i farmaci psichiatrici, in quanto i dati sul consumo di altri farmaci risultano di difficile reperimento.

Le strutture hanno fornito i consumi giornalieri o mensili (espressi in numero di compresse, fiale, ecc.), i cui costi sono stati stimati sulla base del Prontuario Farmaceutico del Ministero della Sanità, applicando un abbattimento del 50% sui prezzi.

Stessa procedura è stata disposta per i costi dei servizi clinici (analisi, diagnostica, visite ambulatoriali, ecc.), valorizzati sulla base del nomenclatore ministeriale delle prestazioni ambulatoriali.

Non sono state fornite indicazioni sul costo dell'attività riabilitativa acquistata esternamente alle strutture e non si è considerata la voce costi generali di struttura, in quanto la maggior parte delle strutture non hanno fornito dati attendibili.

# Risultati

## Strutture residenziali

I dati di costo del personale delle n. 5 CTR esaminate risultano fortemente variabili, si passa da un costo per paziente l'anno di 128.000.000 lire a solo 15.000.000 lire. Tali differenze sono imputabili al diverso numero di ore di assistenza sanitaria e dall'attività di formazione lavorativa svolta dai pazienti. Il dato risulta omogeneo solo per le due strutture appartenenti alla medesima ASL, in cui il costo del personale per anno/paziente raggiunge quasi 60.000.000 lire.

Anche i dati relativi ai beni di consumo non risultano omogenei, oscillando da 1.900.000 lire a circa 118.000 lire di costo per anno/paziente. Paradossalmente i dati di costo più elevati, sono presenti nelle due strutture che, con riferimento al personale, presentano rispettivamente i valori massimo e minimo. Per queste due strutture il dato di costo medio è di 1.900.000 lire per paziente. Nelle altre tre invece, il costo medio anno/paziente, è di circa 300.000 lire.

Analizzando complessivamente i costi diretti (personale e beni di consumo) emerge come la maggior parte sia costituita dal personale, con un'oscillazione che va dal 89% al 100%.

Solo tre strutture hanno fornito indicazioni sui servizi clinici. I dati risultano fortemente disomogenei passando da 118.000 lire annue per paziente (CTR appartenenti allo stesso DSM), ad un costo sei volte inferiore di 15.667 lire per paziente/anno.

Gli unici servizi acquistati sono i soggiorni estivi. Tuttavia le informazioni di costo risultano incomplete o disomogenee pertanto non elaborabili.

Tutte le entrate per le CTR provengono dalla AUSL: solo nel caso di una struttura i pazienti contribuiscono alle spese coprendo il 2% della spesa totale. Trascurabile è la quota dei costi sostenuti dal Comune per i soggiorni estivi.

## Gruppi appartamento

I dati del personale presentano una certa oscillazione che va dal 52.000.000 lire alle 2.800.000 lire circa anno/paziente, in parte giustificata dalla presenza di due realtà "anomale", in quanto una struttura presenta caratteristiche di tipo residenziale, mentre sull'altra gravano ancora i costi di avvio (1999).

Solo otto strutture hanno fornito il dato di costo dei beni di consumo. Il costo medio annuo per paziente è di 647.000 lire circa, tuttavia va tenuto presente che due strutture presentano valori ben al di sopra della media, con 1.300.000 lire circa e ben al di sotto con 321.000 lire.

Analizzando complessivamente i costi diretti (personale e beni di consumo) emerge come la maggior parte sia costituita dal personale che presenta un costo medio annuo pari al 92%, con una oscillazione che varia dal 73% al 100%.

Solo cinque strutture hanno fornito i dati di costo dei servizi clinici il cui costo medio annuo per paziente è di circa 75.000 lire.

I soggiorni estivi presentano un dato di costo medio annuo per paziente pari a 1.000.000 lire circa. Tuttavia la partecipazione alla spesa da parte degli ospiti e del Comune avviene con forme e modalità differenti.

Non esiste un criterio unico di finanziamento dei GA le cui fonti sono sostanzialmente tre: pazienti, AUSL e Comune, ma la loro ripartizione è variabile.

La AUSL provvede al personale per l'assistenza sanitaria, ma in alcuni casi si fa carico in tutto o in parte anche dei costi generali.

**Tabella 1. Risultati**

Costo medio annuo per paziente	Struttura residenziale		Gruppo appartamento	
	lire	%	lire	%
Personale	59.116.363	62	21.586.100	38
Beni di consumo	943.381	1	647.510	1
Soggiorni estivi	1.200.000	1	1.200.000	2
Gestione struttura	33.872.000	36	33.872.000	59
<b>Totale</b>	<b>95.131.744</b>		<b>57.305.610</b>	

Il Comune eroga parte dei fondi per i soggiorni estivi e, quando si fa carico dell'assistenza domiciliare, la quota percentuale di partecipazione sale sino al 63%. Si segnala l'eccezione di una struttura ove il Comune stanziava, per la copertura dei costi generali, stanziava la somma di 92.000 lire al giorno per paziente, che viene utilizzata dalla AUSL per acquistare i servizi di una cooperativa privata. Tale stanziamento costituisce il 71% delle erogazioni di tale struttura, per cui essa non necessita di finanziamento da parte dei pazienti.

I pazienti, in genere, partecipano al costo della struttura ospitante per un ammontare che varia dal 14 al 74% quando debbono pagare l'assistenza domiciliare.

## Discussione

Le patologie dei pazienti ospiti nelle strutture risultano essere tutte di gravità alta o in alcuni casi altissima. Tuttavia non essendo stato possibile svolgere una indagine sulla qualità di assistenza erogata non è stato possibile evidenziare alcun nesso tra la distribuzione delle patologie e le differenze di costo. Inoltre, trattandosi per lo più di pazienti cronici, l'assistenza tende ad "appiattirsi" sul controllo della malattia più che "specializzarsi" sulla singola patologia.

Si sarebbe raggiunto un risultato più significativo se fosse stato possibile classificare i pazienti in base al loro grado di autonomia e correlare questa all'assorbimento di risorse.

Il personale è la voce di costo che incide maggiormente, tuttavia non emerge dai dati raccolti, quale sia la strategia allocativa delle risorse infatti, anche all'interno di uno stesso DSM, emergono forti discrasie fra una struttura e l'altra, che non trovano immediato riscontro nelle caratteristiche dei pazienti ospiti.

Al fine di disporre di un'indicazione sul costo assistenziale per singolo paziente ex-OP, si è provato a calcolare il costo medio desumibile dai dati raccolti, adottando un livello di servizio "medio" o "tipico".

Le principali ipotesi adottate sono le seguenti.

Il costo medio annuo per paziente del personale è pari alla media dei costi per paziente, rilevati nelle singole strutture. Stessa procedura è stata applicata per il calcolo del costo medio annuo per paziente per beni di consumo.

Si sono previsti soggiorni estivi di 15 giorni, con un costo giornaliero aggiuntivo di 80.000 lire.

Per i costi generali di struttura si è adottato come standard la somma erogata dal Comune alla struttura Gruppo Appartamento "RME-Via Germanico", pari a 92.800 lire per paziente al giorno.

È stata elaborata una simulazione di costo per l'erogazione dell'assistenza/ospitalità per paziente/anno, data la cronicità.

## Conclusioni

Il livello di servizio è fortemente difforme fra le strutture, senza che emergano spiegazioni ovvie di tale fenomeno; spesso l'unica giustificazione delle discrasie è nella disponibilità o meno delle figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

Per i GA, subentra un'ulteriore confusione sulla natura degli stessi, che pur coinvolgendo direttamente le AUSL e i Comuni, non presentano elementi di chiarezza in merito alla loro gestione e controllo.

Nessuna struttura sembra attrezzata organicamente per valutare il proprio costo, malgrado si tratti di servizi con una struttura organizzativa molto semplificata di tipo "familiare", né emerge una regola sulla suddivisione degli oneri fra AUSL, Comune e Pazienti. Contribuisce ad aumentare il livello di confusione l'assenza di un unico referente in termini di responsabilità gestionali-amministrative.

Altro elemento che emerge è la pressoché totale assenza di programmi concreti di reinserimento, forse dovuta alla cronicità dei pazienti/ospiti ex-OP.

Sembra quindi necessario ripartire da una definizione condivisa dei percorsi terapeutici ed assistenziali ritenuti corretti o compatibili con la tipologia di pazienti ospiti delle strutture, provvedendo quindi in successione a valutarne l'onere e la sua suddivisione fra i vari livelli istituzionali.

Quest'ultima osservazione sembra fondamentale, ancor più che per fattori di mera efficienza allocativa, in termini equitativi, per effetto dei difformi oneri addossati agli ospiti e/o le famiglie.

## Bibliografia

1. Losavio T, Martelli P, Napoletano G, *et al.* Analisi degli ex-degenti degli Ospedali Psichiatrici, il loro rapporto con i servizi di salute mentale e la valutazione degli interventi riabilitativi sul territorio. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/12).
2. Losavio T, Martelli P, Napoletano G, *et. al.* Analisi degli ex-degenti degli Ospedali Psichiatrici, il loro rapporto con i servizi di salute mentale e la valutazione degli interventi riabilitativi sul territorio. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2000;CXXIV(2).

# TRATTAMENTO E DECORSO DEI DISTURBI DEPRESSIVI IN AMBIENTE SPECIALISTICO

Paolo Pasquini <sup>1</sup>, Giovanni Fassone <sup>1</sup>, Paolo Pancheri <sup>2</sup>, Massimo Biondi <sup>2</sup>, Paola Gaetano <sup>2</sup>, Valeria Trincia <sup>2</sup>, Angelo Picardi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento di Epidemiologia e Psicologia Clinica, Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI-IRCCS, Roma*

<sup>2</sup> *III Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma*

<sup>3</sup> *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## Introduzione e obiettivi

I disturbi depressivi sono frequenti, presentano non trascurabili valenze disabilitanti e si associano ad una significativa compromissione del funzionamento psicosociale (1-3). Va anche sottolineato che le ricadute della depressione sono assai più frequenti di quanto non si ritenga comunemente, con un quarto dei soggetti che va incontro ad una recidiva entro un anno, proporzione che sale ad oltre tre quarti a distanza di dieci anni dall'episodio indice (4). Ulteriore fonte di preoccupazione è il fatto che non è raro che il disturbo vada incontro a cronicizzazione. La distimia è, per definizione, una patologia di lunga durata, e nel 10-25% dei casi gli episodi di depressione maggiore possono prolungarsi per oltre due anni (4,5).

Sebbene l'adeguatezza del trattamento sia una delle variabili importanti rispetto al decorso, a molti pazienti depressi non viene consigliato alcun trattamento, o vengono prescritte dosi inadeguate di farmaci (6). In Italia, uno studio su un campione casuale della popolazione di Roma ha messo in luce un'insufficiente durata del trattamento nel 44% dei soggetti che avevano ricevuto una prescrizione di antidepressivi da medici di medicina generale o specialisti (7).

In termini di sanità pubblica, è quindi molto importante studiare i determinanti di esito dei disturbi depressivi, in relazione sia alle caratteristiche del paziente, sia alle variabili legate al disturbo e al suo trattamento. Tuttavia, in Italia solo raramente è stato effettuato un prolungato follow-up di pazienti depressi. Uno studio del gruppo di Maj ha confermato le frequenti ricadute e la possibile cronicizzazione (8).

La prima fase di questo studio, condotta su pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore afferenti ad un ambulatorio specialistico, ha avuto come principale obiettivo la valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti farmacologici, sia effettuati presso una struttura specialistica che precedenti al contatto con tale struttura. La seconda fase dello studio si propone di acquisire una serie di informazioni sul decorso dei disturbi depressivi in una popolazione di pazienti afferenti ad una struttura specialistica. Obiettivi specifici sono la valutazione dell'appropriatezza dei profili prescrittivi e l'identificazione delle variabili associate al decorso e agli esiti.

## Metodi

Il disegno della prima fase dello studio è stato retrospettivo. Sono state esaminate le cartelle cliniche di tutti i pazienti accettati per una prima visita presso un ambulatorio specialistico universitario tra giugno 1991 e maggio 1995, selezionando i pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore secondo i criteri del DSM-III-R o DSM-IV. Sono stati raccolti i dati relativi a sesso,

età, comorbidità, storia clinica, trattamenti farmacologici precedenti e loro adeguatezza, trattamento farmacologico prescritto, efficacia, effetti indesiderati, aderenza stimata alle prescrizioni, eventuali successivi contatti con l'ambulatorio ed interruzioni non concordate del trattamento.

Il disegno sperimentale della seconda fase è prospettico, e prevede l'arruolamento di una coorte di pazienti affetti da un disturbo depressivo secondo i criteri del DSM-IV accettati per una prima visita dal medesimo ambulatorio specialistico, l'osservazione longitudinale per 12 mesi in occasione di ogni successivo contatto, ed una valutazione di follow-up a due anni. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono i seguenti: scheda di raccolta dati sociodemografici e clinici; Hamilton Depression Rating Scale; Scala Valutazione Rapida Dimensionale (SVARAD); Valutazione Globale del Funzionamento (VGF); Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In occasione del follow-up, verranno raccolte informazioni sulle seguenti variabili: funzionamento psicosociale; presenza di sintomi depressivi; decorso del disturbo, in particolare numero, gravità, durata e trattamento di eventuali episodi depressivi; eventuali gesti autolesivi; trattamento in atto e pregresso; motivazioni di un eventuale *drop-out*; contatti con altre strutture.

## Risultati

I risultati della prima fase sono già stati descritti dettagliatamente in precedenti contributi (9,10), e vengono qui riassunti brevemente. Sono stati raccolti dati relativi a 253 pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore (150 donne e 103 uomini, età media 46,5 anni). Di questi, 164 si erano già rivolti al medico di medicina generale o ad altra struttura, e il 70% circa era stato trattato in modo inadeguato, rispetto al profilo prescrittivo (assenza di antidepressivo; associazione di due antidepressivi della stessa classe; associazione di TCA e IMAO irreversibile; più di tre psicofarmaci prescritti; due o più neurolettici o benzodiazepine prescritte, in associazione o meno con un antidepressivo) o al dosaggio dei farmaci antidepressivi. Ad esempio, il 35% (n=57) aveva ricevuto una prescrizione nella quale non era presente un antidepressivo (in genere una benzodiazepina da sola o in associazione, talvolta un neurolettico), ed il 34% aveva ricevuto dosi inadeguate di antidepressivi triciclici. A questo proposito, va osservato che più dell'80% dei soggetti trattati con antidepressivi triciclici (TCA) aveva ricevuto una dose inferiore a quella minima comunemente ritenuta efficace.

Presso la struttura specialistica, solo il 9% dei profili prescrittivi è risultato inadeguato; inoltre, nel 5,4% dei casi è stata prescritta una dose di TCA inferiore a 50 mg/die. Complessivamente, al 66% dei pazienti è stato prescritto un TCA, al 14% un SSRI, al 10% un IMAO, al 4% un altro antidepressivo. Le benzodiazepine sono state utilizzate nel 45% dei casi. La politerapia (prescrizione di 3 o più farmaci) è risultata rara (10% dei casi). L'esito del trattamento è risultato generalmente mediocre: un decorso pienamente soddisfacente è stato osservato solo nel 23% dei casi, ed il 67% dei pazienti è andato incontro a drop-out, nel 31% dei casi immediatamente dopo la prima visita.

Per quanto concerne la seconda fase dello studio, si è da poco concluso l'arruolamento. Sono stati reclutati 135 soggetti (82 femmine e 53 maschi, età media 44,6 anni). Di questi, 69 hanno ricevuto diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, 46 di Disturbo Distimico, 9 di Disturbo depressivo NAS, 11 di Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso. Tutti hanno fornito il loro consenso informato ad essere ricontattati per la valutazione di follow-up.

Non essendosi ancora concluso il primo periodo di osservazione longitudinale di 12 mesi, al momento non sono ancora disponibili dati prospettici. L'esame dei profili prescrittivi ha mostrato che 71 pazienti (53%) si erano già rivolti al medico di medicina generale o ad altra



struttura. Di questi, 29 (41%) erano stati trattati in modo inadeguato, e in particolare a 20 pazienti (28%) non era stato prescritto un antidepressivo. Inoltre, 6 pazienti (8%) avevano ricevuto una dose inappropriata di TCA. Presso la struttura specialistica, solamente il 7% dei profili prescrittivi è risultato inadeguato. Complessivamente, al 53% dei pazienti è stato prescritto un SSRI, al 32% un TCA, al 13% un altro antidepressivo, e solo al 2% un IMAO. L'impiego delle benzodiazepine è risultato contenuto (31% dei casi).

## Conclusioni

Questi dati evidenziano che la gestione dei disturbi depressivi nell'ambito della medicina generale non è ottimale, e che anche la pratica ambulatoriale specialistica appare migliorabile. Appare quanto mai opportuno mettere a punto e diffondere delle linee guida per il trattamento della depressione ufficialmente riconosciute a livello nazionale. Per quanto riguarda l'osservazione longitudinale dei pazienti, le informazioni che saranno disponibili al termine dello studio potranno essere preziose per orientare le scelte di politica sanitaria e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti depressi.

## Bibliografia

1. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, *et al.* The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:163-78.
2. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, *et al.* The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association* 1989;262:914-9.
3. Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *Journal of the American Medical Association* 1994;272:1741-8.
4. Piccinelli M, Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:297-304.
5. Angst J. A regular review of the long term follow-up of depression. *British Medical Journal* 1997;315:1143-6.
6. Keller MB. Undertreatment of major depression. *Psychopharmacology Bulletin* 1990;24:75-80.
7. Arpino C, Da Cas R, Donini G, Pasquini P, Raschetti R, Traversa G. Use and misuse of antidepressant drugs in a random sample of the population of Rome, Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;92:7-9.
8. Maj M, Vetro F, Pirozzi R, Lobracc S, Magliano L. Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:795-800.
9. Di Giuseppe P, Fassone G, Biondi M, Ferrigno L, Mazzotti E, Pasquini M, Pasquini P. Treatment of Major Depressive Disorder in primary care in Rome, Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1998;34:469-72.
10. Fassone G, Picardi A, Pasquini M, Di Giuseppe P, Biondi M, Pancheri P. Trattamento ambulatoriale del disturbo depressivo maggiore in ambiente specialistico: Osservazione longitudinale di una coorte di 253 pazienti. *Rivista di Psichiatria* 1999;34:300-9.

# STUDIO MULTICENTRICO SULLE REAZIONI AVVERSE DA PSICOFARMACI

Giovanni Muscettola <sup>1</sup>, Giuseppe Barbato <sup>2</sup>, Margherita Casiello <sup>1</sup>, Ferdinando Colasanti <sup>1</sup>, Gianluca Ficca <sup>2</sup>, Maria Teresa Fichele <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università Federico II, Napoli*

<sup>2</sup> *Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli*

## Obiettivi

Negli ultimi anni a fronte dell'introduzione di nuove classi di psicofarmaci (SSRI, SNRI, antipsicotici atipici) e di mutate strategie terapeutiche (trattamenti di mantenimento a lungo termine e a dosaggi elevati), poco è cambiato nella valutazione delle reazioni avverse e la letteratura di riferimento è spesso relativa a dati rilevati in paesi con specifici stili terapeutici e su campioni selezionati di pazienti (studi controllati con definizioni restrittive del gruppo di pazienti).

Inoltre la valutazione degli effetti avversi è fortemente influenzata dalla modalità in cui essa è effettuata (1). In due studi ad esempio condotti attraverso l'analisi delle cartelle cliniche e le informazioni raccolte dai medici, la prevalenza di discinesia tardiva era dell'1,2 e del 2% (2,3), mentre uno studio su gruppi comparabili di pazienti condotto utilizzando una scala standardizzata per la valutazione della discinesia tardiva e criteri diagnostici definiti, portava ad una prevalenza del 19,1% (4).

Scopo del presente studio è stato di rilevare l'incidenza ed i fattori di rischio delle reazioni avverse associate al trattamento con psicofarmaci psicotropi. Accanto alle valutazioni obiettive sono state introdotte nello studio scale di valutazioni soggettive, particolare rilievo è stato rivolto alle reazioni avverse di tipo neurologico (effetti extrapiramidali, discinesia tardiva e acatisia), agli effetti sulla funzione sessuale e alla compliance al trattamento.

## Metodi

Studio epidemiologico di incidenza multicentrico (durata complessiva del reclutamento: 24 mesi). Sono confrontate le occorrenze di reazioni avverse associate al trattamento con farmaci antidepressivi e antipsicotici di prima e seconda generazione (antidepressivi eterociclici vs inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina e neurolettici tipici vs neurolettici atipici).

## Strumenti

Le valutazioni obiettive hanno riguardato: Reazioni avverse (riferite e valutate), Abnormal Involuntary Movement Scale, Scala modificata di Simpson-Angus (NRS), Scala di Barnes per l'Acatisia.

Le valutazioni soggettive hanno riguardato: Scala a 10 punti del Drug Attitude Inventory, Scala di Autovalutazione degli effetti collaterali da psicofarmaci, Questionario di autovalutazione degli effetti sessuali.

**Tabella 1. Reclutamento dei casi.**

Centro	Protocollo	
	Antidepressivi	Antipsicotici
Verona	38	17
Napoli	10	10
Milano	41	47
L'Aquila	43	34
Catanzaro	50	28
Pisa	80	20
Torino	70	2
Roma	63	8
Roma-ASL	11	5
Cagliari	11	10
Trieste	50	41
<b>Totale</b>	<b>467</b>	<b>222</b>

Le valutazioni sono state effettuate per i pazienti drug-free al punto 0, corrispondente all'entrata nel protocollo di studio, dopo 30 giorni (punto 1), dopo 60 giorni (punto 2) e dopo 90 giorni (punto 3) (punti 0-3: reazioni avverse a breve termine) ; per i pazienti già in trattamento le valutazioni sono state effettuate al punto 3, dopo 180 giorni (punto 4) e dopo 360 giorni (punto 5) (punti 3-5: reazioni avverse a lungo termine).

### **Analisi statistica**

L'analisi statistica multivariata confronterà gli effetti avversi nei due gruppi di trattamento: (antidepressivi eterociclici vs inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina e neurolettici tipici vs neurolettici atipici). Saranno inoltre impiegate tecniche statistiche non parametriche che pongano a confronto i gruppi di trattamento ai differenti tempi e analizzate le concordanze tra le variabili relative all'autovalutazione e alla valutazione obiettiva.

## **Risultati**

Il reclutamento dei casi si è concluso il 22 dicembre 2000. Nella Tabella 1 sono riportati i casi reclutati nei differenti centri.

## **Discussione**

Da una analisi preliminare dei dati si conferma un differente profilo di reazioni avverse nei differenti gruppi di trattamento. Tra i dati rilevati risultano la progressiva riduzione nell'utilizzazione dei composti di prima generazione (soprattutto antidepressivi), con un 15-20 % di utilizzo rispetto al totale dei casi trattati, e una elevata frequenza riferita all'autovalutazione di reazioni avverse relative alla funzione sessuale. Basse risultano essere le frequenze relative all'occorrenza di discinesia tardiva.

Tra i dati generali va sottolineato che il carattere multicentrico dello studio ha permesso la diffusione di metodologie di valutazione delle reazioni avverse. Prodotti dello studio utilizzabili per la programmazione e la realizzazione di futuri studi sulle reazioni avverse sono: le "Scale di

valutazione delle Reazioni avverse (riferite e valutate)”, la “Scala di Autovalutazione degli effetti collaterali da psicofarmaci”, e le versioni italiane del “Questionario di autovalutazione degli effetti sessuali” e della “Scala ridotta (a 10 punti) del Drug Attitude Inventory”. Nei centri con attività didattica gli strumenti impiegati nello studio sono stati utilizzati nel processo di formazione degli specialisti in psichiatria.

## Centri partecipanti

Lo studio epidemiologico è stato svolto nelle seguenti strutture di assistenza psichiatrica: Clinica Psichiatrica, Università di Trieste (Prof. Aguglia, Dr. Anzallo, Dr. De Gennaro); Clinica Psichiatrica, Università di Torino (Prof. Bogetto, Dr. Vaschetto, Dr. Vitalucci); Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari (Prof. Carpiniello, Dr. Zedda); Clinica Psichiatrica, Università di L’Aquila (Prof. Casacchia, Dr. Arduini, Dr. De Risio); Clinica Psichiatrica, Università di Pisa (Prof. Cassano, Dr. Piccinni); Clinica Psichiatrica, Università di Catanzaro (Prof. Amati, Dr. De Fazio, Dr. Puca); Clinica Psichiatrica, Università di Roma La Sapienza (Prof. Pancheri, Dr. Brugnoli, Dr. Palma, Dr. Quartini); Istituto di Psichiatria, Seconda Università di Napoli (Prof. Maj, Dr. Fabrazzo); Istituto S. Raffaele, Milano (Prof. Smeraldi, Dr. Cavallaro, Dr. Zanardi); Istituto di Psichiatria, Università di Verona (Prof. Bellantuono, Dr. Abbate); Servizio Psichiatrico, ASL 4, Torino (Dr. Munizza, Dr. D’Onofrio), Servizio Psichiatrico, ASL Roma 1 (Dr. Balbi, Dr. Brogna).

## Bibliografia

1. Barbato G, Muscettola G. La sperimentazione clinica in psicofarmacologia. In: Bellantuono C, Balestrieri M (Ed.). *Gli psicofarmaci. Farmacologia e terapia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1997. pp. 51-69.
2. Muscettola G, Casiello M, Bollini P, Sebastiani G, Pampallona S, Tognoni G. Pattern of therapeutic intervention and role of psychiatric settings: a survey in two regions of Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;75:55-61.
3. Muscettola G. Epidemiologia degli interventi terapeutici e dei rischi dei trattamenti neurolettici. In: *Progetto finalizzato CNR "Medicina preventiva e riabilitativa"*. Roma: CNR;1986. pp. 114-6.
4. Muscettola G, Pampallona S, Barbato G, Casiello M, Bollini P. Persistent tardive dyskinesia: demographic and pharmacological risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87:29-36.

# UN APPROCCIO COMPOSITO ALLA TERAPIA DELLA DEPRESSIONE. UNO STUDIO RANDOMIZZATO MULTICENTRICO

Carmine Munizza, Giuseppe Tibaldi, Paola Bollini, Sandro Pampallona, Bruce Kupelnick  
*Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (CSRP)*

## Introduzione

Il trattamento ambulatoriale della depressione, nei contesti specialistici come nella medicina generale, si fonda nella maggior parte dei casi sui farmaci antidepressivi, sia tradizionali che di nuova generazione. Diversi studi clinici controllati hanno dimostrato una sostanziale equivalenza dei farmaci antidepressivi (triciclici, inibitori del reuptake della serotonina, anti-MAO, ecc.) in termini di efficacia clinica (1-4). Il trattamento della depressione rimane però ancora insoddisfacente, sia in termini di trattamento farmacologico che di gestione complessiva del paziente, della famiglia e del contesto sociale. Una recente meta-analisi condotta dal Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (5) ha evidenziato che nel 30% dei pazienti il trattamento antidepressivo viene interrotto prematuramente. Tali interruzioni sono da attribuirsi essenzialmente agli effetti collaterali dei farmaci ed ad un intervallo di tempo spesso troppo lungo per il paziente tra l'inizio della terapia e le prime manifestazioni di efficacia farmacologica. Inoltre, l'evidenza scientifica disponibile risulta significativamente influenzata dalle limitazioni di disegno, conduzione e valutazione della maggioranza degli studi randomizzati fino ad ora realizzati. Come per la schizofrenia, anche per la depressione la gran parte degli studi si è limitata a valutare approcci mono-terapeutici, con una sottovalutazione frequente delle variabili di contesto.

Il progetto di ricerca ha come obiettivo principale quello di valutare, per mezzo di uno studio multicentrico controllato, se una strategia di interventi complementari a quello farmacologico possa recuperare la maggior parte di quel 30% di pazienti che attualmente non beneficia del trattamento farmacologico, per una precoce interruzione dello stesso (tenendo presente che in un altro 20% il farmaco non produce effetti terapeutici).

## Metodi

In una prima fase è stata compiuta una revisione approfondita degli studi clinici randomizzati sulla depressione che avessero l'adesione al trattamento come esito primario, delle revisioni qualitative sulle misure da adottare per aumentare l'adesione, e degli studi clinici randomizzati che prevedessero una comparazione tra un farmaco antidepressivo ed uno o più interventi non farmacologici. Sono inoltre in corso di realizzazione dei focus groups con pazienti depressi, con i loro familiari e con operatori dei Centri di Salute Mentale (CSM), realizzati in tre DSM di Torino e provincia, ed un'indagine conoscitiva campionaria su scala nazionale per ottenere un'immagine dettagliata dell'approccio al problema dell'adesione al trattamento presso i CSM italiani. Le evidenze raccolte verranno discusse in un incontro con esperti nazionali ed internazionali per portare a termine la stesura del protocollo della sperimentazione.

## Risultati

Dalla revisione quantitativa dei 32 studi (14 randomizzati, 3 non randomizzati, 14 descrittivi, 1 meta-analisi) sugli interventi finalizzati al miglioramento dell'adesione al trattamento risulta difficile estrarre indicazioni che permettano di individuare degli interventi efficaci. I 16 articoli di revisione della letteratura dedicati all'adesione al trattamento con gli antidepressivi suggeriscono d'altra parte che molte delle indicazioni proposte sono solo parzialmente basate sull'evidenza quantitativa disponibile. I 67 studi clinici con almeno un braccio di intervento rappresentato da una terapia non-farmacologica non forniscono ulteriori spunti per la scelta di interventi capaci di migliorare l'adesione al trattamento. L'indagine conoscitiva e i focus group forniranno risultati nei prossimi mesi:

- Patient compliance in the treatment of depression. A failed meta-analysis  
Articolo accettato per la pubblicazione dal *British Journal of Psychiatry*, sulla revisione quantitativa dei 32 studi (14 randomizzati, 3 non randomizzati, 14 descrittivi, 1 meta-analisi) sugli interventi finalizzati all'adesione al trattamento e sui fattori associati ad essa. Dalla revisione della letteratura risulta difficile estrarre indicazioni coerenti ed affidabili che permettano di scegliere e realizzare degli interventi efficaci.
- A review of recommendations to improve compliance in depression  
Articolo, inviato al *Journal of Affective Disorders*, sulla revisione della letteratura qualitativa (16 articoli) sulla compliance agli antidepressivi. Questo lavoro evidenzia che molte delle direttive attuali sulla compliance agli antidepressivi sono basate solo parzialmente su chiare evidenze quantitative. Vengono estesi al trattamento della depressione molti interventi che derivano da esperienze fatte in altre branche della medicina, considerando però una gamma di interventi molto ridotta rispetto alle opzioni disponibili.

### Revisione degli studi randomizzati sugli interventi non-farmacologici

Sono stati individuati e rivalutati criticamente 67 studi clinici che prevedevano la valutazione di un intervento non-farmacologico in almeno una delle braccia dello studio e che non avessero l'adesione, ma la risposta al trattamento come esito principale. Questa revisione mette in luce una fortissima varietà di interventi terapeutici (prevalentemente psicologici e/o psicoterapici, si veda la Tabella 1), ma non fornisce ulteriori spunti per la scelta di interventi sicuramente efficaci nel produrre più elevati livelli di adesione. Al termine del riesame critico di questi studi verrà preparato un articolo da sottoporre ad una rivista internazionale.

**Tabella 1. Interventi non-farmacologici nel trattamento della depressione valutati in 67 studi clinici randomizzati controllati**

Categoria	Intervento	n. braccia
Psicoterapia	Cognitiva	47
	Interpersonale	17
	Strutturata, in gruppo	4
	Non specificata	7
	Altre forme	27
Educazione	Soluzione dei problemi	5
	Addestramento di abilità specifiche	5
	Altre forme	4
Interventi somatici	Rilassamento, esercizi aerobici,..	7
Gestione paziente	Visite ripetute, centro diurno, ecc.	4
Altre		2

## Indagine conoscitiva

Da effettuare presso un campione rappresentativo di servizi psichiatrici (in tutta Italia) con lo scopo di individuare necessità attuali ed eventuali attività esistenti legate all'adesione al trattamento. Essa appare necessaria per pianificare uno studio che tenga conto sia dei reali problemi che delle soluzioni eventualmente adottate, affinché si evitino conflitti con gli interventi previsti.

La valutazione avverrà su due livelli:

- intervista strutturata telefonica (quanti ospedalizzati, se l'adesione al trattamento viene considerata un problema, a cosa si fa riferimento, come si misura, ecc.);
- descrizione prospettica dei nuovi casi per un mese indice.

Verrà seguita una metodologia rigorosa, che rispetti i criteri riconosciuti a livello scientifico, per poter utilizzare il materiale raccolto ai fini di una pubblicazione.

## Focus groups

La metodologia dei "focus groups" permette una discussione strutturata con gruppi di pazienti, di familiari e di operatori psichiatrici allo scopo di ottenere il loro rispettivo punto di vista sui temi legati all'adesione al trattamento. Tale approccio è trascurato nella letteratura, che non riporta quasi mai informazioni al riguardo. Per questioni strettamente logistiche si prevede di realizzare tale studio principalmente in Piemonte e con l'ausilio di alcune associazioni di familiari di pazienti depressi. Anche in questo caso il lavoro da svolgere seguirà quindi una metodologia standardizzata.

## Bibliografia

1. Anderson IM, Tomenson BM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *British Medical Journal* 1995;310:1433-8.
2. Anderson IM. SSRIs versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Depression and Anxiety* 1998;7(Suppl 1):11-7.
3. Steffens DC, Krishnan KR, Helms MJ. Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depression and Anxiety* 1997;6:10-8.
4. Montgomery SA, Kasper S. Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology* 1995;9:33-40.
5. Bollini P, Pampallona S, Tibaldi G, *et al.* Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:297-303.

# PROGETTO SUPREMA. STUDIO SULL'UTILIZZAZIONE E LA PRESCRIZIONE IN MEDICINA GENERALE DEGLI ANTIDEPRESSIVI

Matteo Balestrieri <sup>1</sup>, Cesario Bellantuono <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Udine*

<sup>2</sup> *Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona*

## Introduzione

Il medico di medicina generale (MMG) gestisce la maggior parte dei pazienti con disturbi depressivi. Solo un terzo di tali pazienti viene però correttamente identificato e soltanto il 10% di essi riceve una terapia farmacologica appropriata (1,2). Inoltre, è stato dimostrato che la vendita di farmaci antidepressivi (AD) in Italia è aumentata di più di una volta e mezza nell'ultimo decennio, ma senza benefici per la salute pubblica (3). Il Piano Sanitario Nazionale sottolinea la necessità di attuare un piano di formazione e aggiornamento delle metodiche diagnostiche, degli interventi farmacologici e delle strategie di intervento integrato secondo i principi della *Evidence Based Medicine*. Questo progetto ha lo scopo di valutare l'intervento farmacologico nella MG in base a tali principi.

## Obiettivi

Gli obiettivi dello studio sono quelli di ottenere informazioni di tipo quantitativo e qualitativo sull'appropriatezza della prescrizione e sui pattern di utilizzo dei farmaci antidepressivi nella MG. Obiettivi specifici sono i seguenti:

1. Analizzare la prevalenza (2 settimane) e la gravità dei disturbi depressivi nella MG;
2. Valutare la morbilità cospicua, vale a dire la morbilità riconosciuta dal MMG;
3. Valutare in condizioni di routine la qualità della prescrizione farmacologica nei pazienti che stanno assumendo o che iniziano ad assumere farmaci antidepressivi;
4. Analizzare l'andamento delle condizioni cliniche e del trattamento farmacologico di tali pazienti nel corso dei 3 mesi successivi all'inizio dello studio (fase di follow-up).

## Metodologia

### Strumenti

La rilevazione dei dati è stata condotta utilizzando i seguenti strumenti:

1. *Personal Health Questionnaire* (PHQ), questionario autosomministrato a 10 item per lo screening dei pazienti con sintomi depressivi. I primi tre item servono ad identificare i sintomi principali dell'episodio depressivo (secondo i Criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10), gli altri sette i sintomi addizionali. Il questionario fa riferimento esclusivamente ai sintomi comparsi nel corso delle ultime due settimane, ed è



strutturato in modo che il paziente possa compilarlo scegliendo tra 3 risposte prefissate. Il PHQ, validato nella MG dell'area di Verona (4), ha dimostrato di possedere caratteristiche psicometriche di buona sensibilità (81%) e specificità (92%). Dato che il PPV dello strumento è pari solo al 67%, esso necessita di uno strumento di conferma di *caseness* successivo.

2. *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*, scala ampiamente nota per la rilevazione della depressione. La HRSD a 17 item è stata somministrata ai soli pazienti *high-scorers* per la conferma di *caseness*. Al fine di consentire una elevata affidabilità tra i Centri coinvolti nel progetto, ci si è avvalsi dell'ausilio della versione italiana dell'*Intervista Strutturata di Guida alla Hamilton Depression Rating Scale (ISGH-D)* di Janet & Williams (5).
3. *Scheda del Medico (SM)*, scheda di raccolta dati atta a valutare la capacità del MMG di riconoscere i sintomi depressivi e prescrivere i farmaci antidepressivi. Si tratta di una scheda compilata dal MMG per ciascun paziente al momento della visita ed è composta da due parti. La prima raccoglie i seguenti dati:
  - dati anagrafici del paziente;
  - motivo della visita;
  - presenza di depressione
  - presenza di altri disturbi psichici;
  - durata dei sintomi;
  - presenza nell'anamnesi recente di un evento luttuoso;
  - anamnesi psichiatrica personale per disturbi depressivi.

La seconda parte viene compilata solo per i pazienti con episodio depressivo in atto o che stanno attualmente assumendo una terapia antidepressiva. Contiene informazioni riguardanti:

- tipo di farmaco prescritto per l'episodio depressivo attuale;
- dosaggio del farmaco prescritto;
- interventi prescrittivi adottati dal MMG;
- interventi non farmacologici prescritti o effettuati dal MMG;
- descrizione di patologie organiche concomitanti;
- descrizione di terapie farmacologiche per le patologie organiche.

## **Analisi della prescrizione**

L'analisi dello stile prescrittivo del MMG viene effettuato utilizzando criteri di riferimento indicativi di un uso razionale degli antidepressivi. Criteri di questo genere non sono reperibili in forma standardizzata nella letteratura internazionale e pertanto sono stati definiti *ad hoc* per questo studio. Ci si è avvalsi a questo scopo delle indicazioni pubblicate nelle Linee Guida e nelle *Consensus Conference* più autorevoli e riconosciute. Ai fini del nostro studio abbiamo identificati tre criteri fondamentali:

1. La decisione di intraprendere un trattamento farmacologico verrà considerata adeguata in base ai parametri di:
  - a) presenza/assenza di un episodio depressivo in atto;
  - b) gravità dell'episodio depressivo;
  - c) durata;
  - d) anamnesi psichiatrica.
2. La scelta del farmaco verrà considerata adeguata se:
  - a) l'efficacia antidepressiva del farmaco è ben documentata dalla letteratura internazionale;

- b) il farmaco AD non presenta specifiche controindicazioni per il paziente.
3. Il dosaggio del farmaco antidepressivo prescritto verrà giudicato adeguato sulla base di tre parametri:
- a) il tipo di farmaco antidepressivo prescritto;
  - b) il dosaggio iniziale impiegato;
  - c) le modifiche apportate nel corso del trattamento.

## Disegno dello studio

Il periodo osservazione è stato per ciascun MMG di 2 settimane, per un totale di 10 sessioni ciascuno.

Il disegno dello studio prevedeva una procedura a due fasi più un follow-up. Nella prima fase è stato somministrato il PHQ a tutti i pazienti consecutivi che affluivano agli ambulatori dei MMG. Ai pazienti è stato richiesto un consenso informato all'utilizzazione dei propri dati. La HRSD è stata somministrata ai pazienti che hanno totalizzato un punteggio di 9 o più al PHQ (*high scorers*). La compilazione è stata effettuata da parte di ricercatori (medici in formazione psichiatrica o psicologi) immediatamente dopo la consegna ad essi del PHQ. Ciascuno dei medici ha compilato la SM, parte I, per tutti i pazienti e la SM, parte II, solo per i pazienti riconosciuti come depressi o che assumevano farmaci antidepressivi.

I pazienti *high scorers* al PHQ sono stati contattati 3 mesi dopo e reintervistati, per valutare l'andamento delle loro condizioni cliniche ed il trattamento in atto.

## Analisi statistica

L'analisi statistica viene effettuata utilizzando pacchetti SPSS e STATA, prestando particolare attenzione alla necessità di una corretta pesatura dei soggetti derivante dalla procedura a due fasi (6).

## Risultati

Nel corso dell'anno 2000 sono stati approntati e somministrati gli strumenti previsti nelle due fasi "di base" e "di follow-up". I dati preliminari, che si riferiscono al solo Centro di Udine (632 pazienti), indicano che i MMG riconoscono come depressi circa l'11% dei pazienti presenti nei loro ambulatori. A questi si aggiunge un ulteriore 2% di pazienti attualmente non depressi, ma che stanno assumendo una terapia antidepressiva. Dei pazienti che i MMG riconoscono come depressi, circa 1/3 hanno iniziato l'attuale episodio da meno di 2 mesi (depressione incidente). Assumendo 13 come valore soglia della HRSD (valore che letteratura riconosce come limite oltre il quale è indicato un trattamento antidepressivo), è stato calcolato che la capacità di identificazione del MMG è moderata. Specificamente, la probabilità di riconoscere un vero depresso è del 56,4%, con un indice di esattezza di 63,6%. I farmaci SSRI rappresentano il 65,4% delle prescrizioni antidepressive, mentre i triciclici assommano a meno del 4%. Altre categorie di farmaci, per un totale superiore al 30%, sono prescritte a scopo antidepressivo. Nel corso della visita il MMG ha iniziato una nuova terapia antidepressiva in un quarto circa dei casi (24,2%).

## Conclusioni

I dati preliminari esposti iniziano a delineare il quadro della prassi prescrittiva presente nella Medicina Generale. La possibilità di analizzare i dati degli altri Centri permetterà tra breve tempo di effettuare confronti tra aree geografiche assai distanti, verificando così se esistano differenze sostanziali nel nostro territorio nazionale nel trattamento della depressione. L'analisi sulla qualità della prescrizione attraverso i criteri che abbiamo definito consentirà inoltre di verificare l'adeguatezza prescrittiva dei MMG rispetto ai criteri internazionalmente riconosciuti come validi.

## Centri partecipanti

Hanno aderito e completato la ricerca sei Centri. Ciascun Centro ha reclutato 5 MGG, ad eccezione del Centro di Sondrio, a cui hanno aderito 7 MMG. Il totale dei MMG è quindi di 32. I Centri partecipanti sono i seguenti:

- Udine (*responsabile*: Prof. Matteo Balestrieri)
- Bari (*responsabile*: Dott. Giuseppe Sebastiani)
- Andria (*responsabile*: Dott.ssa Sabina Leonetti)
- Napoli (*responsabile*: Dott. Fabrizio Starace)
- Cagliari (*responsabile*: Dott. Mauro Carta)
- Sondrio (*responsabile*: Dott. Francesco Mazzoleni)

## Bibliografia

1. Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Under-recognition and misdiagnosis. *Archives of Internal Medicine* 1990;150:1083-8.
2. Piccinelli M, Bellantuono C, Tansella M. *Psichiatria e medicina generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1998.
3. Barbui C, Campomori A, D'Avanzo B, Negri E, Garattini S. Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicidal rates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34:152-6.
4. Rizzo R, Piccinelli M, Mazzi MA, Bellantuono C, Tansella M. The Personal Health Questionnaire: a new screening instrument for detection of ICD-10 depressive disorders in primary care. *Psychological Medicine* 2000;30:831-40.
5. Janet BW, Williams DSW. *Biometrics research department*. New York: State Psychiatric Institute; 1988.
6. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital. A two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine* 1999;29:823-32.

# LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE IN ITALIA: IL PROGETTO PROGRES

Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Pierluigi Morosini, per il Gruppo Nazionale PROGRES  
*Progetto Nazionale Salute Mentale, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## Introduzione e obiettivi

Nel 1978 l'approvazione della Legge n. 180 ha prodotto una modificazione radicale dello scenario dell'assistenza psichiatrica in Italia, che ha avuto un'ampia risonanza anche all'estero (1). Gli Ospedali Psichiatrici (OP) sono stati gradualmente chiusi, ed è stata creata una rete di servizi assistenziali di tipo comunitario, che fanno centro ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Uno degli aspetti più rilevanti del cambiamento complessivo prodottosi in Italia è stato rappresentato dall'apertura di numerose Strutture Residenziali (SR) non ospedaliere su tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, sino ad oggi sono state disponibili solo informazioni molto limitate sulle SR, sui pazienti in esse ospitati, sui loro bisogni assistenziali, e sulle modalità di trattamento erogate. Gli studi condotti dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale (2) e dal Ministero della Sanità (3), pur avendo consentito di raccogliere dati preziosi, hanno fornito soltanto alcune informazioni di carattere generale. Secondo la rilevazione ministeriale (3), alla data del 1.3.1998, vi erano in Italia 1.057 SR, aventi una dotazione complessiva di 11.255 posti residenziali (PR).

La scarsità di informazioni dettagliate sulle SR appare particolarmente problematica, se si considera che queste strutture accolgono una popolazione clinica caratterizzata da elevati livelli di gravità, che richiede quindi un notevole impegno assistenziale. L'Istituto Superiore di Sanità ha dunque promosso un PROGetto di ricerca sulle strutture RESidenziali, denominato 'PROGRES', che ha come obiettivi principali il censimento e la classificazione di tutte le SR presenti sul territorio nazionale, e la valutazione approfondita di un campione rappresentativo pari al 20% delle SR e dei pazienti ospitati.

## Metodi

Prima dell'avvio dei lavori di ricerca, sono stati presi contatti con gli Assessorati alla Sanità di tutte le Regioni e Province Autonome (PA) italiane, ottenendo la loro partecipazione ufficiale al progetto. In ogni area è stato designato un Responsabile Operativo Regionale (ROR), al quale è stato affidato il coordinamento della ricerca nel proprio territorio di competenza.

Nella Fase 1 del progetto, sono state censite singolarmente tutte le SR presenti sul territorio nazionale dotate di 4 o più PR. I dati sono stati raccolti mediante una apposita scheda di rilevazione, compilata dal responsabile di ogni SR. Sono state anche raccolte alcune informazioni sulle SR dotate di meno di 4 PR, mediante una scheda riepilogativa per ogni DSM.

La Fase 2 del progetto, attualmente in corso, prevede lo studio approfondito del 20% delle SR di ciascuna Regione o PA, selezionate tramite campionamento casuale semplice. Per ciascuna SR vengono raccolte informazioni sugli aspetti edilizi e strutturali (locali, attrezzature,

arredi, personale), sul processo assistenziale (tipi di attività programmate e di interventi riabilitativi attuati, trattamenti farmacologici, ecc.) e sui costi diretti. Inoltre, tutti gli ospiti di queste SR vengono studiati individualmente mediante una scheda per la rilevazione dei dati sociodemografici e anamnestici, che comprende anche una serie di strumenti standardizzati per la valutazione delle condizioni psicopatologiche, del funzionamento psicosociale, della qualità della vita e dello stato generale di salute.

## Risultati

È stata recentemente completata la Fase 1; i risultati preliminari di questo progetto sono già stati presentati in un altro contributo (4), mentre una sintesi dei risultati finali della Fase 1 è contenuta in due lavori di recente compilazione (5,6); l'analisi complessiva dei dati finali della Fase 1 è contenuta invece in due recenti contributi, a cui si rimanda (7,8).

Sono state censite 1.370 SR dotate di 4 o più PR, con un numero totale di PR pari a 17.138 ed un numero medio di 12,5 PR per ogni SR (Tabella 1).

**Tabella 1. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia**

Regione	Totale SR	Totale PR	Tasso PR per 10.000 abitanti	Tasso PR per 10.000 abitanti età >14 anni	Numero medio PR per SR	Tasso di occupazione dei PR (%)
Piemonte	139	1.595	3,71	4,21	11,5	93
Valle d'Aosta	1	8	0,67	0,77	8,0	100
Lombardia	180	2.076	2,32	2,66	11,5	90
PA Bolzano	19	198	4,36	5,25	10,4	85
PA Trento	14	158	3,40	3,98	11,3	126
Veneto	112	1.244	2,79	3,20	11,1	95
Friuli-Venezia Giulia	55	377	3,18	3,57	6,9	94
Liguria	38	780	4,73	5,26	20,5	95
Emilia Romagna	105	1.248	3,17	3,55	11,9	92
Toscana	89	761	2,16	2,44	8,6	93
Umbria	41	382	4,60	5,26	9,3	88
Marche	25	322	2,22	2,56	12,9	88
Lazio	108	1.261	2,42	2,82	11,7	87
Abruzzo	64	883	6,93	8,17	13,8	97
Molise	14	203	6,14	7,28	14,5	99
Campania	60	897	1,55	1,94	15,0	95
Puglia	94	1.215	2,97	3,63	12,9	93
Basilicata	21	286	4,71	5,70	13,6	97
Calabria	41	704	3,39	4,17	17,2	118
Sicilia	116	2.125	4,17	5,13	18,3	88
Sardegna	34	415	2,50	2,96	12,2	89
<b>Italia</b>	<b>1.370</b>	<b>17.138</b>	<b>2,98</b>	<b>3,49</b>	<b>12,5</b>	<b>93</b>

Sono state inoltre rilevate 125 SR con un solo ospite, 108 con 2 ospiti e 100 con 3 ospiti, per un totale di 641 PR. La dotazione di SR è risultata molto variabile tra le diverse aree d'Italia, ed anche il numero medio di PR per SR varia in maniera sensibile.

Più della metà delle SR (50,8%) è stata attivata dal gennaio 1997 in poi. L'intensità assistenziale è risultata mediamente elevata, con la grande maggioranza (73,4%) delle SR

fornita di una copertura assistenziale 24 ore su 24. La maggior parte delle SR (77,7%) è finanziata direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ed oltre la metà è gestita dai DSM.

Nelle SR lavorano 11.240 operatori a tempo pieno, più alcune migliaia di operatori a tempo parziale. Il numero medio di operatori a tempo pieno per SR è pari a 8,2, con un rapporto pazienti/operatori a tempo pieno pari a 1,36. La maggioranza relativa del personale (31,3%) è rappresentata da infermieri, mentre gli psichiatri sono l'8,2% del totale, gli psicologi il 5%, gli assistenti sociali il 4,4% e i terapisti della riabilitazione psichiatrica l'1,6%. Una consistente quota di personale è costituita da OTA/OSA (19%) e da educatori (11,2%). Altre tipologie di personale, qualificato e non, ammontano al 19,3%.

Al momento della rilevazione, nelle SR erano ospitati 15.943 pazienti. La metà delle SR (49,8%) accoglie prevalentemente pazienti di età tra 40 e 59 anni, circa un terzo (31,8%) ospita in prevalenza pazienti con meno di 40 anni, e le rimanenti (18,4%) accolgono prevalentemente pazienti di età superiore a 60 anni. La maggioranza degli ospiti (58,5%) non è mai stata ricoverata in un OP o in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), mentre il 39,9% sono stati ricoverati almeno una volta in OP e l'1,6% in OPG. La grande maggioranza dei pazienti (82,7%) non ha problemi di comorbidità con abuso di alcool o di sostanze, mentre il 5,1% presenta anche questi problemi. Più ampia è la quota di pazienti (10%) con prevalenti problemi di ritardo mentale. Nel corso del 1999, oltre un terzo delle SR (37,7%) non ha dimesso nessun paziente, ed il 31,5% delle SR ha dimesso solo uno o due pazienti.

## Discussione

Il progetto PROGRES riveste particolare rilevanza in termini di sanità pubblica, in quanto costituisce il primo esempio, dal 1978 ad oggi, di conduzione su tutto il territorio nazionale di una ricerca, con aspetti sia descrittivi che valutativi, che ha preso in esame un'intera tipologia di strutture assistenziali nate dopo l'approvazione della riforma psichiatrica.

La dotazione di SR in Italia è risultata elevata, e la maggior parte di queste strutture è di recente apertura. Al di là di un generale incremento nella dotazione complessiva di SR, permangono comunque evidenti squilibri tra le varie aree, legate probabilmente a differenze nella programmazione e nelle politiche adottate localmente rispetto alla dotazione di servizi psichiatrici. Il rilievo, nella larga maggioranza delle regioni e PA, di una dotazione di PR superiore allo standard raccomandato dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" (9) sembra suggerire che tale standard possa rivelarsi insufficiente a fronte dei bisogni di residenzialità emersi dopo la chiusura definitiva degli OP.

Il riscontro della presenza di un ampio numero di operatori privi di una formazione specifica in campo psichiatrico, appropriata per il trattamento intensivo di pazienti psichiatrici gravi, dovrebbe essere tenuto in debita considerazione nella pianificazione di programmi formativi specifici. Peraltro, si tratta di un dato in sintonia con i risultati di ricerche simili condotte in Gran Bretagna e negli Stati Uniti (10,11).

La bassa frequenza delle dimissioni nel corso del 1999 suggerisce che per i pazienti attualmente ospitati nelle SR non sia facile mettere a punto soluzioni assistenziali alternative; nella Fase 2 dello studio verrà indagato con maggiore accuratezza il motivo del ridotto numero di dimissioni. Il basso "turnover" osservato appare preoccupante, in considerazione del carattere fondamentalmente riabilitativo e non "asilare" di queste strutture.

## Conclusioni

Il progetto PROGRES sta fornendo un gran numero di informazioni su una tipologia di strutture che riveste un ruolo chiave nell'ambito dell'odierno sistema dei servizi psichiatrici. In precedenza, tali informazioni risultavano in larga parte mancanti, oppure, nel migliore dei casi, carenti ed incomplete. Il progetto ha inoltre consentito a numerosi operatori del SSN di integrare le tradizionali funzioni assistenziali con preziose opportunità di crescita scientifica e partecipazione ad attività di ricerca. Inoltre, l'eccellente riuscita di questo progetto dimostra che è possibile creare una rete di collaborazione costruttiva tra un ente "centrale" come l'Istituto Superiore di Sanità, i poteri locali ed i servizi sanitari, e che una simile rete può consentire di realizzare progetti di ricerca di ampia portata con una rapidità ed un'efficienza altrimenti difficilmente ottenibili, e con costi contenuti grazie all'impiego di risorse in larga parte già presenti nell'ambito del SSN.

## Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti gli altri componenti del Gruppo Nazionale PROGRES per il loro eccezionale lavoro, portato avanti con grande efficienza ed in un clima di serena e armoniosa collaborazione: il *consulente statistico* R. Micciolo; i *responsabili operativi regionali* P. Argentino, G. Borsetti, M. Casacchia, P. Ciliberti, G. Civenti, A. Colotto, G. Dell'Acqua, P. Di Iorio, W. Di Munzio, G. Fagnano, A. Fioritti, N. Longhin, M. Miceli, M. Nicotera, M. Pisetta, R. Putzolu, E. Rossi, M.E. Rotunno, D. Semisa, R. Tomasi, P. Tulli, E. Zanalda; gli *assistenti di ricerca* C. Barbini, F. Basile, G. Bazzacco, R. Bracco, E. Caroppo, L. Caserta, M. Colangione, S. Damiani, T. De Donatis, F. Di Donato, V. Di Michele, R. Esposito, M. Facchini, S. Ferraro, P. Fracchiolla, P. Gabriele, D. Gallicchio, G. Giardina, A. Greco, F. Grilletti, S. Guzzo, A.M. Lerario, M.R. Marinelli, C. Marino, G. Canuso, E. Monzani, F. Picoco, L. Pinciaroli, C.A. Rossetti, G. Santone, F. Scorpiniti, V. Scrofani, G. Soluri, M. Stefani, A. Svettoni, A. Vannini, A. Zaffarano; i *consulenti scientifici* F. Amaddeo, P. Bonizzato, B. D'Avanzo, G. Ditta, I. Falloon, L. Frattura.

## Bibliografia

1. de Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000;23:197-214.
2. Istituto Italiano di Medicina Sociale. *Rilevazione delle strutture e dei servizi psichiatrici pubblici e privati e del personale in essi operante alla data del 31.12.1996*. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale; 1997.
3. Ministero della Sanità. *Stato di attuazione del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici e di realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (Legge N. 449/1997), a cura dei Dipartimenti della Prevenzione e della Programmazione*. Roma: Ministero della Sanità;1998.
4. Gruppo Nazionale PROGRES. Le Strutture Residenziali psichiatriche. *Salute e Territorio* 2000;121:183-7.
5. de Girolamo G, Picardi A, Morosini P, e il Gruppo Nazionale PROGRES. *Le Strutture Residenziali psichiatriche in Italia. I risultati del progetto "PROGRES" dell'Istituto Superiore di Sanità. Atti della Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale*. Roma: Ministero della Sanità (in corso di stampa).
6. de Girolamo G, Picardi A, Morosini P, e il Gruppo Nazionale PROGRES. Le Strutture Residenziali psichiatriche in Italia. Risultati del progetto "PROGRES" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2001;14(4):1-6.

7. Gruppo Nazionale PROGRES. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della Fase I del progetto 'PROGRES'. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* (in corso di stampa).
8. Italian National 'PROGRES' Study Group. Residential Care in Italy: A National Survey. Manoscritto sottoposto per la pubblicazione.
9. Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 274, 22.11.1999, pp. 4-13.
10. Randolph FL, Ridgway P, Carling PJ. Residential programs for persons with severe mental illness: A nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42: 1111-1115.
11. Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS project 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32:317-22.



# PAZIENTI CHE INTERROMPONO IL TRATTAMENTO NEL SERVIZIO AMBULATORIALE PSICHIATRICO

Eva Mazzotti, Paolo Pasquini

*Dipartimento di Epidemiologia e Psicologia Clinica, Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI-IRCCS, Roma*

## Introduzione

Il drop-out è un fenomeno comune nel contesto sanitario e in ambito psichiatrico spesso anticipa conseguenze importanti a livello individuale e sociale. Tuttavia la letteratura sul drop-out è scarsa e i risultati sono estremamente variabili (1-5). L'ipotesi che con questo studio abbiamo inteso saggiare è che alla base dell'abbandono non concordato di un trattamento possa esservi un incastro tra cause strutturali, variabili individuali (cliniche e sociodemografiche) e ragioni culturali o psicologiche. In tale ottica abbiamo applicato un modello teorico empiricamente verificabile (6,7) per stimare le relazioni di causa ed effetto che sottendono l'intenzione di utilizzare il servizio psichiatrico pubblico e il comportamento successivo, con l'obiettivo di identificare un numero ridotto di variabili esplicative per progettare un intervento di recupero. Il drop-out è definito: *interruzione non concordata di un trattamento avviato che si protrae per almeno tre mesi*.

## Metodi

### Disegno dello studio

La ricerca è articolata in tre fasi. Una fase pilota per la messa a punto degli strumenti (8); una fase estensiva per la rilevazione dei dati; il follow up sullo stato in trattamento, diagnosi e motivo conclusione (1).

### Setting e campione

Sono stati arruolati, tra ottobre e marzo 1999, 519 pazienti (210 nuovi utenti e 309 con un trattamento già avviato) presso 3 Centri di Salute Mentale (CSM) di Roma. Sono state escluse le certificazioni medico-legali, i rinvii per non competenza psichiatrica o territoriale, le richieste senza avvio di trattamento, le richieste per conto di terzi. A tutti è stato fatto firmare il consenso informato.

### Strumenti di rilevazione

- A. Scheda dati sociodemografici;
- B. Questionario per rilevare i determinanti dell'intenzione e i loro antecedenti;
- C. Intervista al medico referente per la diagnosi e lo "stato in trattamento".

## Risultati

A distanza di nove mesi dall'arruolamento nello studio per il 13% dei pazienti risultava soddisfatta la condizione di drop-out.

### Variabili sociodemografiche e cliniche

L'esame delle differenze ha evidenziato che i drop-out sono giovani (<30 anni,  $p=0,03$ ), vivono con i genitori ( $p=0,05$ ), hanno un disturbo di personalità ( $p=0,01$ ) e sono nuovi utenti ( $p<0,01$ ).

### Determinanti dell'intenzione

L'esame delle differenze ha evidenziato che i pazienti in trattamento, più dei drop-out, sono risultati convinti di ricevere un aiuto e di risolvere i propri problemi ( $p<,01$ ); i drop-out più convinti di trovare operatori non competenti o poco preparati ( $p<,01$ ); l'utilizzo passato del CSM è minore per i drop-out ( $p<,01$ ).

Non sono emerse differenze significative a carico degli altri costrutti considerati.

### Equazioni strutturali

Il modello testato (9,10) è risultato consistente con i dati osservati come è dimostrato dal chi quadrato non significativo e dagli indici di adattamento che raggiungono l'unità (Figura 1).

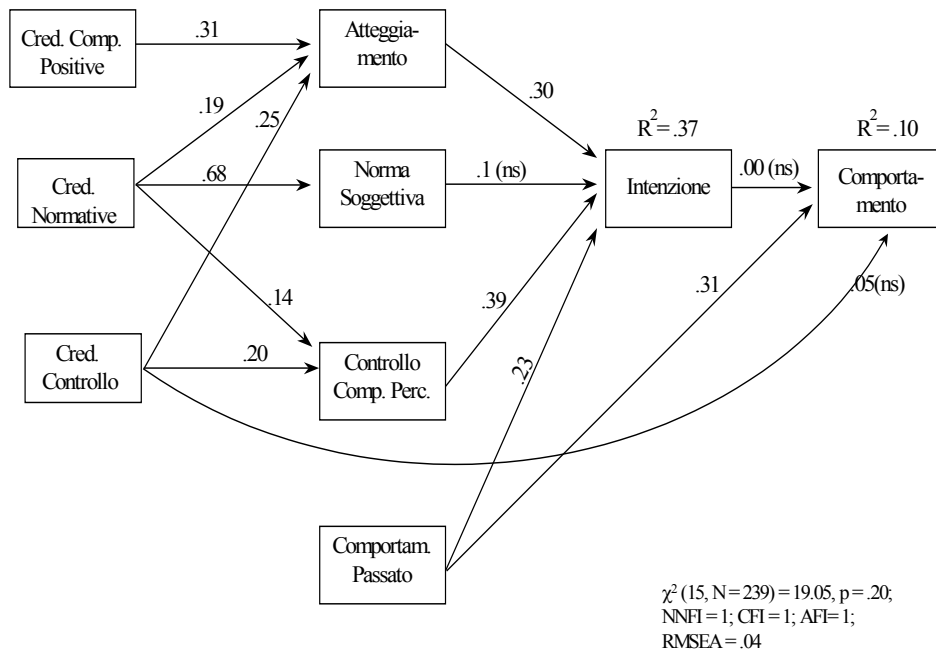


Figura 1. Modello di equazioni strutturali: antecedenti e determinanti dell'intenzione di utilizzare il CSM e del successivo comportamento di drop-out o compliance (n.=239)

I coefficienti strutturali, beta, indicano l'impatto di ogni variabile predittiva sulla variabile dipendente. Il predittore più importante dell'intenzione, che vede il 37% della propria varianza spiegata dal modello, è "la convinzione che la messa in atto di un comportamento dipende dalla propria volontà" ( $\beta=0,39$ ), seguito dall'"atteggiamento o preferenza" ( $\beta=0,30$ ) e dal "comportamento messo in atto nel passato" ( $\beta=0,23$ ). Il modello spiega soltanto il 10% della varianza del comportamento, ciò in parte è da ricondursi all'esiguità dei casi di drop-out (n.=31). La variabile maggiormente associata al comportamento di aderenza o di interruzione del trattamento è il comportamento passato ( $\beta=0,31$ ).

L'incidenza cumulativa di drop-out decresce col proseguire del trattamento (per i nuovi utenti: a tre mesi 0,233; a sei mesi 0,208; a nove mesi 0,095). Per i "non nuovi utenti" l'incidenza cumulativa è inferiore a 0,061.

## Discussione

I risultati delle equazioni strutturali sostengono la coerenza tra sistemi di credenze, determinanti e intenzione di rivolgersi ad un CSM, quest'ultima tuttavia non è un predittore dell'adesione o meno al trattamento. È come se fatta la scelta iniziale la volontarietà del comportamento, e quindi l'impegno nel proseguire, si declinasse nell'abitudine di riproporre il comportamento messo in atto nel passato. Questo è il predittore che il modello ci consente di identificare. Il vantaggio (atteso) di ricondurre la spiegazione di un fenomeno complesso ad un numero ridotto di determinanti rappresenta anche il limite del modello, che solo in parte può rendere ragione delle diverse fonti d'influenza che agiscono sull'intenzione e sul comportamento.

Il comportamento passato è un predittore sia di compliance sia di drop-out, una "storia di trattamenti" vs una "storia di interruzioni". In tal senso il drop-out sembra ricalcare il copione delle ri-ospedalizzazioni (psichiatriche), *in again, out again*, associate alla mancata adesione al trattamento.

Il secondo dato rilevante è che il drop-out tende a verificarsi nei primi sei mesi dall'inizio del trattamento. Un approfondimento del fenomeno non dovrebbe trascurare il peso del coinvolgimento del paziente nel progetto di trattamento e della qualità della relazione rispetto ad un maggiore e migliore impegno nel trattamento. Queste ed altre variabili possono essere operazionalizzate come determinanti da inserire nel modello che abbiamo utilizzato.

## Conclusioni

Solo l'implementazione e successiva valutazione di programmi specifici fornirà nuove indicazioni sulle variabili che consentono di mantenere i pazienti in trattamento. I dati hanno evidenziato, nel nostro campione, che il drop-out tende a decrescere con la prosecuzione del trattamento ed è condizionato dal comportamento passato. Un programma centrato sulla qualità della cura e quindi sulla prevenzione e recupero dell'abbandono, soprattutto per i nuovi utenti, dovrebbe:

1. potenziare l'aggancio iniziale;
2. contrastare la connotazione del servizio come "luogo dove si curano i matti";
3. incrementare la motivazione al trattamento attraverso un coinvolgimento nel progetto terapeutico;
4. monitorare i casi a rischio, soprattutto pazienti con disturbo di personalità;

5. impostare strategie di sostegno attraverso le famiglie, che possono eventualmente mediare il riaggancio.

## Bibliografia

1. Mazzotti E, Pasquini P, Barbato M. Il drop-out nei servizi psichiatrici ambulatoriali. Entità del fenomeno e fattori associati. *Rivista di psichiatria* 2001;36(1):1-6.
2. Grunebaum M, Luber P, Callahan M, *et al.* Predictors of missed appointments for psychiatric consultations in a primary care clinic. *Psychiatric Services* 1996;47:848-52.
3. Pang AHT, Lum FCK, Unguari GS, *et al.* A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996;31:299-302.
4. Tehrani E, Krussei J, Borg L, *et al.* Dropping out of psychiatric treatment- a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996;94:266-71.
5. Morlino M, Martucci G, *et al.* Patients dropping-out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;92:1-6.
6. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J (Ed.). *Action-control- from cognition to behavior*. Heidelberg: Springer; 1985. p. 11-39.
7. Bentler P.M., Speckart, G. Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review* 1979, 86:452-64.
8. Mazzotti E, Barbaranelli C, Pasquini P, Caprara GV. Il fenomeno del drop-out nei servizi ambulatoriali di salute mentale. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. p. 188-193. (Rapporti ISTISAN 00/12)
9. Bollen KA. *Structural Equations with Latent variables*. New York: Wiley & Sons; 1989.
10. Bentler PM. *EQS, Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.; 1995.

# CORSO DI EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA IN SALUTE MENTALE

Pierluigi Morosini, Gabriella Palumbo, Fiorino Mirabella  
*Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia, Roma*

## Obiettivi

Gli obiettivi principali di questo progetto erano:

- a) organizzare 3 corsi intensivi di epidemiologia clinica e valutativa, con particolare riferimento alla psichiatria “evidence-based”;
- b) valutare l’efficacia dei corsi organizzati;
- c) mettere a disposizione dei servizi di salute mentale metodi e materiale didattico per la valutazione epidemiologica e il miglioramento continuo di qualità in salute mentale.

## Metodi

Nell’elaborare le dispense di tipo metodologico si è fatto particolare riferimento ai corsi di epidemiologia clinica della McMaster University, Ontario (1-3). I principi organizzativi dei corsi sono stati:

- a) accentuazione degli aspetti metodologici, soprattutto di quelli propri dell’assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia e del Miglioramento Continuo di Qualità;
- b) presentazione di esperienze significative di valutazione e di miglioramento di qualità;
- c) didattica attiva con lettura in piccolo gruppo delle dispense destinate a confluire nel manuale. Gli obiettivi didattici del corso e gli argomenti trattati sono descritti in dettaglio in Morosini *et al.* (4).

Per valutare l’efficacia dei corsi sono stati messi a punto i seguenti strumenti originali, testati nell’ambito di un corso di perfezionamento sulla valutazione di qualità dei servizi sanitari organizzato dall’Università di Perugia:

1. Questionari sul gradimento del corso (per le singole giornate e generale);
2. Questionari di valutazione dell’apprendimento (pre- e post-test);
3. Questionario di “impatto” per valutare i risultati a distanza di tempo di ciascun corso.

I primi due questionari sono stati distribuiti durante i corsi. Il terzo è stato inviato sei mesi dopo il corso; nel caso di non risposta, si è provveduto ad almeno due successivi solleciti.

Inoltre, sono stati raccolti dati sui partecipanti riguardanti informazioni demografiche, estrazione professionale e funzione prevalente di lavoro.

Tutti i questionari sono stati compilati in forma anonima. Per poter effettuare il confronto interno pre e post test veniva chiesto ad ogni singolo partecipante di apporre una sigla di 6 cifre o lettere e di usare sempre la stessa sigla.

Nel questionario sul gradimento del corso per ogni singolo argomento trattato venivano richieste le opinioni sull’utilità della materia trattata, la capacità didattica del docente e la durata dell’esposizione, su una scala tipo Likert da 3 a 9, dove 9 rappresentava il punteggio massimo possibile. Alla fine del corso veniva chiesto ai partecipanti di dare un giudizio complessivo

chiedendo loro se avessero consigliato a un collega di frequentare un corso simile. Venivano anche sollecitati suggerimenti su come migliorare il corso.

Per valutare l'apprendimento, si sono attribuiti i punteggi alle singole risposte e si sono quindi calcolati sia la percentuale di miglioramento tra inizio e fine del corso, sia la percentuale del massimo miglioramento possibile. Quest'ultima è stata ottenuta dividendo la differenza tra punteggio finale e punteggio iniziale per la differenza tra punteggio massimo possibile e punteggio iniziale.

Il questionario di valutazione di impatto comprende sia domande sull'applicazione di quanto appreso, sia domande sull'aumento delle conoscenze sui vari temi trattati nel corso (autovalutazione di apprendimento). Tutti i questionari sono stati raccolti e registrati da persone che si sono formalmente impegnate a non manipolare i dati. L'elaborazione dati è stata fatta con SPSS versione 7.5 per windows.

## Risultati

Sono stati organizzati quattro corsi intensivi, due di quattro giorni, uno di tre e uno breve di due. Il corso breve è stato organizzato presso l'Azienda Ospedaliera Treviglio (BG) su invito di uno dei partecipanti al secondo corso. Quest'ultimo corso, a cui hanno partecipato 42 operatori dei servizi di salute mentale della Lombardia, non è stato oggetto di valutazione specifica.

Agli altri corsi sono stati ammessi 58, 52 e 39 partecipanti.

### Risultati sul gradimento

Il questionario di gradimento del primo corso è stato compilato da 52 su un totale di 58 partecipanti (90%); del secondo corso da 46 su 52 (88%); del terzo corso da 35 su 39 (90%). Le caratteristiche dei partecipanti per ogni corso sono riassunte nella Tabella 1.

**Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti ai tre i corsi**

Caratteristiche	Primo corso n.=54		Secondo corso n.=52		Terzo corso n.=39	
	n.	%	n.	%	n.	%
<b>Età</b>						
<35	4	7	8	15	6	15
35-44	17	32	11	21	9	23
>45	33	61	33	64	24	62
<b>Sesso</b>						
<i>maschi</i>	37	68	36	69	22	56
<i>femmine</i>	17	32	16	31	17	44
<b>Funzione prevalente</b>						
<i>manageriale</i>	17	32	18	35	11	28
<i>clinica</i>	22	41	22	42	17	44
<i>mcq</i>	10	18	7	13	6	15
<i>ricerca</i>	5	9				
<i>formazione</i>			1	2	1	3
<i>specializzando</i>			4	8	4	10
<b>Estrazione professionale</b>						
<i>medica</i>	42	78	39	75	28	72
<i>psicologica</i>	7	13	6	12	8	21
<i>infermieristica</i>	4	7	2	4		
<i>riabilitativa/educativa</i>	1	2	-		-	
<i>sociale</i>			5	9	3	7

Alla domanda “Consiglierebbe a un suo collega con i suoi stessi interessi di frequentare un corso simile?” la media dei punteggi è stata di 8,3 e la mediana di 9,0 per il primo corso. Per il secondo corso, la media di 8,3; la mediana di 8,2. Per il terzo corso la media di 7,6; la mediana di 8,0.

Molto positive sono state anche le risposte alla domanda: “Quello che ha imparato le sarà utile nel suo lavoro?”: la media dei punteggi al primo corso è stata 7,9, la mediana di 8,0; al secondo corso, la media di 8,2, la mediana di 8,0; al terzo corso la media di 7,5, la mediana di 7,0. Il motivo del peggioramento dell'ultimo corso è probabilmente rappresentato dal fatto che negli ultimi due giorni sono mancati, per gravi motivi familiari, due docenti importanti.

## Risultati sull'apprendimento

Il confronto tra pre-test e post-test ha mostrato un miglioramento medio del 51%, con un range dal 32% al 94% del punteggio massimo. La percentuale del massimo miglioramento possibile per le domande comuni ai tre corsi è variata dal 43% al 71% (Tabella 2 e 3).

**Tabella 2. Rispondenti ai questionari di apprendimento dei tre corsi e percentuale del miglioramento massimo possibile per le domande comuni ai tre corsi**

I Corso 1998	II Corso 1999	IV Corso 2000
Partecipanti = 58	Partecipanti = 52	Partecipanti = 39
Rispondenti = 52	Rispondenti = 45	Rispondenti = 35

**Tabella 3. Temi delle domande**

Temi delle domande	Punteggio Massimo	Pre-Test Media	Post-Test Media	% possibile miglioramento
	a	b	c	(c-b)/(a-b)x100
1. Dimensioni della qualità	1,0	0,3	0,8	71
2. Appropriatezza di un intervento	1,0	0,1	0,6	55
3. Caratteristiche di un buon indicatore	2,0	0,4	1,1	43
4. Efficacia nella pratica	1,0	0,6	0,9	75
5. Principali distorsioni in uno studio di efficacia	1,2	0,2	0,4	67
6. Metaanalisi	1,0	0,7	0,9	67
7. Randomizzazione	1,0	0,8	0,9	50

## Risultati della valutazione a distanza di tempo

Il 91% dei partecipanti dei primi due corsi ha risposto al questionario sulla valutazione dei risultati a distanza di 6 mesi.

La media dei punteggi di autovalutazione dell'apprendimento al primo corso è stata di 7,0; del secondo corso di 7,3. La proporzione delle persone che hanno applicato quanto appreso è stata del 67% se si considera come soglia il punteggio 7 e dell'88% se si considera come soglia il punteggio 6. La proporzione delle persone che hanno avuto interazioni produttive coi colleghi sui temi trattati è stata rispettivamente del 72% e del 93%. La proporzione delle persone che pensano anche dopo 6 mesi che il corso sia stato utile è stata del 97%, se si considera come soglia il punteggio 7.

## Ricadute nazionali

È in corso di stampa la raccolta del materiale didattico testato durante le varie edizioni dei diversi corsi sotto forma di manuale con il titolo “Valutazione dei servizi di salute mentale: metodi epidemiologici e di miglioramento continuo di qualità” (5) che verrà messo a disposizione dei servizi di Salute Mentale.

Nell’ambito di questo progetto sono state perfezionate le griglie di valutazione degli studi di efficacia e della metaanalisi, che poi sono state pubblicate (6).

Inoltre in occasione dei corsi il gruppo di lavoro ha avuto occasione di aiutare alcuni partecipanti a portare a termine studi e iniziative in corso (7,8).

Un dettagliato lavoro di descrizione e valutazione dei corsi è stato inviato ad una rivista internazionale di formazione in sanità (9).

## Conclusioni

I corsi sembrano aver avuto un notevole successo. Va tenuto conto che si tratta però di un gruppo di partecipanti selezionati, fortemente motivati come è risultato dalla presenza attenta durante i corsi e dalla partecipazione attiva alle esercitazioni.

Per quanto riguarda il gradimento, tutti i partecipanti hanno dichiarato che avevano imparato qualcosa di utile per la loro vita professionale.

Stupisce favorevolmente l’elevata proporzione di partecipanti che hanno risposto al questionario di impatto e anche l’elevato grado di applicazione di quanto appreso.

## Bibliografia

1. Guida all’apprendimento dell’epidemiologia clinica. *Epidemiologia e Prevenzione* 1989;40-41 (numero monografico).
2. Sackett D, et al. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company; 1991.
3. User’s Guides to the medical literature. *Journal of the American Medical Association Edizione italiana* 1998;10(4).
4. Morosini P, et al. Corso di Epidemiologia Clinica e Valutativa per funzionari degli uffici regionali di psichiatria. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. p. 159-162 (Rapporti ISTISAN 00/12).
5. Morosini P, Palumbo G (Ed.). *Valutazione dei servizi di salute mentale: metodi epidemiologici e di miglioramento continuo di qualità*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001.
6. Morosini P. Griglie di valutazione in Sanità: Miglioramento continuo di qualità, valutazione di efficacia degli interventi e gestione aziendale. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.
7. Picardi A, Bertoldi S, Morosini P. Trattamento comportamentale di un gruppo per la disassuefazione da nicotina: uno studio di follow-up a 6, 12 e 24 mesi su un campione di 1060 soggetti. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2000;6(4):495-503.
8. Biggeri A, Ferrara M, Miceli M, Morosini P. Presentazione dell’edizione italiana di Evidence-Based Mental Health. Volume 0 Numero 0, Settembre 1999. Infomedica.
9. Morosini P, Palumbo G, Picardi A, Gigantesco. A short, intensive training in clinical epidemiology for mental health professionals of the Italian National Health Service. Manoscritto sottoposto per la pubblicazione.



# STUDIO SULLA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Andrea Balbi <sup>1</sup>, Antonella Gigantesco <sup>2</sup>, Elvira Chiaia <sup>1</sup>, Maria Assunta Ciavarella <sup>3</sup>, Massimo Purpura <sup>3</sup>, Pierluigi Morosini <sup>2</sup>

<sup>1</sup> DSM ASL RMD

<sup>2</sup> Istituto Superiore di Sanità

<sup>3</sup> DSM ASL RMA

## Introduzione

Uno studio pilota sulla valutazione della soddisfazione degli operatori condotto nel DSM della Azienda USL Roma D su un campione di circa 200 operatori (80% del personale) aveva evidenziato scarsa realizzazione professionale e mancanza di collaborazione nei gruppi di lavoro, con rischi di implicazioni negative sulla qualità del servizio e l'adeguatezza dell'assistenza. Per valutare meglio le cause dell'insoddisfazione e programmare interventi migliorativi, è stata condotta una rilevazione sistematica su un più ampio campione di operatori utilizzando un questionario più completo rispetto a quello dello studio pilota, di cui è stata saggiata la riproducibilità. Vengono presentati i risultati di questo studio riguardanti il livello di soddisfazione degli operatori e le sue determinanti.

## Metodi

### Sviluppo e validazione del questionario sulla soddisfazione degli operatori

È stato messo a punto un questionario autocompilato per valutare l'opinione degli operatori sui seguenti aspetti della condizione lavorativa: spazi e arredamento, materiali e attrezzature a disposizione, possibilità di frequentare iniziative di formazione e aggiornamento, trattamento economico, possibilità di carriera, partecipazione all'organizzazione e alla gestione del servizio, senso di utilità, riconoscimento del proprio impegno da parte dei superiori, qualità dei rapporti personali e di collaborazione coi colleghi, chiarezza dei ruoli/responsabilità, corrispondenza dei compiti col ruolo professionale, corrispondenza dei compiti con le competenze, autonomia nelle decisioni, conciliabilità dei compiti affidati, aiuto e sostegno dei superiori, circolazione informazioni (su riunioni, corsi, ecc.) nel servizio e nel dipartimento, capacità manageriali dei superiori (organizzative, di gestione dei conflitti, di coinvolgimento), carico di lavoro, produttività, soddisfazione complessiva.

Si è scelto di adoperare per tutte le domande tranne l'ultima una scala a 6 livelli (da 1 a 6) con il più alto punteggio corrispondente alla maggiore soddisfazione. Per la domanda finale complessiva la scala è a 10 livelli. La versione preliminare è stata discussa in un focus group composto da 8 operatori di diverse qualifiche professionali del DSM RMD. La versione modificata sulla base dei risultati del focus group è stata poi sottoposta a studio di riproducibilità (test-retest) coinvolgendo 50 operatori di servizi diversi di un altro dipartimento

(DSM RMA). In aggiunta è stata svolta l'analisi delle componenti fattoriali sui dati raccolti su un ampio campione di operatori, di cui al punto successivo.

## Dimensione del campione e raccolta dati

Il questionario è stato proposto a tutti gli operatori di tutte le qualifiche professionali dei CSM, SPDC e Strutture Intermedie dei DSM delle RMD e RMA presenti nel periodo settembre-ottobre 2000, da tirocinanti e specializzandi che hanno spiegato gli obiettivi dello studio e assicurato l'anonimato. Un foglio dati anonimo ha consentito la raccolta di informazioni relativi all'età, sesso, ruolo professionale, servizio di appartenenza e anzianità di lavoro dei rispondenti.

## Analisi statistiche

La misura della riproducibilità del questionario è stata ottenuta calcolando il coefficiente  $\kappa$  ponderato di Cohen. Per l'individuazione dei fattori è stata svolta l'analisi delle componenti principali. Sono state calcolate le frequenze delle risposte fornite a ciascuna domanda. È stata eseguita l'analisi della varianza mediante ANOVA per valutare le possibili associazioni tra soddisfazione ed età, sesso, qualifica, anni di lavoro e servizio di appartenenza. L'analisi della regressione multipla è stata usata per identificare le determinanti della soddisfazione complessiva (variabile dipendente: risposta alla domanda finale sulla soddisfazione complessiva; variabili indipendenti: risposte alle domande precedenti, raggruppate in fattori).

## Risultati

La riproducibilità del questionario è stata soddisfacente con valori  $K$  elevati per tutti gli item ( $k \geq 0,6$  per tutti gli item ad eccezione di due che sono stati successivamente modificati,  $\geq 0,80$  per il 62% di essi).

In totale hanno compilato il questionario 361 operatori su 455 a cui era stato proposto, 202 su 236 della RMD e 159 su 219 della RMA, abbastanza ugualmente distribuiti tra i sessi (42% femmine, 57% maschi). Il 6% di essi aveva età compresa tra 18-29 anni, il 30% tra 30-39 anni, il 49% tra 40-49 anni, il 13% tra 50-59, lo 0,6% aveva oltre 59 anni (1,4% missing). La maggioranza erano infermieri (37%), seguiti da psichiatri (25%), assistenti sociali (22%), psicologi (13%) e ausiliari (3%). Il 17% lavorava nei dipartimenti da meno di 2 anni, il 27% da 2-5 anni, il 30% da 6-10 anni, il 26% da 11-15 anni; il 50% nei CSM, il 30% nei SPDC, il 20% nelle Strutture Intermedie.

L'analisi delle componenti principali ha identificato 5 fattori che spiegano quasi il 50% della varianza totale e che possono essere così denominati: *capacità manageriali dei superiori* (varianza spiegata: 27,2%), *chiarezza dei ruoli/responsabilità* (8,2%), *collaborazione e comunicazione* (5,3%), *partecipazione alla gestione del servizio* (4,7%), *adeguatezza ambiente fisico e aspetti formativi* (4,4%).

Nell'insieme meno di 4 operatori su 10 hanno un punteggio  $\geq 7$  alla domanda finale complessiva. Vi sono differenze statisticamente significative tra i due dipartimenti: nel DSM RMA gli operatori con punteggio  $\geq 7$  alla domanda finale complessiva sono poco più del 40%, poco più del 30% nel DSM RMD ( $p=0,011$ ).

Come mostrano le Figure 1 e 2, per la maggioranza degli item le risposte che denotano soddisfazione (punteggi  $\geq 5$ ) non superano il 20% di tutte le risposte.

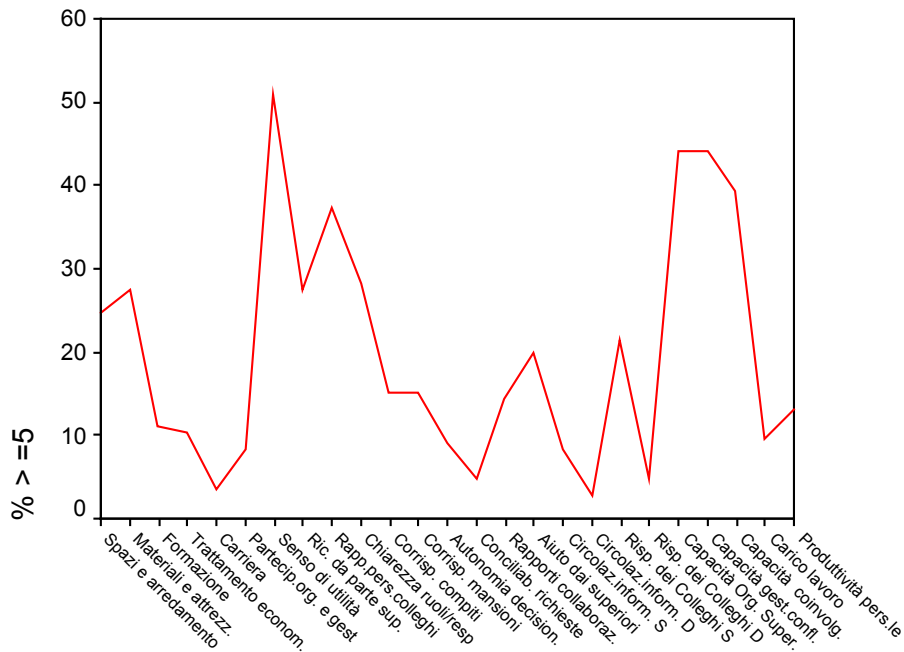


Figura 1. Percentuali di soddisfazione nei singoli item (Roma A, n.=159)

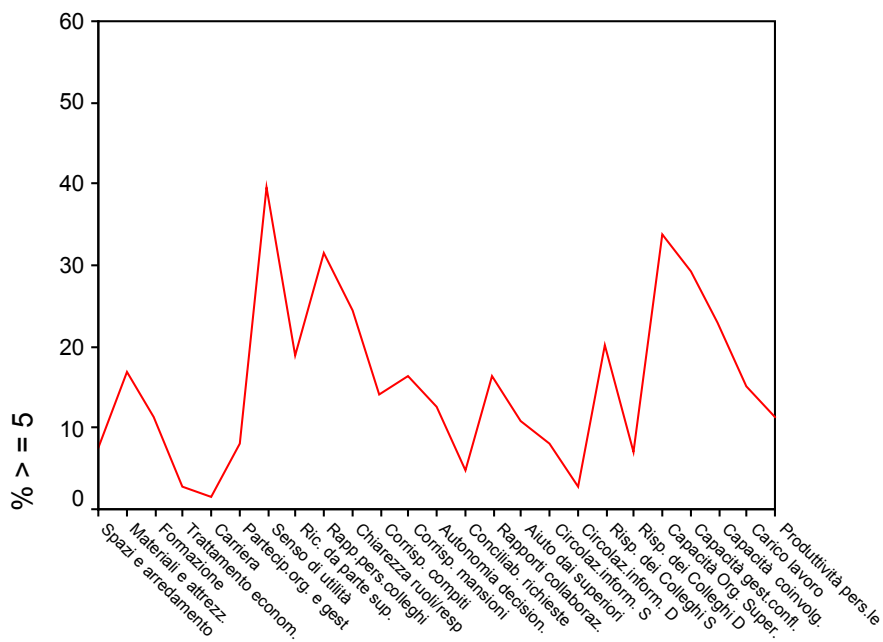


Figura 2. Percentuali di soddisfazione nei singoli item (Roma D, n.=202)

Per entrambi i dipartimenti, i più bassi livelli di soddisfazione nei singoli item riguardano le possibilità di carriera, la conciliabilità delle richieste, non in contrasto tra loro, la circolazione di informazioni e il rispetto e la disponibilità da parte dei colleghi del dipartimento. La maggiore soddisfazione si registra per il senso di utilità nel lavoro coi pazienti e per le capacità manageriali dei superiori, quest'ultima è più spiccata negli operatori del DSM RMA rispetto a quelli del DSM RMD come mostra il confronto tra le medie dei punteggi fattoriali del fattore *capacità manageriali dei superiori* nei due dipartimenti (RMA media=0,221, RMD media = -0,166;  $t=3,464$ ,  $df=323$ ,  $p=0,001$ ). I due gruppi differiscono anche per il fattore *adeguatezza dell'ambiente fisico e aspetti formativi* (RMA media=0,211, RMD media = -0,182;  $t=3,535$ ,  $df=323$ ,  $p<0,001$ ).

Non sono state trovate differenze significative di soddisfazione complessiva tra i sessi; mentre sono al limite della significatività le differenze tra i diversi ruoli professionali (psichiatri + psicologi: media  $5,78 \pm 1,64$ ; infermieri: media  $5,41 \pm 1,80$ ; assistenti sociali: media  $5,98 \pm 1,73$ ;  $F=3,004$ ,  $p$  tra i tre gruppi =  $0,051$ ) e anni di lavoro (<2 anni: media  $6,05 \pm 1,47$ ; 2-5 anni: media  $5,60 \pm 1,75$ ; 6-10 anni: media  $5,43 \pm 1,81$ ; oltre 10 anni: media  $5,98 \pm 1,73$ ;  $p$  tra i 4 gruppi =  $0,055$ ). Esiste una relazione tra soddisfazione complessiva e tipo di servizio (CSM: media  $5,84 \pm 1,54$ ; SPDC: media  $5,22 \pm 2,00$ ; Strutture Intermedie: media  $6,22 \pm 1,57$ ;  $p$  tra i 3 gruppi  $\leq 0,001$ ).

Nel complesso per gli operatori della RMD, il più importante fattore predittivo della soddisfazione complessiva è stata la *chiarezza dei ruoli/responsabilità* ( $p<0,001$ ) e nel campione della RMA la *partecipazione alla gestione del servizio* ( $p<0,001$ ).

Tra le categorie di operatori, differiscono gli assistenti sociali per i quali la *collaborazione e comunicazione* rappresenta la principale determinante della soddisfazione complessiva ( $p<0,001$ ).

## Discussione e conclusioni

In generale gli operatori mostrano scarsa soddisfazione della propria condizione lavorativa. Un risultato inatteso è il livello di marcata insoddisfazione per la mancanza o inadeguatezza della circolazione di informazioni, non meraviglia invece l'insoddisfazione nei confronti della retribuzione e delle opportunità di avanzamento nella carriera. Per interpretare questi dati può essere utile citare i risultati di Martin (1) che in un recente lavoro ha concluso che la soddisfazione complessiva nel lavoro dipende soprattutto dal fatto di guadagnare bene e di ottenere avanzamenti di carriera, oltre che di ricevere approvazione e rinforzi positivi dai superiori.

In questo studio, la mancanza di *chiarezza di ruoli/responsabilità* sembra essere una determinante cruciale dell'insoddisfazione di tutti gli operatori tranne gli assistenti sociali. Questo risultato è in disaccordo con quelli di uno studio recente (2) in cui questa determinante è fondamentale per gli assistenti sociali ma non per le altre figure professionali.

Un'altra importante determinante è risultata essere la *partecipazione alla gestione del servizio* e alle decisioni che riguardano il proprio lavoro. Questo risultato è in accordo con quello di uno studio (3) che ha mostrato l'associazione tra soddisfazione e autonomia di organizzazione nel proprio lavoro.

In conclusione, i risultati di questo studio identificano alcune aspetti problematici della gestione delle risorse umane nei servizi di salute mentale. Si è in effetti definito un progetto di intervento migliorativo che riguarda soprattutto aspetti di qualità gestionale (ad esempio maggiore e migliore comunicazione di cosa il servizio si aspetta dagli operatori, maggiore coinvolgimento nelle decisioni, aumento delle informazioni e della loro circolazione, promozione della comunicazione tra operatori di diverse qualifiche e servizi).

I risultati di questo studio hanno consentito di produrre un articolo scientifico che è stato inviato a una rivista internazionale (4).

## Ringraziamenti

Si ringraziano le dott.sse Tiziana Liverani e Veronica Salvi per aver svolto l'indagine sul campo in modo efficiente, nel rispetto dei tempi e con capacità di motivazione degli operatori.

## Bibliografia

1. Martin U, Schinke SP. Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social and Work Health Care* 1998;28(2): 51-62.
2. Reid Y, Johnson S, Morant N, Kuipers E, Szmukler G, Thornicroft G, Bebbington P, Prosser D. Explanations for stress and satisfaction in mental health Professionals: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34(6):301-8.
3. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research* 1997;43(1) 51-9.
4. Balbi A, Gigantesco A, Chiaia, E, Ciavarella MA, Purpura M, Morosini P. Organizational and individual factors influencing job satisfaction of mental health workers. *Journal of Psychiatric Research* (sottomesso per la pubblicazione).

# DALLA PRESA IN CARICO AL CASE MANAGEMENT: LA CURA PSICOSOCIALE IN ITALIA E LA SUA VALUTAZIONE EMPIRICA

Angelo Fioritti <sup>1</sup>, Elisa Ferrigni <sup>2</sup>, Paola Rubatta <sup>2</sup>, Paola Rucci <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Programma Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Rimini

<sup>2</sup> DSM AUSL Città di Bologna

<sup>3</sup> Istituto di Psichiatria, Università di Pisa

## Introduzione ed obiettivi

L'assistenza psichiatrica in Italia si è caratterizzata dopo il 1978 per la forte enfasi data agli aspetti psicosociali e riabilitativi del trattamento, al di là della mera dimensione medico-biologica. Sebbene l'organizzazione generale dei servizi rispecchi tale impostazione, non risulta siano state sperimentate forme protocollate e riproducibili di assistenza psicosociale integrata. In diverse realtà anglo-americane ed europee sono invece ormai consolidate forme di trattamento psicosociale al paziente grave note sotto i termini di *Case Management*, *Intensive Case management*, *Assertive Community Treatment* ed altre ancora. La sperimentazione in Italia di un programma ispirato ai principi dell'*Assertive Community Treatment (ACT)* costituisce quindi una buona opportunità per valutare gli elementi costitutivi del processo di cura nei servizi Italiani e le potenzialità aggiuntive di un modello formalizzato di assistenza psicosociale formalizzato sul modello del *Case Management (CM)*.

La possibilità di comparare su base transculturale (tra un servizio Italiano ed uno omologo di area anglo-americana) le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e quelle inerenti il processo di cura e gli esiti, offre inoltre una insostituibile possibilità di contestualizzare in Italia i risultati della ricerca internazionale ed di porre nella giusta luce le esperienze Italiane nel panorama mondiale (1-5).

## Metodi

Dall'ottobre 1996 quarantadue pazienti seguiti dal Servizio di Salute Mentale del Distretto Savena-S.Stefano dell'Azienda USL Città di Bologna, sono stati seguiti da una mini-équipe costituita da quattro infermieri con funzioni di *case managers*, un medico ed un'assistente sociale, secondo il modello dell'ACT.

Nella prima fase dello studio, all'ingresso nel programma ACT tutti i pazienti sono stati valutati con i seguenti strumenti: BPRS, DAS, LCS, PePsyCHS, VSBS, Scheda Ricoveri. Dal Sistema Informativo Informatizzato del Servizio sono stati inoltre rilevati tutti gli interventi eseguiti a loro favore nell'anno precedente all'ingresso nel programma ACT. Le stesse informazioni sono state rilevate a distanza di un anno dall'ingresso nello studio.

Nella seconda fase dello studio sono stati raccolti alcuni dati di follow-up a tre anni per i quarantadue pazienti arruolati inizialmente. Sono stati inoltre esaminate con gli stessi strumenti due coorti di pazienti:

1. cinquantasei pazienti assistiti con tale modalità alla data del 1.6.2000 presso lo stesso servizio di Bologna;

2. centotré pazienti in carico ad un servizio territoriale domiciliare di Londra (St. George's Hospital Medical School, Dept. Of Community Psychiatry, Outreach Team).

## Risultati

Nella prima fase della ricerca, vale a dire durante il primo anno del programma ACT, sono stati studiati quarantadue pazienti (dei quali 48% con diagnosi di schizofrenia, 14% con diagnosi di disturbi affettivi ed il 21% con diagnosi di grave disturbo della personalità). Nell'anno in cui sono stati seguiti con modalità ACT si è verificato rispetto all'anno precedente un esito molto positivo su tutti gli aspetti clinici ed un differente utilizzo dei servizi. Il numero degli interventi è aumentato significativamente (da 5928 a 8533), sono diminuite le giornate di ricovero (da 2935 a 1950), i punteggi medi della BPRS e della DAS sono migliorati del 32%. Parallelamente anche i costi medi sono diminuiti sensibilmente, passando da una media di circa 31 milioni annui per paziente ad una media di circa 22 milioni. Solo i pazienti con pregresso comportamento violento, con gravi disturbi della personalità avevano un esito clinico meno favorevole. I pazienti con grave disabilità avevano un esito clinico ugualmente favorevole, ma costi più elevati.

Nella seconda fase della ricerca sono stati raccolti dati di follow-up a tre anni sui quarantadue pazienti iniziali. Di questi il 52,4% (N=22) continuava ad essere seguita con modalità ACT, l'11,9% (N=5) erano migliorati al punto da poter essere restituiti alla modalità ambulatoriale di assistenza, l'11,9% (N=5) erano stati dimessi o avevano interrotto il rapporto con il servizio, il 9,5% (N=4) erano deceduti (1 per suicidio e 3 per cause naturali), il 14,3% (N=6) era stato inserito in programmi di residenzialità protetta in quanto l'assistenza territoriale, per quanto intensificata si era dimostrata insufficiente.

Sono stati inoltre valutati i dati clinici e di utilizzo dei servizi di 56 pazienti seguiti con modalità ACT a Bologna e 103 a Londra. Rispetto al campione londinese i pazienti di Bologna hanno dimostrato significative differenze sociodemografiche, cliniche e nell'utilizzo dei servizi. I pazienti di Bologna hanno una età media maggiore (46,8 aa. vs 42,3), hanno una composizione monoetnica, vivono più spesso con la famiglia d'origine (36,2% vs 19,4%), sono più spesso in condizione lavorativa, protetta o non (24,1% vs 6,8%). L'età al primo contatto con i servizi psichiatrici è inferiore a Londra (25,0 vs 27,8) ed anche la durata di permanenza in una modalità assistenziale tipo ACT è superiore a Londra (48,1 mesi vs 33,2). Anche la composizione diagnostica è diversa, essendo la popolazione seguita a Londra costituita esclusivamente da disturbi schizofrenici (66% vs 36,2%), deliranti (7,8% vs 12,1%) e bipolari (24,3% vs 19,0%), mentre in quella bolognese compaiono anche gravi disturbi del carattere (15,5%) ed altri disturbi (17,2%).

Ma è soprattutto nell'utilizzo dei servizi ospedalieri che si riscontrano le differenze più sostanziali. A Londra ogni paziente effettuava in media 1,24 ricoveri volontari a testa in due anni, con una media di 55,6 gg. di degenza nello stesso periodo. A Bologna ogni paziente effettuava in media 1,75 ricoveri volontari a testa in due anni, con una media di 79,4 gg. di degenza nello stesso periodo.

Non emergeva nessuna differenza significativa tra Bologna (0,36) e Londra (0,67) quanto a numero di TSO, ma differenze estremamente significative rispetto alla durata di giorni in TSO in due anni (Bologna 3,77 gg., Londra 44,4 gg.).

Dal punto di vista della farmacoterapia si segnala un uso decisamente più frequente di politerapia da parte dei medici bolognesi, a fronte di una penetrazione dei nuovi antipsicotici molto maggiore a Londra.

## Discussione e conclusioni

Sebbene la maggior parte degli studi di epidemiologia clinica si rivolga a valutare l'efficacia pratica di terapie e modelli di intervento, pochissimi studi hanno affrontato il tema del processo di cura al fine di identificare le componenti dotate di maggiore efficacia. Lo studio di un modello di *Case Management* formalizzato in Italia dimostra che, almeno nel primo anno dalla sua introduzione, esso migliora l'esito del processo di cura, lasciando intuire che alcuni fattori, come la maggiore strutturazione ed un rapporto personalizzato basato su compiti pratici, siano determinanti.

L'analisi del follow-up a tre anni dimostra che non tutti i risultati ottenuti nel breve periodo si mantengono. In particolare problemi di morbilità fisica, di disabilità grave (che richiedono contesti più protetti) e difficoltà gestionali con pazienti affetti da gravi disturbi di personalità o con pregressi comportamenti violenti, fanno sì che a tre anni solo il 50% circa dei pazienti continui ad utilizzare la modalità ACT di assistenza.

Nella analisi transculturale condotta tra Bologna e Londra emergono molti aspetti che dovrebbero indurre a cautela nella trasposizione di risultati sperimentali ottenuti in contesti anglo-americani e richiedono lo sviluppo di studi con metodologie condivise tra vari paesi per comprendere che cosa vi sia di specifico ed universale nel tipo di assistenza psicosociale intensiva.

Innanzitutto i sistemi sociale e di cura si configurano come molto diversi: Il contesto culturale di background è sicuramente più favorevole a Bologna, con maggiori risorse e forse anche con maggiori aspettative; d'altro canto il contesto istituzionale psichiatrico è meno direttivo e più centrato sulla soggettività del paziente e della sua famiglia. All'interno dell'equipe di lavoro territoriale la ripartizione del lavoro è ancora molto centrata sulla figura medica a Bologna, con frequenti contatti medico-paziente a tutto campo (dalla farmacoterapia alla riabilitazione) e frequenti aggiustamenti di terapia farmacologica. A tal proposito sia a Bologna che a Londra esiste una buona penetrazione dei nuovi antipsicotici, spesso usati a Bologna in politerapia.

Questi dati, visti nell'ottica della letteratura internazionale, pongono l'esigenza di avviare una nuova fase nella ricerca sulla terapia psicosociale del disturbo mentale grave (6), basata su comparazioni internazionali e sull'analisi delle singole componenti del processo di cura, per arrivare a comprendere quali siano gli elementi specifici che contribuiscono alla salute ed alla qualità di vita del paziente.

## Bibliografia

1. Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Valutazione degli esiti ad un anno di un programma di terapia assertiva per pazienti con disturbi psichiatrici gravi sul territorio. *Riunione Scientifica Annuale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*. Bari, 20 Novembre 1998. p. 49-50, abstract.
2. Fioritti A, Trasca F, Nasuto G, Grazia MR, Massarenti M. L'assistenza infermieristica nel trattamento intensivo prolungato. *Professione Infermiere* 1999;11(2):22-30.
3. Fioritti A. Italian Community Psychiatry: do we need case managers? Abstract Book vol I, XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, Germany, 6-11-August 1999. *Current Opinion in Psychiatry* 1999;12(Suppl.1):303.



4. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Presa in carico o case management? Valutazione empirica di un percorso di riorganizzazione in un gruppo di lavoro psichiatrico territoriale. In: Morosini P (Ed.). *La valutazione nei servizi psichiatrici*. Roma: Centro Scientifico Editore (in corso di stampa).
5. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Valutazione degli esiti ad un anno di un Programma di Assertive Community Treatment (Pact) a Bologna. *Rivista Sperimentale di Freniatria* (in corso di stampa).
6. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. Case Management in Europe. *Psychiatric Services* (in corso di stampa).

# VADO: UNO STRUMENTO PER LA PIANIFICAZIONE E LA VALUTAZIONE DI INTERVENTI RIABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI. VALUTAZIONE DEI RISULTATI IN DIECI CENTRI ITALIANI

Luisa Brambilla<sup>1</sup>, Luigina Archiati<sup>1</sup>, Michela Vittorielli<sup>1</sup>, Charlotte Sleijpen<sup>1</sup>, Luigi Basso<sup>2</sup>, Adriano Aletti<sup>4</sup>, Enzo Jori<sup>3</sup>, Morena Melli<sup>3</sup>, Cristina Meneghini<sup>5</sup>, Paolo Palvarini<sup>3</sup>, Monica Scirea<sup>6</sup>, Enrico Visani<sup>7</sup>, Rosaria Pioli<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IRCCS Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia;

<sup>2</sup> Centro di Riabilitazione Psichiatrica c/o Clinica Grieserhof, Bolzano;

<sup>3</sup> Azienda Ospedaliera C. Poma, Unità Operativa di Psichiatria n. 27, Mantova

<sup>4</sup> Istituti Ospedalieri di Cremona, Unità Operativa di Psichiatria, Cremona

<sup>5</sup> Azienda Unità Sanitaria Locale, Centro Diurno Psichiatrico Città di Bologna

<sup>6</sup> Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Unità Operativa di Psichiatria, Monza

<sup>7</sup> Azienda Unità Sanitaria Locale Centro Salute Mentale, ASL Roma A.

## Introduzione e obiettivi

Molti interventi riabilitativi sono ancora effettuati senza una chiara definizione di obiettivi individualizzati e senza una valutazione riproducibile dell'efficacia dell'intervento. Perciò si va sempre più diffondendo l'esigenza di introdurre procedure che valutino l'efficacia degli interventi riabilitativi condotti nella pratica quotidiana dei servizi (1). Il VADO (Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi) (2) è uno strumento che consente l'utilizzo di alcune semplici procedure standardizzate per la valutazione globale del funzionamento, la definizione operativa di obiettivi riproducibili e la verifica del grado di raggiungimento di ciascun singolo obiettivo.

Gli scopi dello studio riguardano la valutazione dell'applicabilità del VADO in diversi contesti riabilitativi, residenziali e territoriali, e la valutazione degli effetti dei programmi individualizzati.

## Metodi

Hanno partecipato allo studio 10 Servizi del Centro e Nord d'Italia. In ciascun Centro sono stati selezionati tutti i pazienti reclutabili per l'intervento, che rispondessero ai criteri di inclusione: età non superiore ai 65 anni, diagnosi accertata secondo criteri ICD-10, da F20 a F29, punteggio globale di funzionamento non superiore a 70 alla scala FPS del VADO (derivata dalle componenti di funzionamento sociale della GAF, *Global Assessment of Functioning Scale*).

Lo studio è stato condotto su 95 soggetti: 55 inclusi nel gruppo in trattamento secondo i principi contenuti nel VADO e 40 nel gruppo di controllo, che riceve il trattamento offerto di routine presso il Servizio di appartenenza. Tale numerosità consentirebbe di evidenziare, con una potenza dell'80% ed una protezione del 95%, una differenza tra trattati e controlli di 5 punti in media sulla scala FPS, corrispondente alla metà della differenza osservata tra prima/dopo l'intervento, nello studio pilota.

L'assegnazione ai due gruppi è avvenuta tramite randomizzazione stratificata per sesso ed età. Le valutazioni sono state effettuate all'ingresso nello studio, a sei mesi o alla fine intervento attivo (se più breve) e saranno ripetute ad un anno.

Le valutazioni sono state condotte da operatori formati all'utilizzo del VADO (con un training di 4 giornate) e anche da valutatori in cieco rispetto ai trattamenti. Nel caso di disaccordo, si è proceduto all'attribuzione di un punteggio di accordo tra i due valutatori, con il consenso di un terzo giudice.

Complessivamente, per la valutazione dell'esito vengono valutati: il funzionamento globale (*Scala di Funzionamento Personale e Sociale, FPS*), il profilo psicopatologico (*BPRS 4.0 - versione ampliata a 24 items*), la disabilità nei ruoli sociali, produttivi e strumentali (*n. di aree di vita compromesse sulle 28 del Modulo AR del VADO*). Altre valutazioni sono effettuate dai pazienti in prima persona: lo Stato di Salute soggettivamente percepito (*SF-10*) e la Soddisfazione per l'intervento ricevuto.

Inoltre sono state rilevate, tramite questionari *ad hoc*, derivati dal Questionario sull'Opinione degli Utenti (3) anche la Soddisfazione dei familiari e degli operatori, per l'intervento condotto attraverso il VADO Come misure di processo si sono considerati: il numero e il tipo di obiettivi concordati e definiti e la percentuale di quelli raggiunti. Per i controlli è stato rilevato il tipo di trattamento e sono state valutate le stesse misure di esito.

## Risultati

Sono stati raccolti dati socio-demografici e informazioni cliniche su 95 pazienti (64% maschi), con età media di 40 anni ( $\pm 10$ , range 22-61).

Al baseline i due gruppi si possono considerare sostanzialmente omogenei sia sul piano del funzionamento psicosociale (la maggior parte dei soggetti si caratterizza per la presenza di disabilità di livello grave) e del numero di aree problematiche, sia per il profilo psicopatologico, sebbene il gruppo di controllo presenti una maggiore durata di malattia ( $p=0,05$ ).

Per quanto riguarda il Gruppo Sperimentale, l'analisi del Modulo A.R. (Aree Riabilitative) consente di identificare le aree selezionate come prioritarie per la promozione degli interventi riabilitativi individualizzati ("cura dello spazio di vita e attività domestiche" per il 42% dei pazienti; "attività produttive" per il 40%; "gestione della salute psichica" per il 25%, "cura di sé" per il 22%, "partecipazione alla vita di residenza" e "gestione del denaro" per il 16%).

In totale sono stati concordati e definiti 174 obiettivi riabilitativi individualizzati, (media= $3\pm 2$ ; range 1-9), di cui il 70% completamente raggiunti e il 22% almeno parzialmente raggiunti (abilità utilizzata in modo saltuario e/o solo in ambiente protetto).

Per quanto riguarda il Gruppo di Controllo, si è rilevato il tipo di trattamento offerto di routine a ciascun soggetto incluso, attraverso una scheda di rilevazione degli interventi, messa a punto a partire dal "Glossario delle attività e degli interventi del Dipartimento di Salute Mentale" (4). Prevalentemente sono stati condotti *Interventi di risocializzazione di Gruppo* per l'88% dei pazienti (ad es., gruppi di discussione e lettura, gruppi finalizzati alla visione di film, gruppi di cucina, ecc.); *Interventi con finalità ricreative e di risocializzazione al di fuori dell'ambito familiare e/o sanitario* (gite, escursioni, viaggi della durata di almeno un giorno, con la presenza di operatori) per il 72% dei pazienti; *Interventi individuali rispetto alle abilità di base interpersonali e sociali* (ad es., interventi su cura di sé e cosiddette abilità strumentali, come usare il telefono, prendere l'autobus, ecc.) per il 68% dei pazienti.

La Tabella 1 presenta i dati relativi ai due gruppi, riguardanti: età, sesso, durata di malattia, ruolo produttivo, titolo di studio e abitazione e convivenza.

**Tabella 1. Dati relativi ai due gruppi, riguardanti: età, sesso, durata di malattia, ruolo produttivo, titolo di studio e abitazione e convivenza**

<b>Variabili</b>	<b>Trattati (n.=55)</b>	<b>Controlli (n.=40)</b>
Età (media ± DS)	39 ± 10	42 ± 10
Durata di malattia (anni, media ± DS) *	17 ± 9	21 ± 10
Sesso (%)		
<i>maschi</i>	60	70
<i>femmine</i>	40	30
Ruolo produttivo (%)	29	33
Titolo di studio (%)		
<i>elementare</i>	13	35
<i>media inferiore</i>	60	44
<i>diploma professionale</i>	14	3
<i>media superiore</i>	11	18
<i>laurea</i>	2	0
Abitazione e convivenza (%)		
Da solo	7	16
Con familiari	58	53
Appartamento protetto	2	3
Residenza psichiatrica	33	28

\* Differenze significative tra i due gruppi

La Tabella 2, confronta i due gruppi al baseline ( $t_0$ ) e a 6 mesi ( $t_1$ ), riguardo a:

1. funzionamento personale e sociale (*Scala di Funzionamento Personale e Sociale, FPS*), sia rispetto al punteggio medio globale, sia rispetto alla distribuzione su 6 livelli di gravità;
2. profilo psicopatologico (*BPRS 4.0*);
3. disabilità nei ruoli sociali, produttivi e strumentali (*n. di aree di vita compromesse nel Modulo AR del VADO*).

Analizzando i dati riportati in Tabella 2 emerge quanto segue:

1. osservando le variazioni intervenute nel gruppo di controllo dal  $t_0$  al  $t_1$  non emergono differenze statisticamente significative né nel punteggio globale FPS, né nel numero di aree problematiche e neppure nel punteggio medio totale alla scala BPRS;
2. nel gruppo sperimentale, al  $t_1$ , i soggetti risultano significativamente migliorati sia sulla scala FPS ( $p < 0,0001$ ), sia sulla scala BPRS ( $p < 0,0001$ ), mentre non risulta significativa la riduzione del numero di aree di vita compromesse;
3. al  $t_1$ , sei mesi dopo l'inizio dell'intervento, tra i due gruppi si evidenziano differenze significative sia sulla scala BPRS ( $p < 0,0001$ ), sia nel numero di aree di vita compromesse ( $p < 0,05$ ), e anche sulla scala FPS ( $p < 0,005$ ), sulla quale il gruppo sperimentale presenta un incremento medio di 9 punti, mentre nel gruppo di controllo si osserva un incremento medio di soli 2 punti.

**Tabella 2. Confronto dei due gruppi al baseline (t<sub>0</sub>) e a 6 mesi (t<sub>1</sub>)**

	Trattati (n=55)		Controlli (n=40)	
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>
Punteggio BPRS medio totale (media ± DS)	54 ± 17 *	46 ± 18* #	61 ± 22	62 ± 23 #
n. aree problematiche (su 28) (media ± DS)	14 ± 5	13 ± 6 #	16 ± 5	16 ± 5 #
Punteggio globale FPS (media ± DS)	39 ± 13 *	48 ± 14 * #	36 ± 14	38 ± 15 #
Intervallo FPS (%)				
Mancanza di autonomia	--	--	--	--
Difficoltà gravi	60	35	65	60
Difficoltà marcate	29	40	25	30
Difficoltà evidenti	11	23	10	10
Difficoltà lievi	0	2	0	0
Nessuna difficoltà	--	--	--	--

\* Differenze significative all'interno dello stesso gruppo alle due valutazioni (t<sub>0</sub>-t<sub>1</sub>)

# Differenze significative tra i due gruppi (trattati-controlli) al t<sub>1</sub>

## Discussione

I risultati dello studio, a conclusione della prima fase intermedia, a sei mesi dall'avvio, consentono di evidenziare l'efficacia dell'intervento strutturato secondo i principi contenuti nel VADO, sia nei termini di miglioramento del funzionamento personale e sociale, sia di miglioramento della sintomatologia. Ciò confermerebbe quanto emerge dalla letteratura (5): interventi strutturati, centrati su obiettivi individualizzati, mostrano effetti maggiormente positivi rispetto a trattamenti "tradizionali", prevalentemente centrati su attività di gruppo, finalizzate alla risocializzazione. Le valutazioni di follow up, ad un anno dall'avvio dell'intervento, consentiranno di verificare la tenuta nel tempo dei risultati ottenuti nei primi mesi d'intensa attività riabilitativa; sarebbe inoltre interessante verificare, ove possibile, la stabilità delle abilità apprese, anche in ambienti diversi da quelli di apprendimento.

I risultati incoraggianti di quest'esperienza devono tuttavia tenere conto che l'introduzione del metodo ha evidenziato in diversi Centri la necessità di un lavoro preliminare sia sul contesto organizzativo, sia sulla *cultura* degli operatori. Per un'applicazione efficace del VADO si rende infatti imprescindibile la condivisione dell'intera équipe riabilitativa di alcuni principi base, quali ad esempio, la centralità dell'utente nella scelta dei suoi obiettivi personali. Si sono dimostrati indispensabili, sia la motivazione degli operatori, sia la partecipazione a training di formazione intensivi e a incontri di supervisione mensili.

Ulteriori studi dovrebbero valutare l'applicabilità del VADO nella routine dei servizi, anche in termini di rapporto costi/benefici, oltre che di effetti clinici e riabilitativi.

## Conclusioni

Attraverso l'applicazione del VADO si sono evidenziati degli effetti e dei cambiamenti significativi, soprattutto in aree di funzionamento assai importanti per garantire migliori livelli di autonomia.

L'utilizzo di un metodo strutturato per la pianificazione e la valutazione dell'intervento ha inoltre permesso di introdurre tra gli operatori dei Servizi partecipanti allo studio una 'cultura valutativa', attraverso semplici procedure di monitoraggio dell'intervento, condotte dagli operatori stessi. Ha inoltre contribuito ad orientare l'attività dei Servizi verso una maggiore sistematicità e verso una maggiore attenzione ai 'bisogni riabilitativi' dei singoli utenti.

## Bibliografia

1. Morosini P. La valutazione degli esiti nell'attività di routine dei servizi psichiatrici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1995;4:1-10.
2. Morosini P, Magliano L, Brambilla L. *V.A.D.O. Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi*. Trento: Erickson; 1998.
3. Morosini P, Gigantesco A, *et al.* Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione degli utenti dei servizi di Salute Mentale. *Giornale italiano di Psicopatologia* 1998;1:53-60.
4. Ammadeo F, Bacigalupi M, De Girolamo G, Di Munzio W, Lora A, Semisa D. Attività, interventi e strutture del Dipartimento di Salute Mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1998; 7(Suppl. 2).
5. Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etas Libri; 1995.

# L'ESITO DEGLI INTERVENTI IN PSICHIATRIA. SVILUPPO DI UN MODELLO OPERATIVO PER UNA VALUTAZIONE STANDARDIZZATA, LONGITUDINALE E "DI ROUTINE" DI VARIABILI CLINICHE, SOCIALI E DI INTERAZIONE CON I SERVIZI NEI PAZIENTI ASSISTITI DAI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Mirella Ruggeri, Antonio Lasalvia, Giulia Bisoffi, Rosa Bruna Dall'Agnola, Michele Tansella  
*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona*

## Introduzione e obiettivi

La valutazione dell'efficacia degli interventi rappresenta in psichiatria un tema di cruciale importanza. Le principali metodologie adottate al riguardo vanno, secondo un gradiente decrescente di potenza scientifica, dalle *metanalisi*, agli *studi clinici controllati randomizzati*, agli *studi clinici controllati non randomizzati*, alla *pratica clinica strutturata*, alle osservazioni condotte nella *pratica clinica non strutturata* (1). Più ci si muove dall'alto verso il basso di questo gradiente, più aumentano i rischi che i risultati ottenuti possano essere distorti dall'intervento di variabili non controllate. Tuttavia, i risultati degli studi realizzati nel contesto della *pratica clinica strutturata* – cioè degli studi naturalistici di esito condotti in condizioni cliniche di routine attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e di provata validità – hanno una dignità ed un valore euristico che non possono assolutamente essere trascurati (2). È fondamentale, infatti, valutare l'efficacia nella pratica (*effectiveness*) di un intervento, perché molto spesso i brillanti risultati dei trial clinici, condotti in condizioni ambientali ideali e su gruppi di pazienti accuratamente selezionati, non sono replicabili nei servizi di salute mentale, setting molto complessi che si occupano di un'utenza estremamente eterogenea ed in genere multiproblematica. Inoltre, mentre i trial clinici valutano l'efficacia di specifiche tipologie di intervento e sono condotti in genere a breve termine, nella pratica clinica è necessario determinare l'efficacia di pacchetti di interventi piuttosto articolati, che manifestano i loro effetti sul lungo periodo. Purtroppo, a tutt'oggi, gli studi di esito sono ancora poco numerosi e, anzi, appare sempre più preoccupante la sproporzione tra l'attenzione e gli investimenti che la ricerca psichiatrica dedica ai trial clinici rispetto agli studi che valutano l'efficacia degli interventi nelle condizioni cliniche di routine (2).

Scopo del presente progetto di ricerca è quello di definire un modello di misurazione degli esiti condotto nel contesto della *pratica clinica strutturata* e di verificarne la sua applicabilità nel 'mondo reale' dei Servizi di Salute Mentale.

## Metodi

A partire dal 1994 è stato avviato il *Progetto Outcome*, uno studio naturalistico e longitudinale che ha l'obiettivo di valutare l'esito clinico e sociale dei pazienti assistiti dal

Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud. Il modello concettuale per la valutazione dei servizi su cui si fonda il *Progetto Outcome* si caratterizza per il fatto di privilegiare lo studio dei fenomeni che avvengono nel mondo reale, piuttosto che affrontare il problema dell'efficacia teorica dei vari trattamenti. Tale progetto possiede due caratteristiche peculiari: 1) l'utilizzazione di strumenti standardizzati per la raccolta delle informazioni che vengono quotidianamente riportate nelle cartelle cliniche durante l'attività di routine e 2) l'impiego, nel processo di valutazione, sia degli operatori del Servizio che degli stessi pazienti. Le aree oggetto di valutazione sono: a) il funzionamento globale (*Global Assessment of Functioning Scale*, GAF), b) la psicopatologia (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS, versione 'ampliata' a 24 items), c) la disabilità nei ruoli sociali (8 items tratti dalla *Disability Assessment Scale*, DAS II), d) i bisogni di cura (*Camberwell Assessment of Needs*, CAN), e) la qualità della vita (*Lancashire Quality of Life Profile*, LQL) e f) la soddisfazione nei confronti del servizio (*Verona Service Satisfaction Scale*, VSSS). La compilazione degli strumenti viene effettuata due volte l'anno, nel corso dei trimestri aprile-giugno (trimestre A) ed ottobre-dicembre (trimestre B), e riguarda tutti i pazienti che entrano in contatto con il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, interessando sia i nuovi casi che i pazienti già in carico. Il medico o lo psicologo-chiave compilano per ciascun paziente GAF, BPRS e DAS in entrambi i trimestri e CAN solo nel trimestre B. LQL e VSSS vengono compilate dai pazienti nel corso del trimestre B in una sede separata rispetto a quella in cui avvengono i colloqui clinici, sede nella quale viene garantita, quando necessario, assistenza nel corso della compilazione.

## Risultati

Il *Progetto Outcome* è stato finanziato dal PNSM attraverso due successive annualità (1997-1998 e 1999-2000).

Nella parte di progetto corrispondente alla prima annualità, dopo una fase preliminare in cui sono state consolidate e rifiniti gli aspetti metodologici previsti dal protocollo (traduzione ed adattamento degli strumenti e verifica formale della loro affidabilità), si è proceduto a completare la raccolta e l'archiviazione dati, ad avviare l'analisi dei dati raccolti e ad intraprendere la scrittura di una serie di lavori scientifici (3-6) i cui risultati principali sono stati riportati nel Rapporto ISISTAN 2000, al quale si rimanda (7).

Nel corso del periodo corrispondente alla seconda annualità è proseguita l'analisi dei dati raccolti nelle ondate 1994-1997 del *Progetto Outcome*. Inoltre, sulla base di tali dati e delle relative analisi statistiche, sono stati prodotti: 1) un libro sulla valutazione dell'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale, ed 2) una serie di lavori scientifici aventi come obiettivo principale quello di individuare i fattori predittivi di buon esito di alcune delle principali variabili considerate. Verranno di seguito illustrate le caratteristiche salienti di questi lavori.

1) Il volume '*Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*' (8) è un vero e proprio manuale, che mira a fornire agli operatori dei DSM gli strumenti teorici e pratici per una valutazione dell'esito degli interventi effettuati nei servizi psichiatrici. Dopo una introduzione sui principali aspetti concettuali inerenti alla valutazione dell'esito in psichiatria, viene proposto il modello multidimensionale e multiassiale adottato nel corso del *Progetto Outcome* che include valutazioni dei bisogni di cura, della psicopatologia, della disabilità sociale, del funzionamento globale, della qualità della vita (QdV) e della soddisfazione degli utenti. Affinché gli operatori dei DSM possano facilmente riprodurre l'esperienza del *Progetto Outcome* nei propri servizi, nel testo vengono riportate in maniera dettagliata tutte le istruzioni per la conduzione del progetto, le risorse di personale necessarie, e tutte le possibili varianti.



Vengono anche riprodotti gli strumenti utilizzati dagli autori per le valutazioni, corredati di introduzione, descrizione ed istruzioni per l'uso.

2) Per quanto riguarda i lavori scientifici prodotti nel corso del periodo relativo alla seconda annualità, tre studi si sono occupati del tema relativo alla *qualità della vita*, due di quello inerente i *bisogni di cura*.

#### *Qualità della vita*

Nel primo lavoro (9) è stata analizzata la struttura fattoriale del Lancashire Quality of Life Profile (LQL), che ha messo in evidenza l'esistenza di tre costrutti latenti della QdV, uno relativo alla QdV soggettiva e due relativi alla QdV oggettiva (lavoro/reddito e situazione abitativa/sicurezza). Utilizzando tecniche di regressione multipla, è stata poi studiata la capacità di una ampia serie di variabili (comprendente caratteristiche socio-demografiche, diagnosi, psicopatologia, condizione emotiva, autostima, disabilità, funzionamento globale, utilizzazione dei servizi e soddisfazione verso i servizi) di predire sia a livello trasversale che longitudinale (follow-up a due anni) i tre fattori individuati in precedenza mediante l'analisi fattoriale. A livello trasversale, condizione emotiva (percentuale di varianza spiegata 24,5%), soddisfazione verso i servizi (22,1%) e autostima (6%) risultavano essere i predittori più rilevanti della QdV soggettiva. Anche un sottogruppo di item della BPRS riguardanti sintomi di tipo ansioso-depressivo (7%) risultava essere un fattore predittivo, mentre la psicopatologia totale non aveva alcun effetto. L'unico fattore predittivo della QdV a livello longitudinale risultava essere la QdV al baseline, mentre gli altri fattori non avevano alcun effetto. I predittori della QdV obiettiva risultavano essere, sia a livello trasversale che longitudinale, variabili socio-demografiche, diagnosi, tipo di trattamento ricevuto, psicopatologia, funzionamento, che tuttavia nel loro insieme riuscivano a spiegare percentuali di varianza inferiori al 30%.

Nel secondo lavoro (10) è stato analizzato l'effetto delle stesse variabili sui diversi ambiti della QdV soggettiva presi in considerazione dal LQL. In generale, i risultati hanno dimostrato che esistono notevoli differenze nei fattori che predicano la QdV nei vari ambiti e nella quota di varianza che essi sono in grado di spiegare, a creare un pattern piuttosto complesso di specificità nella predizione. Ad esempio, la condizione di disoccupazione risultava essere negativamente associata con la soddisfazione di vita negli ambiti lavoro e finanze, mentre la condizione di casalinga risultava positivamente associata con la soddisfazione nell'ambito delle relazioni familiari (varianza spiegata variabile dal 7 al 9%); l'età avanzata ed un basso livello di scolarità risultavano associate con una maggiore soddisfazione nell'ambito della religione (varianza spiegata 13,4%).

In un terzo lavoro (11) è stato analizzato l'impatto della psicopatologia valutata dagli operatori (misurata tramite la BPRS) e di quella valutata dagli utenti del Servizio (misurata con l'SCL-90) sulla QdV soggettiva. La percezione della psicopatologia, sia di quella complessiva che nelle differenti dimensioni psicopatologiche, è risultata differente tra staff e pazienti, dal momento che i punteggi della BPRS e della SCL-90 erano tra loro correlati in maniera piuttosto debole ( $r = \text{range } 0,05-0,34$ ). Inoltre, è stata riscontrata una correlazione di grado piuttosto elevato tra QdV soggettiva e psicopatologia autovalutata ( $r = -0,70$ ), mentre sono apparse tra loro scarsamente correlate QdV soggettiva e psicopatologia eterovalutata ( $r = -0,44$ ). Utilizzando tecniche di analisi multivariata è stato confermato il ruolo preponderante giocato dalla psicopatologia autovalutata sulla QdV soggettiva, ed in

particolare dei sentimenti di tipo depressivo e dei vissuti persecutori (varianza spiegata 47,9%).

### *Bisogni di cura*

Il primo studio ha indagato l'accordo sulla percezione dei bisogni di cura in 275 pazienti e nei rispettivi operatori-chiave (12) allo scopo di individuare le variabili in grado di predire l'accordo o il disaccordo nella valutazione. Pazienti ed operatori hanno identificato in media lo stesso numero totale di bisogni, tuttavia, mentre i pazienti hanno riportato un numero significativamente maggiore di bisogni insoddisfatti lo staff ha identificato un numero significativamente maggiore di bisogni soddisfatti. L'analisi multivariata ha evidenziato che: a) disabilità nei ruoli sociali, numero medio di contatti nell'ultimo anno e disoccupazione hanno valore predittivo positivo sul numero di bisogni identificato dallo staff ; b) la sola disabilità ha valore predittivo positivo sul numero di bisogni identificati dai pazienti; c) il disaccordo sull'identificazione dei bisogni tra staff e pazienti è più elevato quando i pazienti hanno un basso livello di funzionamento globale. Inoltre, staff e pazienti come gruppo ritengono problematiche le stesse aree, ma l'accordo nelle coppie staff-pazienti sul livello dei bisogni è complessivamente basso.

Un secondo studio (13) ha avuto l'obiettivo di identificare i predittori dei bisogni di cura percepiti dagli operatori-chiave. Attraverso l'utilizzo di un modello di regressione multipla in cui le variabili indipendenti erano rappresentate dalle caratteristiche socio-demografiche, dalla diagnosi, dalla psicopatologia, dalla QdV soggettiva, dalla disabilità, dal funzionamento globale, dall'utilizzazione dei servizi e dalla soddisfazione verso i servizi sui bisogni, è emerso che i pazienti di sesso maschile, disoccupati, con elevata sintomatologia e disabilità, con basso funzionamento e bassa QdV soggettiva e con un numero elevato di contatti con il servizio nell'anno precedente hanno la tendenza a presentare un numero elevato di bisogni di cura (varianza spiegata 67%).

## **Discussione**

Le cause che hanno contribuito a ritardare la realizzazione degli studi di esito in psichiatria sono da ricondurre a due ordini di fattori: 1) la difficoltà di individuare indicatori di esito affidabili e specifici per l'assistenza psichiatrica (i classici indicatori tradizionalmente utilizzati in medicina, come ad esempio i tassi di morbidità o di mortalità, sono risultati estremamente riduttivi, scarsamente sensibili a mutamenti a breve termine e non adeguatamente utilizzabili per patologie di lunga durata e cronicamente invalidanti come i disturbi psichici); 2) la mancanza di modelli di misurazione degli esiti coerenti dal punto di vista euristico ed *evidence-based*.

Il *Progetto Outcome* è riuscito a superare entrambe tali limitazioni e, di fatto, rappresenta una delle più originali esperienze di valutazione dell'esito mai realizzate, sia in campo nazionale che internazionale. In primo luogo, in linea con le raccomandazioni formulate da un gruppo di lavoro costituitosi su mandato del *National Institute of Mental Health* statunitense (14), che aveva individuato quattro principali dimensioni – quella clinica, quella riabilitativa, quella sociale e quella umanistica – attraverso cui valutare l'efficacia degli interventi rivolti ai pazienti con disturbi mentali gravi, il nostro gruppo ha selezionato una serie di variabili in grado di cogliere la complessità dell'assistenza a patologie che hanno un effetto spesso devastante su numerosi ambiti della vita dei pazienti.

In secondo luogo, un approccio come quello utilizzato nel *Progetto Outcome* è stato recentemente proposto dal *Medical Research Council* (MRC) britannico nella sua definizione dei

criteri generali per la valutazione dell'efficacia di interventi sanitari complessi. Secondo il MRC, tali tipi di studi debbono essere condotti seguendo una serie di fasi successive, che vanno dalla fase di *costruzione dei modelli* (fase 1), a quella del *trial esplorativo* (fase 2), a quella del *trial definitivo* (fase 3) ed, infine, a quella dell'*implementazione a lungo termine* (fase 4) (15). Il *Progetto Outcome* si articola sull'arco di tutte le fasi dello schema proposto dal MRC: innanzitutto, è stata raccolta, attraverso l'uso di strumenti standardizzati, una quantità tale di dati clinici da conferire 'adeguata potenza statistica' alle analisi condotte (fasi 2 e 3); in secondo luogo, il disegno stesso dello studio, cioè il coinvolgimento degli operatori del servizio nella raccolta dati e la rilevazione di informazioni ricavate nel corso dell'attività clinica quotidiana, è tale da consentire un'agevole implementazione a lungo termine nei contesti clinici di routine (fase 4); inoltre, mediante l'impiego di sofisticate metodologie di tipo statistico, sono state indagate in maniera approfondita le complesse relazioni esistenti tra le differenti variabili di esito, fornendo una chiave di lettura autenticamente nuova per una più completa comprensione teorica su ciascuna delle variabili considerate (fase 1) (16).

In conclusione, il *Progetto Outcome*, forte delle sue basi teoriche e della sua riproducibilità 'sul campo', intende rappresentare uno stimolo ed una guida per analoghi studi valutativi da svolgersi all'interno Dipartimenti di Salute Mentale.

## Bibliografia

1. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
2. Tansella M. Dalla ricerca scientifica all'assistenza psichiatrica: un flusso irregolare e discontinuo. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1999;CXXIII(3):159-164.
3. Ruggeri M, Biggeri A, Rucci P, Tansella M. Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models. The South-Verona Outcome Project 1. *Psychological Medicine* 1998;28:1421-31.
4. Ruggeri M, Riani M, Rucci P, Biggeri A, Tansella M. Multidimensional assessment of outcome in psychiatry: the use of graphical displays. The South-Verona Outcome Project 2. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1998;7:186-98.
5. Ruggeri M, Santolini N, Stegagno M, Imperadore G, Dall'Agnola RB. La Qualità di Vita dei Pazienti Psichiatrici. In: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement 4*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999.
6. Galletta M, Lasalvia A, Ruggeri M. I bisogni di cura dei pazienti psichiatrici in relazione alle loro caratteristiche demografiche, cliniche, sociali e di interazione con i servizi. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1999;CXXIII(4):237-68.
7. Ruggeri M, Dall'Agnola R, Bisoffi G, Lasalvia A, Fontecedro L, Tansella M. L'esito degli interventi in psichiatria. Sviluppo di un modello operativo per una valutazione standardizzata longitudinale e 'di routine' di variabili cliniche, sociali e di interazione con i servizi nei pazienti assistiti dai Dipartimenti di Salute Mentale. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P. (Ed.). *Progetto Nazionale Salute Mentale. Rapporto della prima fase*. Roma: ISS; 2000. p. 205-213. (Rapporti ISTISAN)
8. Ruggeri M, Dall'Agnola RB. *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000.
9. Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor-analytic approach. The South-Verona Outcome Project 4. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:268-75.

10. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (sottomesso per la pubblicazione).
11. Lasalvia A, Santolini N, Ruggeri M. Subjective quality of life and psychopathology: a comparison of staff and patients' perceptions. The South-Verona Outcome Project 7, in preparazione.
12. Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:366-75.
13. Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzato P, Fontecedro L, Tansella M. Indicators of need in community service patients. The South-Verona Outcome Project 6. *British Journal of Psychiatry* (sottomesso per la pubblicazione).
14. Attkinsson C, Cook J, Karno M, Lehman A, McGlashan TH, Meltzer HY, O'Connor M, Richardson D, Rosenblatt A, Wells K, Williams J, Hohman AA. Clinical services research. *Schizophrenia Bulletin* 1992;18:561-627.
15. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex intervention to improve health. *British Medical Journal* 2000;321:694-6.
16. Thornicroft G. Prefazione. In: Ruggeri M, Dall'Agnola RB. *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000.

# SVILUPPO E VALIDAZIONE DI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI NELLA ROUTINE

Pierluigi Morosini<sup>1</sup>, Antonella Gigantesco<sup>1</sup>, Alessandro Bazzoni<sup>2</sup>, Stefano Bertoldi<sup>3</sup>, Luisa Brambilla<sup>4</sup>, Marina Cannavò<sup>5</sup>, Massimo Casacchia<sup>6</sup>, Elvira Chiaia<sup>7</sup>, Francesca Gomez<sup>8</sup>, Alessandro Guidi<sup>9</sup>, Lorenza Magliano<sup>10</sup>, Angelica Mazzarda<sup>2</sup>, Maurizio Miceli<sup>11</sup>, Antonio Pinto<sup>12</sup>, Rosaria Pioli<sup>4</sup>, Gabriella Polidori<sup>1</sup>, Rita Roncone<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Istituto Superiore di Sanità, Roma;

<sup>2</sup>ASL RME, Roma;

<sup>3</sup>AMA, Trento;

<sup>4</sup>Ospedale Fatebenefratelli, Brescia;

<sup>5</sup>DSM RMB;

<sup>6</sup>Clinica Psichiatrica, Università degli Studi L'Aquila;

<sup>7</sup>DSM RMD;

<sup>8</sup>DSM VR22;

<sup>9</sup>DSM Massa Carrara;

<sup>10</sup>Istituto di Psichiatria, Università di Napoli;

<sup>11</sup>DSM, Firenze;

<sup>12</sup>ASL Napoli 4, UOSM Pollena.

## Introduzione e obiettivi

La valutazione degli esiti nella pratica quotidiana dei servizi psichiatrici è agevolata dall'uso di strumenti semplici, riproducibili e autocompilabili (1).

Gli obiettivi di questo progetto sono stati lo sviluppo e/o la validazione di strumenti per la valutazione degli esiti nei servizi di salute mentale dei seguenti tipi: a) compilati dai pazienti; b) compilati dai familiari; c) compilati dagli operatori.

## Metodi

L'attività svolta nel primo anno ha riguardato la validazione dei seguenti strumenti (per una più dettagliata descrizione degli strumenti e della metodologia di validazione adottata si rimanda al rapporto precedente relativo alla prima fase del PNSM) (2):

- 1) *Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)*. Derivata dalle componenti di funzionamento sociale della GAF, ha anch'essa un punteggio da 0 a 100 e si basa sulla valutazione di 4 aree principali: attività socialmente utili, attività sociali, cura di sé, comportamenti disturbanti e aggressivi. Ogni area viene valutata su una scala a 5 livelli: problemi lievi, evidenti ma non marcati, marcati, gravi e molto gravi. Vengono forniti criteri operativi per l'assegnazione dei punteggi alle 4 aree principali e per la combinazione dei 4 punteggi di area, in modo da individuare l'intervallo decimale nelle scale da 0 a 100. Del funzionamento in altre aree si può tenere conto per modificare il punteggio nell'ambito dell'intervallo decimale. È stato effettuato uno studio di riproducibilità da 39 operatori su un campione rappresentativo di 61 pazienti di un servizio di riabilitazione.

- 2a-b) *Scala Romana Autocompilata sull'Opinione degli utenti dei Servizi di Salute mentale (ROS)* nelle versioni per CSM e SPDC. Lo strumento è una semplice scala autocompilata di valutazione dell'opinione dei pazienti nei confronti dell'assistenza ricevuta in termini di qualità del trattamento, aiuto ricevuto dagli operatori, loro cortesia e buona educazione, informazioni ricevute sulle condizioni di salute e sui vantaggi e svantaggi dei farmaci somministrati. È composta da 12 item, la scala di risposta adottata è di tipo Likert a 4 livelli. Le due versioni sono identiche salvo che per qualche adattamento al tipo di servizio. Sono stati condotti studi di validità di facciata e studi di riproducibilità per entrambe le versioni. È stata anche valutata la validità di contenuto e di costrutto dello strumento nella versione per SPDC, proposto a 169 pazienti in trattamento presso l'ospedale S. Filippo Neri di Roma.
- 3) *Questionario sulla soddisfazione degli utenti*, modificato a partire dal precedente dal DSM RMD, in collaborazione con il reparto Valutazione dei Servizi e messo a punto in quattro versioni, per i servizi ospedalieri e per i servizi territoriali, e per ciascuno dei servizi per i pazienti e per i familiari. Sono stati condotti due studi test-retest su 50 pazienti e su 50 familiari.
- 4) *Questionario sulla qualità soggettiva di vita*. Derivato da quello classico di Baker e Intagliata, comprende solo 8 domande relative a salute fisica, salute psichica, lavoro o altre attività utili, situazione finanziaria, relazioni di tipo affettivo e sessuale, rapporti con gli amici e vita sociale, tempo libero, vita in generale. La scala è a 10 livelli. È stato condotto uno studio di riproducibilità su 25 pazienti.
- 5) *Questionario sulle convinzioni deliranti e esperienze sensoriali*. Gli studi di riproducibilità e di validità concomitante con l'item 11 della BPRS sul delirio sono stati condotti su un campione di 38 soggetti, di cui 31 deliranti e 7 in remissione.
- 6) Scala di valutazione psicosintomatologica *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, quarta versione ampliata tradotta in italiano. È stato calcolato l'accordo tra 3 differenti gruppi di compilatori dopo la procedura di addestramento con video tape alla BPRS: psichiatri e psicologi (n=28); studenti tecnici di riabilitazione psicosociale (n=27); studenti in medicina (n=54).

L'attività svolta nel secondo anno ha riguardato la validazione dei seguenti strumenti:

- 7) *Strumento Autocompilato per la Valutazione degli Esiti (SAVE 14)*, in tre versioni per utenti, operatori e familiari con 14 domande fondamentali sui possibili problemi dovuti alla condizione fisica, allo stato emotivo, alle difficoltà nei rapporti con gli altri. La versione per operatori comprende in più la compilazione di 4 scale sintetiche di valutazione psichiatrica, suddivisioni della scala GAF del DSM IV. È stato condotto uno studio di validità di facciata per ciascuna versione (sono stati svolti 2 focus group di 8 familiari ciascuno, 2 di 6 operatori ciascuno e 2 di 5 e 8 pazienti). Sono stati avviati quindi gli studi di riproducibilità.
- 8) *HoNOS* del Royal College of Psychiatrists, in una versione italiana derivata dalla quarta versione dello strumento in inglese. È stato condotto uno studio di validità di facciata (tre focus group che hanno coinvolto in tutto 20 operatori di diverse qualifiche, una fase dei quali è consistita nell'applicazione sperimentale dello strumento per la valutazione di 9 casi clinici reali e 2 casi sotto forma di vignette). È stato condotto poi uno studio di concordanza coinvolgendo 12 operatori di diverse qualifiche professionali che hanno valutato 30 pazienti.

L'attività ha anche riguardato la collaborazione a uno studio sulla qualità percepita condotto dal DSM RMD con lo strumento *Questionario sulla soddisfazione degli utenti* che è stato proposto a 890 pazienti e 270 familiari con i seguenti obiettivi: confrontare la soddisfazione dei pazienti con quella dei familiari e analizzare le determinanti dell'insoddisfazione dei pazienti e dei familiari nei due tipi di servizi, territoriali e ospedalieri.

Sono in corso studi di validazione dei seguenti strumenti di recente proposta del Reparto Valutazione dei Servizi:

- 9) *Questionario di VALutazione dei gruppi di autoMutuoAiuto (VAMA)*, in due versioni, per la persona con il problema oggetto del gruppo e per i familiari. Comprende domande sulla salute fisica, funzionamento e svantaggio sociale, stato d'animo, rapporti con gli altri e qualità di vita. Per ora sono stati solo presi accordi con i centri collaboranti per l'effettuazione dei focus group.
- 10) *Community Oriented Programs Environment Scale (COPEs, RH MOOS Form R)* per la valutazione delle residenze riabilitative. È stata messa a punto una versione semplificata e accorciata per utenti.
- 11) *Questionario sull'Opinione rispetto alla situazione lavorativa* composto da 33 item. È stato messo a partire da alcune scale di stress lavorativo (3), dallo strumento CBA Cognitive Behavioural Assessment Forma H - scheda D (4) e dallo strumento Karasek Job Content Questionnaire (5).
- 12) *Questionario sulle Condizioni di Salute e di Benessere* messo a punto sulla base di diversi strumenti (prevalentemente della CIDI-SF [6]) ma originale perché comprende anche domande per la valutazione del benessere. È stato organizzato un focus group di operatori in un DSM di Roma.

## Risultati

Vengono riassunti in breve i risultati del progetto rimandando per una più dettagliata trattazione alle pubblicazioni prodotte sui singoli strumenti (7-13):

- 1) *Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)*. Lo studio di riproducibilità ha mostrato un'eccellente riproducibilità anche tra operatori meno addestrati (il kappa semplice e il kappa ponderato sui 10 intervalli sono stati rispettivamente di 0,68 e di 0,94; il kappa semplice su 3 livelli raggruppati di codifica di 0,85; il kappa semplice su 3 livelli raggruppati di codifica degli infermieri vs gli infermieri (N=6) non è mai stato inferiore a 1, degli ausiliari vs tecnici di riabilitazione (N=13) è stato di 0,83, degli infermieri vs tecnici di riabilitazione (N=18) è stato di 0,91 e degli ausiliari verso gli ausiliari (N=23) è stato di 0,77. Il coefficiente di correlazione intraclasse è stato di 0,98.
- 2a) *OUSS (Opinione degli Utenti dei Servizi di Salute mentale)* nella versione per CSM. Il tempo medio di compilazione è stato di  $2,6 \pm 1,8$  minuti nella prima rilevazione (range 1-6), l'indice k ponderato  $\geq 0,8$ . Il maggiore determinante del giudizio complessivo sul servizio, a cui si riferiscono gli ultimi due item dello strumento, è risultato essere l'item 1 ("Le sembra di ricevere le cure giuste per la soluzione del suo problema").
- 2b) *OUSS* nella versione per SPDC. Le analisi dello studio di riproducibilità mostrano risultati soddisfacenti per la maggior parte degli item con k ponderati elevati per tutti gli item e

veramente molto elevati per 4 di essi ( $k > 0,9$ ). L'analisi delle componenti fattoriali svolta sui dati raccolti su 161 pazienti (il questionario era stato proposto a 169) ha identificato 3 fattori che spiegano il 67% della varianza totale. La determinante più importante della soddisfazione complessiva è risultata essere la cortesia e la disponibilità degli operatori.

- 3a) *Questionario sulla soddisfazione degli utenti-pazienti.* Il tempo medio di compilazione è stato di  $17,8 \pm 9,5$  minuti nella prima rilevazione e il  $k$  ponderato è risultato soddisfacente per tutti gli item ad eccezione dell'item sulla capacità degli operatori di aiutare il paziente a mantenere/migliorare i rapporti con le persone per lui importanti. Il confronto tra pazienti territoriali e ospedalieri ha mostrato che in media la riproducibilità in SPDC è significativamente più elevata.
- 3b) *Questionario sulla soddisfazione degli utenti-familiari.* L'indice  $k$  ponderato è risultato soddisfacente o molto soddisfacente per tutti gli item, tranne che per gli item sulle informazioni ricevute sul servizio, sulla capacità degli psicologi di comprendere i problemi e rispondere ai bisogni dei familiari e sulla riservatezza degli operatori circa le informazioni cliniche del paziente.

Lo studio sulla qualità percepita condotto successivamente ha prodotto i seguenti principali risultati: 855 pazienti (corrispondenti al 96% dei pazienti a cui era stato proposto) e 256 familiari (98%), hanno compilato il questionario. I pazienti e i familiari dei servizi territoriali non sono stati soddisfatti delle informazioni ricevute sulla terapia e del coinvolgimento nella scelta delle cure. In generale i pazienti e i familiari dei servizi ospedalieri sono stati meno soddisfatti di quelli seguiti dai servizi territoriali e in particolare a causa della mancanza o scarsità di informazioni che ricevono. Nel campione di pazienti le variabili associate all'insoddisfazione sono risultate essere: ricevere cure dai SPDC, avere una diagnosi di psicosi, non avere un partner ed essere in contatto con il dipartimento da più di 6 anni e nei familiari essere femmina e familiare di paziente in cura nei SPDC.

- 4) *Questionario sulla qualità soggettiva di vita.* I tempi di compilazione sono stati sempre inferiori a 10 minuti e nel 65% dei casi inferiore a 5 minuti. I coefficienti di correlazione intraclasse tra le due compilazioni sono stati molto elevati e spesso superiori a 0,9. Il maggiore determinante del giudizio complessivo sulla qualità di vita è risultato essere l'item sulla salute psichica.
- 5) *Questionario sulle convinzioni deliranti e esperienze sensoriali.* I tempi di compilazioni non sono stati mai superiori a 6 minuti. Le misure di accuratezza rispetto all'item 11 della BPRS sulla presenza di delirio sono state: Sensibilità=100%; Specificità=57% (va comunque ricordato che la stima della specificità è molto imprecisa, dato che i soggetti non deliranti erano solo 7). Lo studio test-retest ha mostrato una soddisfacente riproducibilità degli item sulle esperienze sensoriali e una soddisfacente ma meno marcata riproducibilità degli item sulle convinzioni deliranti.
- 6) *Scala di valutazione psicosintomatologica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).* Lo studio di riproducibilità ha mostrato soddisfacenti risultati, anche in valutatori con scarsa esperienza, con coefficienti di correlazione intraclasse, per la stragrande maggioranza degli item, elevati e spesso superiori a 0,90.
- 7) *Strumento Autocompilato per la Valutazione degli Esiti (SAVE 14):* al momento sono stati raccolti i dati relativi a 14 coppie di compilazioni da parte di 5 familiari della versione per familiari, insufficienti per trarre delle conclusioni. Disponiamo invece dei dati relativi a 30 doppie compilazioni della versione per operatori svolte da 15 operatori, che mostrano



una soddisfacente riproducibilità per la maggioranza degli item ( $k \geq 0,6$ ). La scarsa riproducibilità di alcuni item si è visto che è da attribuire non a un difetto del questionario ma a fatti intervenuti tra le due compilazioni che hanno modificato realmente la situazione del paziente o a una modificazione dei sintomi.

- 8) *HoNOS*: Lo studio di concordanza ha mostrato eccellenti risultati, anche in valutatori con scarsa esperienza, con indici di K ponderato elevati per tutte le voci e per il 67% di esse maggiori o uguali a 0,9.

## Discussione e conclusioni

Gli studi condotti hanno mostrato una soddisfacente riproducibilità e accuratezza degli strumenti; il loro uso non richiede particolare addestramento e esperienza di applicazione nella pratica di strumenti di valutazione degli esiti. I servizi che hanno partecipato agli studi (e non solo) li hanno utilizzati o li stanno utilizzando per l'effettuazione di studi di MCQ nella pratica quotidiana. Ad esempio, nel corso del 2001, lo strumento ROS-SC sarà applicato sistematicamente nell'ospedale Pertini di Roma e nei DSM RME e RMB. Altre due versioni adattate dello stesso strumento saranno in uso, sempre nel corso del 2001, nel Dipartimento Materno Infantile e i SERT della ASL RME. Anche la scala HoNOS è attualmente utilizzata nel DSM RME nell'ambito di uno studio sulla valutazione dell'assistenza rivolta a pazienti dei Centri Diurni. Lo strumento messo a punto e validato con il DSM della RMD ha consentito di effettuare il primo studio in Italia di valutazione della qualità percepita in ampi campioni di pazienti e di familiari.

## Bibliografia

1. Morosini P. La valutazione degli esiti nell'attività di routine dei servizi psichiatrici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1995;4:1-10.
2. de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). Progetto Nazionale Salute Mentale. Rapporto della prima fase. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/12)
3. House JS, McMichael AJ, Wells JA, Kaplan BH, Landerman RL. Occupational stress and health among factory workers. *Journal of Health and Social Behaviour* 1979;20:139-60.
4. Zotti AM, Bertolotti G, Michielin ES, Vidotto G. Linee Guida per lo screening di tratti di personalità, cognizioni e comportamenti avversi alla salute. Manuale d'uso per il CBA Forma Hospital. *Advances in Rehabilitation. Aggiornamenti in Medicina Riabilitativa* 2000;8.
5. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books; 1990.
6. Nelson CB, Kessler RC, Mroczek D. Scoring the World Health Organization's. Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF; v1.0 NOV98).
7. Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scala (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:1-7.
8. Morosini P, Gigantesco A, Cannavò M, Nardone P. Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione degli utenti dei servizi di salute mentale. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1998;1:53-60.
9. Gigantesco A, Bazzoni and Morosini P. Validation of a self-completed questionnaire to assess patients' opinion in psychiatric wards. *Psychiatric Research* (sottomesso per la pubblicazione).

10. Gigantesco A, Chiaia E, Cirrincione R, Morosini P. Studio di riproducibilità di uno strumento per la valutazione dell'opinione degli utenti e dei familiari sui servizi di un dipartimento di salute mentale di Roma. *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* (in corso di stampa).
11. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome, Italy. *European Psychiatry* (in corso di stampa).
12. Morosini P, Guidi A, Palumbo G. Prima validazione di uno strumento semplice di percezione della qualità di vita da usare nella routine dei servizi sanitari di salute mentale: Q.V. - ISS. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2000;CXXIV.
13. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IRH, Morosini P, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;100:229-36.

# EFFICACIA NELLA PRATICA DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI GRUPPO DEL DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO CON O SENZA AGORAFOBIA: ANALISI DEI RISULTATI IN DUE SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE

Daniele Piacentini <sup>1</sup>, Daniela Leveni <sup>1</sup>, Giuseppe Biffi <sup>1</sup>, Alessandro Calderoni <sup>2</sup>, Andrea Sileoni <sup>2</sup>,  
Silvio Scarone <sup>2</sup>, Arturo Campana <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento Salute Mentale -Azienda Ospedaliera Treviglio (BG)

<sup>2</sup> Dipartimento Salute Mentale- Azienda Ospedaliera San Paolo Milano

<sup>3</sup> Per elaborazione statistica

## Introduzione e obiettivi

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) con o senza Agorafobia è frequente nella popolazione generale, con una prevalenza lifetime fra il 2 ed il 6%; non vi sono grosse differenze fra i diversi paesi (1).

Numerosi studi dimostrano che i Disturbi d'Ansia, fra cui il Disturbo di Panico è uno dei più rappresentati, comportano nella popolazione un "carico di malattia", in termini di Disability-Adjusted-Life-Years persi (DALYs), superiore rispetto ai disturbi considerati maggiori, per esempio la Schizofrenia (2,3). In molti casi il disturbo comporta un elevato grado di severità clinica, gravi disabilità, alto rischio di cronicizzazione, riduzione della qualità di vita ed elevati costi socio sanitari.

A fronte di ciò, è stato dimostrato che il rapporto costo-efficacia dei trattamenti oggi disponibili, calcolato attraverso il costo per *disability-adjusted-life-years* guadagnati, è migliore per i Disturbi d'Ansia e Depressivi rispetto ai Disturbi Schizofrenici.

Fra i trattamenti la cui efficacia è stata provata e indicati come di prima scelta nel DAP, vi è la terapia cognitivo-comportamentale (4,5) che, oltre a non avere gli effetti collaterali della terapia farmacologica, comporta costi inferiori (6).

Contrariamente a quanto avviene in altri paesi, in Italia, soprattutto nei Servizi Pubblici, è rara l'offerta di trattamenti cognitivo-comportamentali. Una delle motivazioni individuate per spiegare perché i dati della ricerca non sono trasferiti alla pratica clinica è che non è detto che ciò che si è rivelato efficace nel setting sperimentale sia trasferibile al contesto clinico abituale; per questo si distingue l'efficacia dall'effectiveness.

Lo scopo della ricerca è consistito nello sperimentare, in due servizi pubblici, l'applicabilità e l'efficacia nella pratica di un trattamento cognitivo-comportamentale, condotto con caratteristiche intensive e di gruppo per contenerne i costi al livello più basso (7).

Oltre a verificare l'efficacia nel breve termine (8,9), abbiamo effettuato follow-up fino a due anni per verificare il mantenimento nel tempo dei risultati.

## Metodi

Presso i Centri Psico Sociali di Zogno e di Zona 5-Milano, a tutti i soggetti con Disturbo da Attacchi di Panico con/senza Agorafobia, secondo i criteri del DSM-IV, è stata proposto un trattamento cognitivo-comportamentale, secondo la metodologia utilizzata al CRUFAD di Sydney, che prevede un trattamento intensivo (10 giornate a tempo pieno) e di gruppo. La diagnosi è stata formulata attraverso colloquio clinico e riconfermata utilizzando la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI).

Sono stati trattati 74 soggetti: 40 nel CPS di Zogno e 34 nel CPS di Milano; 52 femmine e 22 maschi. L'età media è stata di 35,25 anni, la durata media dall'esordio della malattia di 7,64 anni. In 59 soggetti era presente Agorafobia. Nessun soggetto con diagnosi primaria di DAP è stato escluso dal trattamento per decisione dei terapeuti; in 28 soggetti era concomitante un Disturbo di Personalità. Quarantasette soggetti avevano già tentato trattamenti farmacologici, 23 soggetti si erano già sottoposti a trattamenti psicoterapici. Il trattamento ha compreso le seguenti componenti: psicoeducativa, tecniche di gestione dell'ansia, esercizi di esposizione graduale, ristrutturazione cognitiva.

Per la valutazione degli esiti sono stati utilizzati strumenti obiettivi autocompilati: SF/36 per indagare lo stato di salute generale, Mark Sheehan Phobia Scale per l'andamento delle paure, degli evitamenti e del disagio soggettivo; STAI-X1 e STAI-X2 contenute nel CBA per l'ansia di stato e di tratto; il diario degli attacchi di panico per valutarne il numero.

Sono state effettuate valutazioni al momento dello screening iniziale, prima dell'inizio del trattamento, al suo termine e dopo 6, 12 e 24 mesi. I soggetti per i quali il tempo trascorso fra lo screening e l'inizio del trattamento è stato superiore ad un mese hanno formato un gruppo di controllo (lista di attesa). I soggetti in lista di attesa hanno ricevuto, in attesa del trattamento attivo, colloqui di valutazione e sostegno, con insegnamento di esercizi di respiro lento, a cadenza settimanale.

I dati sono stati analizzati col metodo della *intent-to-treat analysis*, i confronti ai vari tempi di valutazione sono stati effettuati mediante il test non parametrico *Wilcoxon*, per i confronti tra il gruppo dei trattati e quello dei controlli è stato utilizzato il *Mann-Whitney-U-test* ed il test *Chi-quadro*.

## Risultati

Tutti i soggetti arruolati hanno completato il trattamento e sono arrivati al follow-up a sei mesi, 67 sono arrivati al follow-up ad un anno, 45 al follow-up a due anni. Attualmente vi sono 3 drop-out che non si sono ripresentati ai follow-up successivi al trattamento.

I risultati (Tabella 1) mostrano miglioramenti statisticamente significativi dei soggetti trattati in tutte le scale di valutazione; tali miglioramenti si mantengono anche dopo due anni. Anche le differenze rilevate tra il gruppo dei trattati ed i controlli sono statisticamente significative. I pazienti senza Disturbo di Personalità ottengono, in diverse valutazioni, risultati significativamente migliori rispetto ai soggetti con Disturbo di Personalità associato.

Nei campioni esaminati: al momento del reclutamento i pazienti che assumevano farmaci erano 45 (61%), alla fine del trattamento 22 (29%), dopo 6 mesi 18 (24%), dopo un anno 12 (18%), dopo due anni 10 (22%): Chi-quadro  $p < 0,005$ .

**Tabella 1. Gruppo dei trattati, risultati complessivi dei confronti**

		Pazienti con attacchi di panico	Attacchi panico	SF 36 punteggio totale	STAI-X1 ansia di stato	STAI_X2 ansia di tratto	MSPS paure	MSPS evitamenti	MSPS disagio
T <sub>0</sub>	<i>n. pazienti</i>	53 (72%)	74	74	40	40	74	74	74
	<i>media</i>	/	8,76	62,56	43,45	59,45	49,69	16,74	6,28
	<i>DS</i>	/	11,00	17,76	11,69	21,78	10,54	8,41	2,31
T <sub>1</sub>	<i>n. pazienti</i>	24 (32%)	74	74	40	40	74	74	74
	<i>media</i>	/	1,08	69,24	34,75	42,28	43,61	10,47	4,26
	<i>DS</i>	/	1,98	14,03	9,38	19,78	11,32	7,46	2,60
	<i>PM</i>	/	/	15 (20%)	13 (33%)	20 (50%)	10 (14%)	42 (57%)	39 (53%)
T <sub>2</sub>	<i>n. pazienti</i>	14 (19%)	74	74	40	40	74	74	74
	<i>media</i>	/	0,42	73,84	33,65	28,23	41,03	7,66	3,41
	<i>DS</i>	/	1,11	14,58	9,34	19,89	10,71	7,50	2,52
	<i>PM</i>	/	/	24 (32%)	19 (48%)	32 (80%)	17 (23%)	58 (78%)	52 (70%)
T <sub>3</sub>	<i>n. pazienti</i>	16 (24%)	67	67	33	33	67	67	67
	<i>media</i>	/	0,42	74,35	32,52	24,24	40,07	5,93	2,93
	<i>DS</i>	/	1,02	17,38	10,04	21,04	11,17	6,62	2,52
	<i>PM</i>	/	/	31 (46%)	15 (45%)	28 (85%)	18 (27%)	54 (81%)	50 (75%)
T <sub>4</sub>	<i>n. pazienti</i>	8 (18%)	45	45	24	24	45	45	45
	<i>media</i>	/	0,40	69,14	34,46	27,63	42,13	7,36	3,42
	<i>DS</i>	/	1,14	17,80	10,79	19,29	11,60	7,20	2,73
	<i>PM</i>	/	/	20 (44%)	10 (42%)	18 (75%)	10 (22%)	37 (82%)	34 (76%)
T <sub>0</sub> vs T <sub>1</sub>		c	w	w	w	w	w	w	w
	T <sub>2</sub>	c	w	w	w	w	w	w	w
	T <sub>3</sub>	c	w	w	w	w	w	w	w
	T <sub>4</sub>	c	w	w	w	w	w	w	w

T<sub>0</sub> = inizio trattamento, T<sub>1</sub> = fine trattamento, T<sub>2</sub> = follow-up a 6 mesi, T<sub>3</sub> = follow-up a 1 anno, T<sub>4</sub> = follow-up a 2 anni  
 PM = Numero di pazienti (percentuale sul totale di pazienti valutati) che hanno un punteggio migliore di almeno il 30% rispetto a quello iniziale a T<sub>0</sub>.  
 w = Wilcoxon p<0,01, c = Chi-quadro p<0,01

## Discussione

I risultati dello studio dimostrano l'efficacia, nella pratica clinica abituale, della terapia cognitivo-comportamentale proposta, confermando che sono oggi disponibili terapie relativamente a basso costo, efficaci secondo i criteri della *Evidence Based Medicine*, per il trattamento dei Disturbi d'Ansia in generale e del Disturbo di Panico in particolare.

I risultati ottenuti si sono dimostrati duraturi nel tempo nonostante la brevità della terapia.

Alla luce di quanto sopra, è auspicabile che i Dipartimenti di Salute Mentale tengano conto della necessità di dare risposte efficaci a patologie che le indagini epidemiologiche mostrano gravare sulla popolazione, in termini di *carico di malattia*, in misura superiore a quello di altre patologie psichiatriche tradizionalmente considerate *maggiori*. Infatti i Disturbi d'Ansia, anche considerando soltanto le forme gravi, sono molto diffusi nella popolazione e comportano costi e

disabilità complessivamente superiori a quelli, per esempio, dei Disturbi Schizofrenici, mentre le terapie disponibili sono più efficaci ed hanno un costo assai minore.

## Bibliografia

1. Weissman M, *et al.* The Cross-National Epidemiology of Panic Disorder. *Archives of General Psychiatry* 1997;54:305-9.
2. Andrews G, Sanderson K, Beard J. Burden of disease. Methods of calculating disability from mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998;173:123-31.
3. Andrews G, Issakidis C, Slade T. *The clinical significance of Mental Disorders. National Workshop on Comorbidity*. Canberra: ACT; 2000.
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 1998;155 (suppl. 5):1-34.
5. Roth A., Fonagy P. *Psicoterapie e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1997.
6. Mazzi F, Turra F, Cappella F, Panagiotis S, Ventura M, Guaraldi PG. Panic Disorder: costs/benefits of cognitive behavioural group psychotherapy versus pharmacological therapy. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Modena* Anno 115; volume 456.
7. Andrews G, Crino R, Lampe L, Page A. *The Treatment of Anxiety Disorders*. New York: Cambridge University Press; 1994.
8. Leveni D, Mazzoleni D, Piacentini D. Trattamento cognitivo comportamentale di gruppo del disturbo da attacchi di panico: descrizione dei risultati in un servizio di salute mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;8:4.
9. Calzeroni A. Group cognitive psychotherapy for panic disorder in the public service. *International Journal of Psychiatry and Behavioural Science* 1999;2.

# PSICOTERAPIA DELL' IPOCONDRIA: UNO STUDIO CONTROLLATO

Silvana Grandi, Stefania Fabbri, Chiara Rafanelli, Sandra Conti, Eliana Tossani, Giovanni A. Fava  
*Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna*

## Introduzione e obiettivi

L'ipocondria è un disturbo a decorso solitamente cronico, con scarso miglioramento spontaneo e resistente al trattamento (1). Nonostante le limitate possibilità di guarigione, parecchi studiosi si sono adoperati per sviluppare adeguati interventi terapeutici. Intorno agli anni ottanta R. Kellner ha sistematizzato, attraverso studi condotti prevalentemente su soggetti con sintomi somatici funzionali, un approccio terapeutico definito: Terapia Esplicativa (TE) (2). Lo scopo del presente studio è quello di verificare con un disegno sperimentale controllato, l'efficacia della TE di R. Kellner nel trattamento dell'ipocondria, rilevare e monitorare le modificazioni fenomenologiche indotte dalla TE e valutarne gli esiti ad un follow-up di 6 mesi.

## Metodi

Il disegno sperimentale è stato di tipo controllato cross-over, su 20 pazienti ambulatoriali con diagnosi di ipocondria secondo il DSM IV (3) assegnati in modo randomizzato al trattamento con TE (gruppo A) o alla lista d'attesa (gruppo B). Nel gruppo A, completata la TE, è stato effettuato un follow-up di 6 mesi; il gruppo B al termine del periodo in lista di attesa è stato poi trattato con TE.

Sono state effettuate 3 misurazioni secondo lo schema riportato: gruppo A: 1<sup>a</sup> misurazione/Psicoterapia/2<sup>a</sup> misurazione/Follow-up/3<sup>a</sup> misurazione, gruppo B: 1<sup>a</sup> misurazione/Lista d'attesa/2<sup>a</sup> misurazione/ Psicoterapia/3<sup>a</sup> misurazione. Per tutta la durata dello studio i partecipanti sono stati seguiti dal medico di base. La T. E., secondo le linee guida di R. Kellner (1-3), è stata condotta da due esperti psichiatri, con sedute di trenta minuti ogni quindici giorni per sedici settimane. I pazienti arruolati dovevano soddisfare i seguenti criteri: a) diagnosi di ipocondria secondo il DSM-IV; b) esclusione di disturbi sull'asse I e II del DSM-IV; c) assenza di malattie internistiche o neurologiche; d) livello di gravità dell'ipocondria non inferiore a sette secondo la Scala di Valutazione Globale di Malattia di R. Kellner (4). Tutti i soggetti edotti sulle modalità e scopi della ricerca hanno acconsentito di parteciparvi.

Gli assessment psicometrici sono stati eseguiti da uno psicologo clinico "blind" rispetto all'assegnazione terapeutica.

## Strumenti di eterovalutazione

- Intervista Clinica per la Depressione di Paykel (CID) (5). Nel presente studio è stata utilizzata una versione modificata per permettere una migliore diagnosi differenziale di paure e convinzioni ipocondriache con particolare riferimento a tanatofobia, nosofobia e preoccupazioni somatiche.

- Rating Scale for Somatic Symptoms (RSSS) di R. Kellner (6).
- Monitoraggio degli accessi al Servizio Sanitario Nazionale nell'arco di tre mesi.

### **Strumenti di autovalutazione:**

- Illness Attitude Scales di R. Kellner (1).
- Anxiety Sensivity Index (ASI) di S. Reiss *et al.* (7).
- Per l'analisi statistica è stato utilizzato un metodo non parametrico, il test di permutazione, adattato da Pesarin (8).

## **Risultati**

Gruppo A (TE) e gruppo B (lista d'attesa) hanno presentato alla prima misurazione differenze significative ( $p < 0,05$ ) nel punteggio della CID globale e RSSS. Otto dei 10 pazienti del gruppo A sono stati sottoposti a TE e valutati anche al follow-up di 6 mesi; 8 dei 9 soggetti del gruppo B che si sono presentati per la seconda valutazione psicometrica hanno poi completato il trattamento con TE.

Nel gruppo A, al termine della TE e mantenuti al follow-up, sono stati registrati miglioramenti significativi ( $p < 0,01$ ) del quadro clinico sia con gli strumenti psicometrici di eterovalutazione (CID globale, CID ipocondria, nosofobia, tanatofobia, RSSS, numero di visite mediche) che di autovalutazione (IAS, ASI).

Nel gruppo B etero ed autovalutazione hanno confermato una stabilità temporale del quadro clinico tra la prima e la seconda misurazione (pre e post lista d'attesa), tranne che per l'ASI ( $p < 0,01$ ). Significativi ( $p < 0,01$ ) sono invece i cambiamenti tra la seconda (post lista d'attesa) e la terza misurazione (post terapia) nelle scale CID globale, ipocondria, nosofobia, tanatofobia, preoccupazioni somatiche, RSSS, numero visite mediche e le scale dell'IAS.

Nei 16 pazienti che hanno ultimato la TE è stata indagata la presenza dei sintomi residui utilizzando la CID (versione modificata): tanatofobia (14 pazienti), nosofobia (6 pazienti), preoccupazioni somatiche (13 pazienti), ipocondria (9 pazienti).

## **Discussione**

I dati emersi da questo studio controllato indicano che la TE di R. Kellner determina un significativo miglioramento del quadro clinico in soggetti con diagnosi di ipocondria secondo il DSM-IV e i benefici raggiunti si mantengono al follow-up di sei mesi. L'auto e l'eterovalutazione hanno rilevato e confermato tali risultati e il tipo di analisi statistica utilizzata ha permesso di ridurre il rischio di cogliere effetti dovuti alle ripetute misurazioni. Il campione privo di comorbidità psichiatrica era comunque caratterizzato da un grado considerevole di gravità della sintomatologia ipocondriaca. Il presente studio supporta i risultati di altri lavori sulla trattabilità dell'ipocondria e di alcune varianti della stessa (nosofobia e tanatofobia).

La persistenza di una sintomatologia subclinica residua in molti pazienti indica che la T.E. può non portare alla remissione completa del quadro clinico, ma alla sua attenuazione e questo dato è in linea con gli studi sui sintomi residui nei disturbi affettivi ed ansiosi (9). La ricerca, inoltre, conferma la stabilità temporale di paura e convinzioni ipocondriache non trattate (10,11).



## Conclusioni

Dal momento che l'ipocondria è di comune riscontro nella pratica medica, ha un decorso che tende alla cronicizzazione e non alla risoluzione spontanea ed un elevato costo sociale (11) risulta di primaria importanza l'individuazione di un trattamento semplice, breve, efficace e con buon rapporto costo/beneficio. La TE di R. Kellner sembra rispondere a tali esigenze.

## Bibliografia

1. Kellner R. *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger; 1986.
2. Kellner R. Psychotherapeutic strategies in the treatment of psychophysiologic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1979;32:91-100.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington, DC: APA; 1994.
4. Kellner R. Improvement criteria in drug trials with neurotic patients. *Psychological Medicine* 1972;2:73-80.
5. Paykel ES. The clinical interview for depression. *Journal of Affective Disorders* 1985;9:85-96.
6. Kellner R. A rating scale of somatic symptoms. *Psychological Medicine* 1988;49-63.
7. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavioral Research and Therapy* 1986;24:1-8.
8. Pesarin F. On a non parametric combination method for dependent permutation tests with applications. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1990, 54:172-179.
9. Fava GA. The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996, 65:2-13.
10. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4-to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:737-44.
11. Fava GA. The concept of psychosomatic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1992;58:1-12.

# VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA E DELLE DISABILITÀ IN PSICHIATRIA E MEDICINA

Gabriella Sebastiani <sup>1</sup>, Luisa Brambilla <sup>3</sup>, Giovanni de Girolamo <sup>2</sup>, Giuseppina Pica <sup>1</sup>, Igor Pontalti <sup>1</sup>, Rosa Provengano <sup>1</sup>, Paola Rucci <sup>4</sup>, Laura Volpini <sup>1</sup>, Amedeo Spagnolo <sup>1</sup>, per il “Gruppo Italiano WHOQoL” \*

<sup>1</sup> *Istituto Italiano di Medicina Sociale;*

<sup>2</sup> *Istituto Superiore di Sanità;*

<sup>3</sup> *IRCCS Fatebenefratelli, Brescia;*

<sup>4</sup> *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa*

## Introduzione ed obiettivi

La Qualità della Vita (‘Quality of Life’, QoL) non viene valutata, di per sé, da gran parte degli strumenti di misura utilizzati in campo medico (1,2). Strumenti appositi sono validati, invece, per quantificare l’impatto che la malattia e le disabilità ad essa associate hanno sullo svolgimento delle attività quotidiane e sul comportamento della persona ammalata (ad es.: il ‘Sickness Impact Profile’), per prendere in esame la percezione soggettiva dello stato di salute (ad es.: il ‘Nottingham Health Profile’), e per ottenere misure più generali del profilo delle disabilità e dello stato funzionale dell’individuo (ad es.: il ‘MOS SF-36, impiegato nel ‘Medical Outcomes Study’ nel 1989).

Questi strumenti, ed altri analoghi, forniscono quindi una valutazione dell’impatto che la malattia ha sull’individuo che ne è affetto, ma non prendono in considerazione la QoL per come essa è percepita soggettivamente dal paziente. Numerosi studi hanno messo in evidenza che la QoL, valutata soggettivamente da pazienti affetti da una varietà di patologie di interesse medico e/o psichiatrico, non si correla strettamente né con la valutazione della gravità clinica del disturbo effettuata dal medico, né con indici ‘obiettivi’ di disabilità e di menomazione del livello di funzionamento psicosociale (3).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha avviato, da alcuni anni, un importante progetto internazionale volto a sviluppare e mettere a punto una serie di strumenti di valutazione della Qualità della Vita, utilizzabili su scala internazionale e tali da rendere possibili comparazioni di tipo transculturale (4-6). Il primo di tali strumenti, chiamato World Health Organization Quality Of Life (WHOQoL), è costituito da 100 items ed è stato inizialmente testato a livello internazionale in un campione di circa 4.800 pazienti appartenenti a 15 centri di altrettanti paesi. La versione italiana dello strumento è stata di recente validata in un campione di circa 380 pazienti (7-9).

Il presente studio si propone di:

- valutare la QoL in un campione di pazienti in trattamento per vari disturbi psichiatrici e medici;
- comparare la valutazione della QoL soggettivamente percepita (WHOQoL-100) con la QoL valutata da un osservatore ‘esterno’ mediante uno strumento disegnato per la registrazione ‘obiettiva’ del livello di disabilità e delle condizioni di vita (QoL-I) e con il giudizio di gravità clinica espresso dal medico curante (CONDIZIONI DI SALUTE-PPGHG);
- confrontare i profili della QoL e delle disabilità in pazienti appartenenti a gruppi diagnostici diversi (psichiatrici e medici).

## Metodi

Per ciascun individuo, incluso nello studio, è stato somministrato, previo consenso informato, un questionario al paziente, uno ad un familiare-chiave ed una scheda medica.

Il WHOQoL-100 è stato somministrato ai pazienti, maggiorenni ambosessi, afferenti consecutivamente, nel periodo dicembre 2000-maggio 2001, alle 18 Unità Operative partecipanti al Gruppo di Lavoro Policentrico. Ad un familiare-chiave dei pazienti inclusi nello studio è stato anche somministrato il QoL-I, per la rilevazione oggettiva della QoL, ed è stato compilato il PPGHC dal medico che ha in carico il paziente, per rilevare le condizioni di salute dei soggetti.

I gruppi diagnostici studiati sono: disturbi psicotici, depressione e disturbi dell'umore, anoressia, demenza moderata lieve, pazienti trapiantati di fegato o di rene, pazienti in trattamento dialitico, ipertensione arteriosa, ipertensione gestazionale, cardiopatia ischemica-ipertensiva, malattie cerebrovascolari, malattie neurodegenerative e demielinizzanti, broncopneumopatia cronico-ostruttiva, diabete mellito, obesità, patologie alcool correlate e sieropositività per HIV.

In alcune delle strutture sanitarie incluse nel progetto è stato anche somministrato il WHOQoL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) utilizzato in uno studio pilota promosso dall'OMS per indagare la relazione tra salute, QoL ed aspetti relativi a spiritualità, religiosità e credenze personali (10).

In più di 10 Centri partecipanti sarà anche effettuato un re-test, somministrando il WHOQoL-100 ad un campione di circa 300 pazienti già valutati al baseline.

## Risultati

Complessivamente il campione studiato comprende 1.095 persone (559 maschi e 535 femmine) di età adulta affetti da varie patologie.

In alcuni casi i centri non sono riusciti a raggiungere la numerosità prestabilita nel periodo previsto per la rilevazione, ma sono stati comunque inclusi nelle analisi i dati preliminari, in attesa che la rilevazione venga completata.

La Tabella 1 mostra i punteggi medi (e la deviazione standard) delle aree del WHOQoL-100 nei diversi gruppi diagnostici. L'analisi della covarianza ha evidenziato delle differenze significative dei punteggi medi tra i differenti gruppi diagnostici per tutte le aree del WHOQoL-100, dopo l'aggiustamento per sesso e per età. In particolare, i confronti post hoc fra coppie di gruppi diagnostici hanno indicato che la BPCO è caratterizzata dalla QoL fisica peggiore e si differenzia dalla maggior parte delle altre patologie.

Riguardo all'area psicologica i pazienti con depressione, con disturbi psicotici o con disturbi della condotta alimentare hanno presentato i punteggi più bassi, secondo la direzione attesa.

È inoltre emerso, in analogia con quanto riscontrato per l'area fisica, che l'area del livello di indipendenza è fortemente compromessa nei pazienti con bronchite cronica (punteggio medio  $40,2 \pm 15,9$  vs un valore medio complessivo di 60,2), mentre l'area delle relazioni sociali è compromessa soprattutto nei pazienti con disturbi psichiatrici rispetto a quelli con malattie mediche.

**Tabella 1. WHOQoL-100: punteggi medi delle 6 aree in alcuni campioni con malattia fisica (BPCO), patologie psichiatriche, malattie legate all'uso di alcool**

Gruppi diagnostici	n.	Età media	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI
			Fisica	Psicologica	Livello di indipendenza	Rapporti sociali	Ambiente	Spiritualità
			Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)
•Disturbi psicotici	<b>299</b>	39,1	59,0 (17,5)	52,2 (16,5)	57,3 (17,4)	48,5 (16,6)	53,4 (14,1)	56,5 (25,8)
•Depressione e disturbi dell'umore	<b>83</b>	59,7	52,5 (18,3)	43,6 (15,8)	50,8 (19,3)	47,5 (14,6)	55,3 (12,6)	44,6 (26,7)
•Anoressia	<b>12</b>	25,3	51,2 (23,7)	34,0 (21,9)	49,7 (22,6)	38,7 (21,9)	47,7 (14,5)	35,8 (29,0)
•Demenza di grado moderato e lieve	<b>42</b>	79,7	69,1 (18,7)	59,5 (13,1)	63,0 (19,5)	56,7 (14,4)	62,6 (11,6)	55,3 (17,1)
•Pazienti sottoposti a trapianto del fegato	<b>32</b>	51,0	60,0 (17,7)	68,6 (14,3)	63,4 (18,5)	67,8 (14,0)	64,2 (11,7)	71,1 (20,2)
•Pazienti sottoposti a trapianto del rene	<b>51</b>	45,6	60,2 (18,0)	62,5 (13,4)	59,8 (19,2)	65,4 (15,2)	62,0 (14,2)	68,1 (15,8)
•Pazienti in trattamento emodialitico cronico	<b>54</b>	45,9	58,5 (19,1)	65,1 (17,6)	62,0 (15,9)	64,1 (16,3)	63,6 (14,9)	65,6 (18,3)
•Ipertensione	<b>50</b>	46,7	63,0 (18,3)	60,7 (11,7)	69,3 (16,5)	62,9 (14,2)	58,8 (12,3)	69,9 (19,1)
•Ipertensione gestazionale	<b>30</b>	32,8	58,8 (19,0)	66,4 (14,5)	61,8 (18,9)	70,3 (16,2)	66,0 (11,9)	80,8 (15,3)
•Cardiopatia ischemica- ipertensiva	<b>50</b>	46,3	65,7 (14,7)	62,2 (13,8)	71,6 (11,3)	66,1 (14,8)	59,0 (10,1)	70,9 (14,9)
•Malattie cerebrovascolari	<b>20</b>	66,5	52,6 (16,6)	56,5 (15,5)	50,7 (20,5)	61,4 (13,8)	53,6 (14,7)	54,9 (25,0)
•Malattie neurodegenerative	<b>9</b>	71,0	69,0 (14,8)	55,7 (16,3)	64,1 (16,4)	59,8 (16,4)	67,8 (7,5)	60,4 (15,0)
•Malattie demielinizzanti	<b>16</b>	42,4	56,3 (13,2)	57,9 (12,9)	55,7 (15,0)	62,6 (14,9)	60,8 (11,9)	63,3 (21,5)
•Broncopneumopati a cronico-ostruttiva	<b>51</b>	74,5	43,8 (15,0)	55,7 (10,5)	40,2 (15,9)	54,5 (12,2)	56,1 (12,8)	65,2 (16,8)
•Diabete mellito	<b>50</b>	38,5	67,9 (12,8)	65,4 (12,0)	72,2 (13,2)	66,3 (14,3)	59,5 (13,0)	71,0 (18,3)
•Obesità	<b>50</b>	33,6	71,2 (14,1)	61,8 (13,7)	76,9 (11,2)	66,7 (12,7)	59,3 (11,0)	70,3 (18,9)
•Patologie alcool- correlate	<b>45</b>	48,1	56,3 (20,2)	52,8 (14,8)	60,7 (20,1)	55,2 (14,2)	59,2 (13,8)	53,8 (23,9)
•Sieropositività per HIV	<b>151</b>	35,6	60,4 (16,4)	57,4 (11,5)	61,6 (12,2)	56,7 (13,1)	53,2 (11,1)	55,4 (18,7)
•Totale	<b>1095</b>	<b>45,7</b>	<b>59,6</b> <b>(18,1)</b>	<b>56,6</b> <b>(15,9)</b>	<b>60,2</b> <b>(18,2)</b>	<b>56,7</b> <b>(16,7)</b>	<b>57,0</b> <b>(13,5)</b>	<b>60,2</b> <b>(23,1)</b>
•Riferimento sani (*)	<b>82</b>		<b>71,7</b>	<b>67,1</b>	<b>82,5</b>	<b>66,4</b>	<b>62,8</b>	<b>65,3</b>

(\*) studio italiano di validazione del WHO-QoL, de Girolamo *et al.* 2000

L'area dell'ambiente è invece maggiormente compromessa nei pazienti HIV e con disturbi psicotici rispetto ai trapiantati o ai pazienti in trattamento emodialitico cronico.

L'area della spiritualità presenta punteggi particolarmente bassi nei pazienti depressi e nelle pazienti anoressiche, e molto elevati nelle pazienti con ipertensione gestazionale, nei trapiantati di fegato, nei diabetici, nei cardiopatici e negli obesi che presentano un punteggio superiore a 70. Nel caso delle pazienti sofferenti di anoressia, infine, va sottolineato che esse mostrano una QoL molto bassa in tutte le aree esplorate; trattandosi però di soli 12 casi, questo dato preliminare va confermato su campioni più ampi.

Gli indici di correlazione, tra le aree del QoL-1 e le rispettive aree del WHOQoL 100, risultano tutti significativi con  $p < 0,01$ . In particolare: area fisica = 0,594, area psicologica = 0,699, area del livello di indipendenza = 0,606, area dell'ambiente = 0,429, area delle relazioni sociali = 0,568.

## Conclusioni

Questo studio multicentrico, con la valutazione di oltre 1.000 soggetti affetti da vari disturbi, ha indagato uno dei più ampi campioni finora studiati nel settore della valutazione della QoL, analizzando inoltre alcuni gruppi diagnostici finora poco studiati.

Occorre considerare che lo studio è tuttora in corso e pertanto i risultati attuali sono da considerarsi preliminari. Nell'attuale fase di analisi è stato preso in considerazione soprattutto il WHOQoL-100, tralasciando per il momento una valutazione comparativa dettagliata con il QoL-I.

I risultati ottenuti già offrono degli interessanti spunti di riflessione, che abbiamo già brevemente messo in luce. In generale viene confermato una compromissione della QoL nei soggetti malati rispetto alla popolazione sana di riferimento.

La validazione della versione italiana del WHOQoL-100, assieme al QoL-I e al PPGHG, metterà a disposizione degli operatori sanitari agevoli strumenti, validi ed attendibili, per verificare l'impatto che differenti patologie hanno sulla vita dei pazienti, e consentirà di disporre di strumenti per la misurazione delle limitazioni funzionali sofferte, in modo da ottimizzare la presa in carico.

Anche i ricercatori avranno a disposizione nuovi strumenti di valutazione da impiegare negli studi clinici controllati per una adeguata valutazione di esito di trattamenti nuovi e/o sperimentali.

Infine, i risultati previsti dalla ricerca si caratterizzano per una elevata trasferibilità e per ampie possibilità di ricaduta a livello del SSN.

## Centri partecipanti

- (A) A.O. D. Cotugno, Napoli: Starace F., Cafaro L., Massa A.
- (B) ASL Napoli 4, Pomigliano D'Arco (NA): Dama A., Arcella T., Camera F.
- (C) AUSL Modena, Modena: Neri G., Becchi M.A., Tucci R.
- (D) Centro per diagnosi e trattamento disturbi depressivi, Osp. Sacco, Milano: Altamura C., Zinni M
- (E) Clin. Fisiopatologia Chirurgica Univ. Tor Vergata, Roma: Adorno D., Cipriani S., Torlone N.
- (F) CRCCS Osp. Fatebenefratelli Isola Tiberina, Roma: Manfellotto D., Moffa F., Chiovenda P.
- (G) Università di Brescia Divisione I di Medicina Generale, Brescia: Grassi V., Leonardi R., Calabrese A.P.
- (H) IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia: Brambilla L., Pioli R., Placentino A.

- (I) Ist. Superiore di Sanità, Clin. Malattie Infettive, Firenze: Cirrincione R. (ISS Roma), Taliani G. (Firenze)
- (L) ASL RM C, Roma: Cozza M., Amara M., Valeri G.
- (N) Campus Bio-Medico, Roma: Binetti P., Mottini G.
- (O) Clinica Ostetrica e Ginecologica Ospedale S. Eugenio, Roma: Romanini C. Valensise H. Lazzarin N.
- (P) Istituto Sacro Cuore S. Colombano al Lambro (Mi): Foresti G., Vercesi S., Bonaccorso G.
- (R) Medicina di Comunità, Federico II, Napoli: Farinaro E., Stranges S., Corsale C.
- (S) S. Maria della Pietà, Roma: Martelli P., Iosa A.
- (T) U.O.S.M. Distretto 83 ASL Napoli 5, S. Sebastiano al Vesuvio (NA): Grimaldi M., Cocchiarella G., Castaldi P.
- (U) USSL 12 Veneziana, Padova: Scocco P., Mondini S., Paniccia R.
- (V) Fondazione Salvatore Maugeri Centro Medico, Pavia: Vittadini G.

## Bibliografia

1. The WHOQoL Groups. Development of the WHOQoL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 1994;23(3):24-56.
2. Szabo S. (on behalf of the WHOQoL Group). The World Health Organization Quality of Life (WHOQoL). In: Spilker B. (Ed.). *Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2nd edition)*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.
3. Sartorius N. WHO Method for Assessment of Health-related Quality of life. In: Walker SR, Rosser RM (Ed.). *Quality of life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1993.
4. The WHOQoL Groups. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995;41:1403.
5. de Girolamo G, De Leo D, Galassi L. Il progetto OMS sulla valutazione della qualità della vita. In: Fava GA, Pesarin F, Sonino N. (Ed.). *Clinimetria*. Bologna: Patron; 1995. p. 25-35.
6. de Girolamo G, Melega V, De Leo D, Galassi L. Il progetto OMS sulla valutazione della qualità della vita. *Bollettino OMS di Salute Mentale e Neuroscienze* 1994;2:8-9.
7. de Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi B, Coppa F, D'Addario A, Darù E, De Leo D, Galassi L, Mangelli L, Marson C, Neri G, Soldani L. La valutazione della qualità della vita: validazione del WHOQoL-Breve. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000;9:45-55.
8. de Girolamo G, Becchi A, Coppa F, D'Addario A, Darù E, De Leo D, Galassi L, Mangelli L, Marson C, Neri G, Rucci P, Scocco P. Il progetto italiano WHOQoL: una rassegna dei risultati. In: de Girolamo G, Becchi A, Coppa F, De Leo D, Neri G, Rucci P, Scocco P. (Ed.). *Salute e qualità della vita*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001. p. 243-82.
9. de Girolamo G, Becchi A, Coppa F, De Leo D, Neri G, Rucci P, Scocco P. (Ed.). *Salute e qualità della vita*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001.
10. Brambilla L. Il modulo WHOQoL per la valutazione delle convinzioni spirituali, religiose o personali. In: de Girolamo G, Becchi A, Coppa F, De Leo D, Neri G, Rucci P, Scocco P. (Ed.). *Salute e qualità della vita*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001.

# **FOLLOW-UP MULTICENTRICO SU PAZIENTI AL PRIMO RICOVERO IN SPDC, PER IDENTIFICARE E VALUTARE LE CARATTERISTICHE CLINICHE ED EXTRA-CLINICHE ASSOCIATE AL FENOMENO “REVOLVING DOOR”**

Alberto Gaston <sup>1</sup>, Franca Aceti <sup>1</sup>, Cristiano Maria Gaston <sup>1</sup>, Patrizia Marioni <sup>1</sup>, Nicoletta Giacchetti <sup>2</sup>, Pierpaolo Di Giuseppe <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Cattedra di Clinica Psichiatrica e Igiene Mentale, Dip. di Neurol. e Psich. Età Evol., Università “La Sapienza”, Roma*

<sup>2</sup> *Ricercatori con collaborazione professionale*

## **Introduzione e obiettivi**

Il fenomeno dei “revolving door” rappresenta un problema particolarmente complesso viste le numerose variabili cliniche ed extra-cliniche che possono determinare il verificarsi di ripetute ammissioni in ospedale (1,2).

Tutto ciò è causa di elevati costi per il Servizio Sanitario Nazionale e di una crescente difficoltà a gestire efficacemente i posti letto in SPDC, che rischiano di diventare in tal modo luoghi incapaci di fornire una assistenza adeguata, con un elevato turn-over di pazienti e con una richiesta di posti letto pubblici superiore alla disponibilità. Uno studio accurato del fenomeno “revolving door”, quindi, assume una importanza centrale sia per la prevenzione primaria attraverso l’individuazione dei fattori di rischio che contribuiscono alle prime crisi e ai ricoveri, sia per la prevenzione secondaria e terziaria della cronicizzazione, della disabilità, della emarginazione sociale e della perdita di autonomia. Inoltre ciò può contribuire ad una riduzione dei costi sanitari e ad una ridistribuzione e ottimizzazione delle risorse e delle prestazioni.

## **Metodi**

Studio longitudinale prospettico e multicentrico su pazienti al primo ricovero in SPDC, con follow-up di 30 mesi dal ricovero indice. Lo strumento principale di raccolta dati è stato un Modulo di Raccolta Dati (MRD), nel quale sono stati registrati i dati clinici, socio-demografici e relativi ai trattamenti dei pazienti interessati. Il MRD comprende due scale di valutazione standardizzate, la BPRS 4.0 e la CGI. Alla ricerca hanno preso parte attiva 4 SPDC di Roma e i 4 della provincia di Roma. Gli altri 4 SPDC di Roma hanno compilato i MRD previa nostra segnalazione, in caso di ricovero di pazienti presenti nella coorte.

## **Risultati**

Al momento della chiusura dell’arruolamento i pazienti inseriti nella coorte erano 526, di cui 267 maschi e 259 femmine.

I pazienti “revolving door” (il gruppo con numero di ricoveri superiori a 3 [R>3] in accordo con la letteratura internazionale (2-4) sono stati 48, per un numero totale di 184 ricoveri, mentre

il gruppo di pazienti con meno di tre ricoveri ( $R \leq 3$ ) sono risultati 478 per un totale di 537 ricoveri. Le principali variabili associate al fenomeno “revolving” sono risultate tanto di tipo clinico che sociodemografico. Nella Tabella 1 sono stati evidenziati solo i dati più significativi statisticamente:

I pazienti revolving tendono ad appartenere a fasce di età più basse rispetto ai non revolving.

Più spesso sono disoccupati, vivono con la famiglia di origine da cui dipendono anche economicamente.

In molti casi si ricoverano volontariamente, su loro stessa richiesta, pur essendo già in carico al CSM di competenza e con una terapia farmacologica già impostata.

**Tabella 1. Risultati dello studio**

Variabile	Non revolving	Revolving	p
Maschi	241 (50,4%)	26 (55%)	
Femmine	237 (49,5%)	22 (45%)	
Età 15-19 anni	2%	10%	0,01
Disoccupazione	53%	62%	0,04
Fonte di sostentamento: famiglia	48%	61%	0,005
Convivenza con la famiglia di origine	43%	55%	0,006
Religione cattolica praticante	35%	21%	0,007
Ricovero volontario	73%	89%	<0,001
Ricovero obbligatorio	26%	10%	<0,001
Ricovero per disturbo del comportamento	6,9%	0%	0,01
Richiesta spontanea di ricovero	16%	26%	0,007
Nessun trattamento in atto al ricovero	47%	20%	<0,001
Farmacoterapia in atto al ricovero	45%	70%	<0,001
Nessun curante pre-ricovero	39%	12%	<0,001
In carico al CSM prima del ricovero	31%	62%	<0,001
Disturbo borderline di personalità	10,6%	26,7%	<0,001
Disturbo ossessivo compulsivo	1%	4%	0,01
Dipendenza da alcool	0,9%	6,1%	<0,001
Episodi schizofrenici acuti	17,5%	4,9%	<0,001
Prescrizione di aloperidolo (in dimissione)	53,9%	35,1%	0,001
Pr. di clordemetildiazepam (in dimissione)	38,6%	26%	0,005
BPRS: preoccupazione somatica	x= 2,35	x= 2,78	0,006
BPRS: sospettosità	x= 2,9	x= 2,2	<0,001
BPRS: contenuto insolito del pensiero	x= 3,2	x= 2,4	<0,001
BPRS: comportamento bizzarro	x= 2,5	x= 2,1	0,004
BPRS: disorientamento	x= 1,8	x= 11,3	<0,001
BPRS: disorganizzazione concettuale	x= 2,5	x= 2,0	0,002

I pazienti revolving non sono mai stati ricoverati per “disturbi del comportamento”.

La diagnosi più frequente tra i revolving è risultata quella di disturbo di personalità (prevalentemente di tipo borderline e ossessivo-compulsivo). Il disturbo da dipendenza da alcool è risultato significativamente più rappresentato nel gruppo revolving. Gli episodi schizofrenici acuti prevalgono invece nel gruppo non revolving.

I dati ottenuti dalle risposte ai singoli item della BPRS nel sottogruppo  $R < 3$  (non revolving) evidenziano la prevalenza di sintomi di tipo psicotico (sospettosità, contenuto insolito del pensiero, comportamento bizzarro, disorientamento, disorganizzazione concettuale, mancanza di cooperazione, manierismo e posture). Tra i pazienti revolving, invece, la sintomatologia



psicotica non è prevalente, mentre sono più evidenti sintomi quali preoccupazione somatica, ansietà, tensione motoria.

## Discussione e conclusioni

Da quanto emerso dai dati ottenuti è possibile mettere in evidenza che il fenomeno “revolving door” risulta essere fortemente condizionato da una serie di variabili socio-demografiche, assistenziali e cliniche, che sono indicative della difficoltà dell’attuale sistema sanitario nell’affrontare una nuova forma di cronicità. Gli SPCD oggi, apparentemente, sembrano essere utilizzati come luoghi in cui accedono ripetutamente pazienti non psicotici, meno gravi dal punto di vista psichiatrico, ma con problemi di tipo relazionale e assistenziale così importanti che richiederebbero una più attenta gestione a livello territoriale. L’analisi dei numerosi risultati ottenuti permette di comprendere le caratteristiche cliniche ed extracliniche che contribuiscono a questa nuova forma di cronicità, con la possibilità di individuare interventi specifici per il miglioramento dell’assistenza e il contenimento della spesa sanitaria.

## Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Marco Albanese per l’elaborazione statistica.

## Bibliografia

1. Hoffman H. Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:205-10.
2. Kastrup M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76:80-8.
3. Kastrup M. The use of psychiatric register in predicting the outcome “revolving door patient”. A nation-wide cohort of first admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;76:552-60.
4. Rabinowitz J, Mark M, Popper M, *et al.* Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995;30:65-72.

# I RISULTATI CERTI DI UN PROGETTO IN CORSO. LO STUDIO: PRIMI CASI

Emanuela Terzian, Gianni Tognoni, per il Gruppo di Lavoro Collaborativo dello Studio SPT (Servizi Psichiatrici Territoriali)  
*Istituto di Ricerche Farmacologiche "M. Negri"*

## Introduzione

Rispetto ad un rapporto conclusivo di ricerca, è verosimile che questo testo possa apparire un poco anomalo. I "dati" sono molto pochi e limitati ad informazioni descrittive, che hanno come funzione unica quella di disegnare uno scenario di riferimento.

I risultati "certi" evocati nel titolo non fanno riferimento a stime, correlazioni, quantificazioni, di cui si è calcolata e documentata la robustezza e/o la significatività. La caratteristica – il prodotto più solido – del progetto è il fatto di essere ancora in corso (secondo un programma di cui si stanno rispettando i tempi previsti, che non coincidono necessariamente con l'oggettività delle scadenze amministrative). Non è un artificio o un'evasione, ma un'opzione precisa proporre un rapporto coerente con il protocollo (la sua logica, il disegno, l'implementazione, i dati disponibili), che prevedeva formalmente la verifica di due ipotesi, sicuramente complementari, ma rigorosamente indipendenti:

- a) la verifica della praticabilità di uno studio formale di coorte nell'ambito dell'assistenza di routine;
- b) la valutazione (comparativa e complessiva) del peso prognostico di variabili cliniche, assistenziali, di contesto sulla storia di pazienti il cui criterio di inclusione prevede l'incrocio di diagnosi-gravità.

La documentazione di quanto finora è stato prodotto è disponibile nel materiale citato in bibliografia (1-6). I risultati "certi" si riferiscono alla ipotesi (a), e sono di fatto la griglia di lettura per i dati prodotti secondo l'ipotesi (b), che per definizione si stanno accumulando, anche se in questo processo, con elaborazioni periodiche, hanno contribuito in modo determinante alla "significatività qualitativa" dei dati relativi alla prima ipotesi.

## Materiali e metodi

La sintesi dello studio – quantitativa e cronologica – proposta nella Tabella 1 dice ciò che è essenziale in questa sede. Una serie di servizi:

- senza pre-requisiti particolari, né pretese di rappresentatività formale;
- si costituisce in una rete di monitoraggio prospettico di casi giudicati clinicamente ed assistenzialmente rilevanti;
- sulla base di una valutazione che riproduce, con il massimo della formalizzazione possibile nella routine assistenziale, la normalità delle "procedure raccomandabili" per la "presa in carico";
- proponendosi così come campione "ottimisticamente" rappresentativo di quanto può succedere nella eterogeneità dei servizi a pazienti con problemi seri.

**Tabella 1. Profilo longitudinale della coorte “Primi Casi”**

Tempo di osservazione	Pazienti		
	vivi	morti	in carico
Reclutamento	2253*	--	--
Follow-up > 1 anno	2206	39 (1,8%)	1559
Follow-up > 2 anni	2033	19 (0,9%)	1309
Follow-up > 3 anni	1703	10 (0,6%)	1008
Follow-up > 4 anni	1084	7 (0,6%)	716
Follow-up > 5 anni	474	7 (1,5%)	328

\* DIAGNOSI (dopo revisione diagnostica): Schizofrenia 748 (33%), stato paranoide 358 (16%), psicosi reattiva 84 (4%), psicosi affettiva unipolare 328 (15%), psicosi affettiva bipolare 287 (13%), disturbo personalità 445 (20%), pazienti deceduti o scomparsi entro pochi giorni dal reclutamento 3.

## Risultati e discussione

Secondo quanto indicato nella Tabella 1 (ed esemplificato con dati modello nella bibliografia), l'ipotesi (a) ha avuto una risposta solidamente documentata e verificata, i cui elementi sono riassunti sinteticamente e commentati attraverso alcuni concetti.

- 1) L'*assistenza* è un contenitore sostanzialmente efficiente *di ricerca*, fino a coincidere con alcuni dei suoi strumenti e metodi più formali, quali gli studi di coorte. Il grado di “attrito” che si registra tra le esigenze di rigosità e completezza di studi epidemiologici, e la raccolta di dati reali di lungo periodo nei servizi, non è un fattore limitante e confondente, ma è una variabile al alto contenuto informativo in quanto fornisce una prima stima di approssimazione sul grado di coincidenza tra una cultura “affermativa”, del “dover essere”, che si sta verbalmente imponendo nel discorso medico, e le epidemiologie reali di servizi invitati istituzionalmente a frammentare i percorsi e le storie di pazienti e popolazioni.
- 2) Una *epidemiologia assistenziale* complessiva, specificamente nella sua espressione longitudinale e con un disegno naturalistico a rete, si configura come uno degli approcci più necessari, e metodologicamente forti, per integrare le strategie più tradizionali (ma molto più lontane dalle realtà che descrivono e dagli obiettivi di salute pubblica) da una parte dei registri (e di approcci simili), dall'altra degli studi di appropriatezza-accreditamento.
- 3) Al di là degli indicatori prognostici articolati che permette di produrre, l'epidemiologia assistenziale ha il vantaggio fondamentale di essere:
  - uno strumento di visibilità dei pazienti, delle loro storie, delle loro eterogeneità;
  - un metodo permanente di trasparenza non tanto sull'esistenza (ipernota) della eterogeneità dei servizi, delle pratiche, degli operatori, quanto sulle implicazioni che ciò comporta per il destino dei pazienti, e perciò anche per tutte le variabili più o meno definite (diagnostiche, cliniche, farmacologiche, ecc.) su cui punta una cultura delle linee guida e dei protocolli.
- 4) La variabile *tempo*, sempre dichiarata come centrale per la comprensione e la pratica della psichiatria, è stata vissuta e sperimentata collegialmente (in un vero e proprio percorso di formazione permanente):
  - come un osservatorio estremamente ricco, per capire qualcosa del se, come, quando, con che conseguenze le tante variabili previste nello studio interagiscono, e pesano, per la comprensione e la gestione dei problemi;

- come un metro di misura molto esigente, ed ancor più difficile da osservare, pur lavorando in contesti assistenziali e culturali competenti “in cronicità”. Si configura in questo senso una prospettiva interessante sul come tradurre nella pratica il ruolo di coordinamento e monitoraggio previsto nella ricerca, e che ha funzionato, al di là della supervisione-responsabilità metodologica e gestionale, sostanzialmente come un pro-memoria del quanto nell’assistenza è imprescindibile (e poco praticata) la cultura e le procedure della continuità del progetto individuale ed istituzionale di presa in carico.
- 5) La produzione di conoscenza originale (con la raccolta dati, e la loro periodica discussione, interpretazione, ri-formulazione – è la conditio-sine-qua-non per gestire anche le conoscenze che si leggono/sentono/recepiscono. I prodotti concreti (che includono il lavoro in corso di scrittura collettiva dei risultati, da i tanti punti di vista possibili e previsti per questa coorte psichiatrica) sono probabilmente tra i risultati più attesi e possibilmente duraturi di questa ricerca. È per questo che gli autori elencati per questo rapporto sono tanti, non finti, o di cortesia: anch’essi/e una mini-coorte che cerca di imparare ad avere anche la responsabilità di parlare in modo adeguato - metodologico ed epidemiologico – della macro-coorte con l’obiettivo che quella dei “primi casi” sia effettivamente il modello di altre che verranno.

## Centri partecipanti

U. Amato (Cefalù), MP. Angelatos (Recco), S. Arcari (Parma), I. Argentiero, (Massafra), A. Balzani (Prato), C. Barbagallo (Tarcento), D. Berni (Reggio Emilia), M. Bianchetti (Ventimiglia), D. Bonini (Udine), C. Caldarone (Castellaneta) V. Callegari (Copparo), B. Capodieci (Trieste), G. Cardamone (Prato), C. Crusiz (Trieste), P. Di Benedetto (Rieti), R. Donisi (Napoli), G. Dramisino (Cosenza), P. Evaristo (Trieste), S. Falavolti (Roma), G. Ferrari (Rozzano), M. Ferrario (Milano), G. Forte (Secondigliano), C. Galli (Mantova), A. Garofalo (Milano), A. Giudiceandrea (Roges di Rende), F. Gracco (Gemona del Friuli), F. Grasso (Malegno), G. Gugliotta (Caltagirone), I. Karavalaki (Trieste), F. Laddomada (Martinafranca), A. Lepri (Città di Castello) M. Lieti (Taranto) G. Liguori (Rogliano), MP. Lorenzetti (Gubbio), MR. Maestra (Tarcento), C Mangione (Napoli), S. Marani (Roma), R. Marchioro (Parma), L. Mari (Milano), A. Materzanini (Rovato), A. Mazzarda (Roma), R. Mazze’ (S. Cataldo), R. Mezzina (Trieste), A. Musazzi (Legnano), L. Pappalardo (Imperia), G. Primiani (Ginosa), S. Provenzano (Bagheria), F. Punzo (Torino), L. Ranieri (Borgo San Sepolcro), V. Raspini (Borgo S. Sepolcro), E. Re (Milano), F. Ricciardelli (Taranto), A. Ritacco (Acri), R. Rossini (Prato), A. Ruggeri (Milano), MG. Schneider (Tolmezzo), C. Storer (Melegnano), A. Tauriello (Genova), A. Tinagli (Pontedera), M. Valletta (Frascati), P. Zanusi (Trieste), D. Zuccolo (S. Daniele).

## Bibliografia

1. Terzian E, Sternai E, Barbato A, Tognoni G, Saraceno B. Italian Collaborative Study Group. Epidemiology of psychiatric care of patients with severe mental disorders in Italy. Rationale and design of a prospective study, and characteristics of the cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32: 298-302.
2. Gruppo Collaborativo SPT (Servizi Psichiatrici Territoriali). Uso di psicofarmaci nella donne in età fertile che accedono ai servizi psichiatrici territoriali. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1998;CXXII(4):252-60.
3. Tognoni G. Servizi: tra valutazione ed epidemiologia dei diritti. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1998;CXXII(3):145-154.

4. Storer C, Mari L, Barbui C, Terzian E, Tognoni G. Studio Collaborativo Italiano sugli Esiti dei Disturbi Mentali Gravi. Risorse disponibili ed attività terapeutiche nei servizi psichiatrici territoriali del dopo riforma: risultati di uno studio multicentrico. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1999;CXXIII(4): 250-257.
5. Italian Collaborative Study Group on the Outcome of Severe Mental Disorders. Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. *European Journal Clinical Pharmacology* 1999;55(9):685-90.
6. Tognoni G. Psicofarmacologia epidemiologia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2000;CXXIV(4):218-21.

# CRISI E PRESA IN CARICO TERRITORIALE: STUDIO MULTICENTRICO LONGITUDINALE DI PROCESSO E DI ESITO

Roberto Mezzina <sup>1</sup>, Daniela Vidoni <sup>2</sup>, Maurizio Miceli <sup>3</sup>, Gaetano Interlandi <sup>4</sup>, Anna Maria Accetta <sup>5</sup>,  
Corrado Crusiz <sup>6</sup>, Cristina Sindici <sup>7</sup>

<sup>1</sup> D.S.M. A.S.S. n° 1 Triestina

<sup>2</sup> Psichiatra, Trieste

<sup>3</sup> Psichiatra, Firenze

<sup>4</sup> Psichiatra, Caltagirone

<sup>5</sup> Psicologa, Settimo Torinese

<sup>6</sup> Psicologo ricercatore, Trieste

<sup>7</sup> Tecnico della Riabilitazione, Trieste

## Introduzione

Questa ricerca studia l'attuale tipologia della *domanda psichiatrica acuta/grave* («di crisi») e le differenti modalità organizzative di servizi territoriali, che rappresentano il focus ed il punto di osservazione dello studio; si vuole cioè indagare, attraverso i *pattern* di uso dei servizi stessi e le differenti modalità di presa in carico e di risposta, sulla capacità/possibilità di *presa in carico* da parte dei servizi psichiatrici territoriali e, attraverso lo studio dei percorsi istituzionali, di adeguata continuità terapeutica (studio di processo); valutare l'*efficacia* degli interventi (studio di esito) attraverso gli esiti psicosociali a breve e medio termine.

## Metodi

### Campione

Lo studio multicentrico longitudinale ha preso in considerazione tutti i casi acuti/gravi, che si presentano per la prima volta ad un servizio territoriale (ossia nuovi casi per il sistema informativo di ogni servizio) o che hanno avuto un ultimo contatto segnalato più di due anni prima e che rispondono alle seguenti caratteristiche della crisi:

- (a) sintomatologia psichiatrica rilevante;
- (b) crisi nelle relazioni e/o grave isolamento sociale;
- (c) richiesta di aiuto per situazioni di allarme nel microcontesto e/o intervento di agenzie dell'emergenza.

Il reclutamento è avvenuto in un periodo definito di sei mesi.

Le fonti dei dati sono il sistema informativo di ogni dipartimento di salute mentale, l'anagrafe, e le valutazioni formalizzate ottenute tramite strumenti originali ed altri di comune impiego epidemiologico in psichiatria.

Ciascun utente del campione è stato poi inserito in un follow-up di 24 mesi dalla data di primo contatto.

## Strumenti

- Scheda di Servizio: caratteristiche strutturali del servizio psichiatrico.
- BPRS (1): sintomatologia, da compilare a cura degli operatori al primo contatto ed al follow-up.
- CRIIN: valutazione iniziale della crisi e delle modalità di contatto con il servizio con dati forniti direttamente dal soggetto.
- CRIVAL: valutazione iniziale del soggetto con dati forniti dal *carer* (stato precedente, insorgenza, disabilità).
- CRIFIN: rilevazione degli interventi, delle prestazioni, della qualità del rapporto col servizio e delle modalità di superamento della crisi entro 2 mesi.
- CRIFOL: rilevazione dati su continuità terapeutica, interruzione di rapporto, ricadute, esiti sociali, soddisfazione con dati forniti sia dal soggetto che dal *carer*.

## Risultati

### Dati del reclutamento

Alla ricerca hanno aderito 13 servizi territoriali di 6 regioni: 4 del Friuli (3 CSM di Trieste, S. Daniele-UD), 3 del Lazio (2 CSM di Roma, Ferentino-FR), 2 della Toscana (Firenze e Casentino-AR), 2 della Puglia (Cisternino/Fasano-BR e Bari S. Paolo), 1 del Piemonte (Settimo Torinese-TO) ed 1 della Sicilia (Caltagirone-CT). Sono stati reclutati 73 casi; ogni servizio ha reclutato in media 5,6 casi.

### Modello assistenziale

Nel complesso il modello assistenziale e di intervento sulla crisi è stato classificato in 4 tipologie (2):

- 1) Territoriale aperto 24 ore: intervento extraospedaliero sulle 24 ore.
- 2) Territoriale aperto 12 ore con polo ospedaliero: intervento extraospedaliero diurno e ospedaliero sulle 24 ore.
- 3) Territoriale aperto 12 ore: intervento extraospedaliero soltanto diurno.
- 4) Bipolare ambulatoriale-ospedaliero: intervento territoriale inferiore alle 12 ore e ospedaliero sulle 24 ore.

### La coorte

L'età degli utenti studiati è in media inferiore ai 40 anni; prevale il sesso maschile (55%) ed i non coniugati (66%); ben il 74% ha terminato almeno la scuola dell'obbligo. Essi vivono per l'83% in famiglia, di cui il 39% in famiglia acquisita. La condizione lavorativa è regolare o precaria nel 60%, mentre il restante 40% non è occupato (in particolare il 23% non ha mai lavorato). Le abilità sociali appaiono nel complesso ancora buone nei 12 mesi precedenti, precipitando significativamente nel periodo di crisi in particolare nella sfera relazionale.

Si tratta nel 64% di persone che hanno già avuto esperienze psichiatriche, ed in particolare il 36% di ricovero; oltre la metà presentava una durata del disturbo superiore ad un anno. Le diagnosi dell'episodio di crisi registrano in prevalenza (60%) psicosi acute.

### **Pattern di accesso**

L'intervento è richiesto dai familiari nel 67%; è spesso identificabile una situazione conflittuale tra i "problemi sociali e familiari" segnalati dal richiedente e dall'utente, come confermato sia alla scala degli eventi di vita, sia nella specifica area di funzionamento sociale ("partecipazione alla vita familiare"), che tra le caratteristiche della crisi (94% "crisi nelle relazioni").

Il servizio ha gestito direttamente l'emergenza nel 63% dei casi (nel 5% insieme ad agenzie dell'emergenza). Il primo contatto è prevalentemente extraospedaliero (62%).

Il tempo trascorso tra richiesta ed intervento è risultato inferiore alle 24 ore nel 67% dei casi.

La disponibilità iniziale dell'utenza al trattamento mostrava un'accettazione passiva nel 54% o buona nel 22%, mentre vi era un rifiuto parziale (delle cure) o totale (anche del contatto stesso) nei restanti casi.

### **Trattamento del primo episodio**

Inizialmente l'ipotesi di trattamento prevedeva il ricovero ospedaliero in misura minore di quanto attuato in realtà (45% dei casi): prevalentemente negli SPDC e soltanto raramente in reparti non psichiatrici di ospedali generali. Nel 12% dei casi vi è stato un TSO. Apparivano in relazione al ricovero la minor *insight*, la scarsa capacità di verbalizzazione, il rifiuto parziale o totale delle cure; mentre non vi erano relazioni con la gravità sintomatologia, la diagnosi, le caratteristiche di crisi, il supporto sociale. L'evitamento del ricovero appare più praticabile in modelli di servizio a 24 ore (16 casi su 29), che comunque in caso di ricovero possono utilizzare l'accoglienza nel CSM (nel complesso ha interessato il 21% dei "ricoverati"), o a 12 ore con polo ospedaliero; dunque nei servizi con risorse e interventi più articolati.

Oltre a trattamenti in *day-hospital*, ambulatoriali e domiciliari di varia natura ed intensità, venivano riportati interventi sociali, extraclinici, di rete e riabilitativi.

I neurolettici vengono somministrati durante il ricovero indistintamente a tutti i gruppi diagnostici, e così pure gli ansiolitici. Si segnala un uso (modesto) dei neurolettici *depot* durante il ricovero. I servizi a 24 ore hanno mostrato un utilizzo di dosaggio di neurolettici pari a quasi la metà degli altri servizi.

### **Esiti a breve termine**

Da un punto di vista cronologico, la prima componente della crisi ad essersi risolta è stata la situazione di allarme per il 61% dei rispondenti; quindi la sintomatologia grave per il 23%, l'isolamento per il 21% ed in ultimo la rottura nelle relazioni per il 12%.

Il tempo di superamento era per il 52% entro i 2 mesi (media di 25 gg.). Nel 20% non si era modificato alcun parametro entro 2 mesi.

L'atteggiamento verso gli operatori al superamento della crisi o comunque nel primo bimestre era di fiducia e disponibilità piene nel 44%, qualche riserva nel 41%, di diffidenza o di rifiuto nei restanti casi.



## Follow-up a 2 anni ed esiti a medio termine

Il 64% della coorte iniziale ha completato il follow-up. Non sono state rilevate differenze significative nelle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei casi che hanno finito il follow-up ed i *drop-out*; è emersa invece una chiara correlazione fra perdita di casi e tipologia dei servizio «leggero». Dopo 2 anni il 32% complessivo della coorte iniziale è ancora in carico; il 21% è stato dimesso nel corso del follow-up; l'11% risulta deceduto (nessun suicidio); il 36% è stato considerato *drop-out* (ovvero utenti che hanno interrotto il rapporto e di cui il servizio non ha notizie).

Le recidive di crisi hanno interessato il 18% dei casi registrati; la gravità sintomatologica è stata rilevata con la BPRS, che ha mostrato alla fine del follow-up un punteggio globale inferiore del 16% rispetto a quanto rilevato all'inizio dello studio. Non è stato rilevato alcun cambiamento significativo nello stato civile, condizione lavorativa o abitativa. La disabilità sociale è risultata inferiore rispetto al periodo di crisi, ma era più accentuata rispetto al periodo migliore nei 12 mesi precedenti l'esordio; in particolare era peggiorato il funzionamento lavorativo, mentre miglioravano le relazioni di confidenza ed il supporto sociale.

Il superamento rapido della crisi (entro 2 mesi) determina un rapporto complessivamente più breve col servizio (inferiore ad 1 anno) ed una dimissione definitiva nel corso del follow-up. Avere un rapporto di fiducia a fine crisi è associato ad assenza di ricadute e a non essere più in carico alla fine del follow-up; superamento rapido della crisi e rapporto di fiducia sono risultati correlati.

## Discussione

L'utenza che arriva in condizione di crisi ai servizi psichiatrici territoriali in Italia mostra buona integrazione sociale, anche se la crisi in sé può comportare conflittualità, isolamento nella rete sociale e disabilità.

Il riconoscimento precoce è veicolato dalla famiglia, che risulta essere il principale committente, e che tuttavia non ricorre di solito ad interventi di agenzie dell'emergenza e collabora col servizio.

Tuttavia il fatto che meno della metà dei casi di crisi che arrivano al servizio pubblico siano *first-ever* (3) ed oltre la metà già con lunga durata di malattia, indica una penetrazione nel territorio ancora parziale e le possibilità di intervento precoce ancora condizionate da pregiudizi e stigma.

La scarsa numerosità dei casi reclutati da parte dei servizi più «leggeri» fa ipotizzare una minore accessibilità alle «crisi» di tali tipologie organizzative (selezione di casistiche meno gravi/gravose): la crisi spesso vi arriva soltanto dopo un ricovero in SPDC, e non sempre.

Il primo contatto avviene in tempi brevi e prevalentemente al di fuori dell'ospedale. In casi limitati il servizio è sostituito da agenzie dell'emergenza sanitarie o di ordine pubblico, talvolta vi collabora attivamente (4).

Il ricovero è risultato la modalità prevalente di trattamento, in misura maggiore della intenzione iniziale espressa dal servizio, e non sembra correlato con la gravità clinica (diagnosi, sintomatologia) o psicosociale (5). Esso è invece influenzato dalle caratteristiche dell'utente, rilevate dagli operatori al momento del contatto con il servizio, quali la scarsa *insight*, la ridotta capacità di verbalizzazione, la indisponibilità verso le cure (che condiziona eventuali TSO). Il ricovero è inoltre spesso legato ad automatismi dei sistemi di intervento sull'emergenza: un intervento che ha coinvolto in prima istanza agenzie dell'emergenza si conclude di solito con il ricovero.

Laddove non sia stato possibile e/o sufficiente una gestione ambulatoriale, di *day hospital* o domiciliare (6,7), si dimostrano praticabili ed utili modalità d'accoglienza alternative al ricovero ospedaliero in letti «territoriali», ed in particolare: in CSM multifunzionali (*comprehensive*) (8-10) aperti 24 ore, 7 giorni su 7; in Centri Crisi territoriali, aperti 12 ore ma con possibilità di attivare ospitalità notturna (11).

Lo stile di intervento, dalle terapie farmacologiche ai trattamenti psicosociali, mostra nel complesso notevoli difformità in funzione del modello di servizio. È stato rilevato complessivamente l'impiego di un'ampia gamma di risposte territoriali, anche di riabilitazione precoce; la gamma di trattamenti utilizzati aumenta nelle tipologie di servizio più articolate, che caratterizza in particolare il modello di servizio 24 ore, e la sua ampiezza sembra legata a migliori esiti. Il consumo dei farmaci è risultato maggiore nei servizi più «poveri». Nel complesso emerge dalla ricerca che i modelli di servizio a 24 ore, pur avendo preso in carico casi con maggior disabilità sociale nel periodo di crisi, ottengono migliori esiti sia in termini psicopatologici che di accettabilità, accessibilità, flessibilità, adesione al trattamento e fiducia da parte dell'utente (12,13).

Il ridotto numero di casi che hanno completato il follow-up non consente inferenze statisticamente solide in merito a continuità terapeutica ed ad efficacia a medio termine degli interventi. Si nota tuttavia che la riduzione della sintomatologia a 2 anni è più marcata (punteggio globale BPRS minore del 20%) per i casi trattati dai servizi 24 ore rispetto a quelli di altro tipo. La durata globale del rapporto terapeutico nei servizi 24 ore mostra una gamma di durata della presa incarico più articolata (con presenza rilevante di dimissioni concordate), a fronte di una polarizzazione tra durate brevi e lunghe (coincidenti con la totalità del periodo di osservazione) per gli altri.

Per gli esiti a medio termine va complessivamente rilevato che vi è una riduzione evidente, anche se non statisticamente significativa, dei punteggi di gravità della sintomatologia nel campione residuo mentre non vi sono sostanziali cambiamenti nelle condizioni di vita (casa, stato civile, lavoro). I livelli di funzionamento sociale alla fine del follow-up risultano intermedi tra le medie dei valori del periodo premorbo migliore e quelle del periodo di crisi, e sembrano indicare che la coorte si colloca ad un livello inferiore di integrazione sociale, segnalando l'incidenza dei fattori di disabilitazione e delle difficoltà a riassumere il ruolo sociale pre-crisi. A causa della insufficiente numerosità del campione, non è stato possibile stratificare la coorte per gravità clinica-psicopatologica e pertanto tale risultato dovrebbe essere verificato con specifiche ricerche.

## **Predittori di esito e indicatori di processo**

Il sesso femminile e l'ambiente extraurbano sembrano associati a migliori esiti della crisi; resta incerto il ruolo degli eventi stressanti nell'emergenza della crisi ed quali possibili predittori di esito. La gravità di presentazione della crisi iniziale (misurata dalle caratteristiche utilizzate per il reclutamento), e lo stesso ricovero in prima crisi, non sembrano incidere sulle ricadute né sull'essere ancora in carico alla fine del follow-up.

Il superamento della crisi entro 2 mesi dall'esordio comporta esiti migliori a 2 anni di distanza; in particolare la durata complessiva del rapporto con il servizio è maggiore per i casi che hanno avuto peggiori risultati nei primi 2 mesi del trattamento.

Si può supporre che un buon superamento della prima crisi abbia effetti maturativi e di miglioramento delle capacità di *coping* del soggetto tale da ridurre i bisogni di cura, almeno sul medio periodo (14).

Il rapporto di fiducia a fine crisi (15) è correlato con la rapidità di superamento della crisi, minori ricadute e ridotto durata del rapporto con il servizio; pertanto può essere considerato non

soltanto un importante indicatore di processo, ma anzi un *proxy* (16) di risultato del processo di cura, in quanto sembra avere valenze prognostiche positive.

## Conclusioni

La crisi si conferma definita e condizionata dalla rete di relazioni e dal sistema di servizi ove essa accade. Il peso delle variabili extracliniche sembra prevalere su quello delle variabili cliniche.

La crisi nella comunità è in definitiva un evento relazionale, in cui la richiesta di intervento è eterodiretta, definita dagli attori del contesto che svolgono un ruolo cruciale anche come fattori protettivi e di supporto sociale. Si conferma che un intervento capace di favorire le potenzialità maturative della crisi ha un valore prognosticamente favorevole, dal momento che un'uscita rapida è associata ad esiti migliori a 2 anni.

I risultati sembrano confermare l'ipotesi iniziale che i trattamenti producano esiti migliori se basati su caratteristiche strutturali e di processo quali:

- accessibilità e flessibilità;
- adesione ai trattamenti e loro accettabilità in rapporto a stili operativi che favoriscano la fiducia dell'utente (ed importante indicatore di processo è la qualità del rapporto che si è stabilito col servizio);
- impiego di ampio range di risorse integrate, sociosanitarie e di rete.

Inoltre:

- Le modalità di accoglimento alternative al ricovero ospedaliero possono essere ritenute accettabili ed efficaci, a condizione che siano inserite in servizi territoriali integrati, dotati delle caratteristiche di cui sopra, operanti sulle 24 ore (17).
- La continuità di cura, per dare esiti migliori, non va disgiunta dal rapporto fiduciario e da una flessibilità della risposta in relazione alla persistenza e modificazione dei bisogni di cura nel tempo.

Lo sforzo per evitare che si attui un'esclusiva medicalizzazione dei bisogni di cura appare tuttavia complicato nei servizi psichiatrici di comunità «leggeri»; in particolare in quelli che adottano uno stile operativo «povero» le pratiche terapeutiche risultano determinate dal modello ospedalocentrico.

La ricerca si propone quale studio pilota per un utilizzo su più larga scala degli strumenti originali sviluppati, che sono stati anche rivisti per un comune impiego nella pratica territoriale.

## Bibliografia

1. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report* 1962, 10:799-812.
2. Phelan M, Straftee G, Thornicroft G. *Emergency mental health services in the community*. Cambridge: University Press; 1995.
3. Tansella M, et al. Episode of care for first-ever psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:220-7.
4. Katschnig H, Konieczna T, Cooper JE. *Emergency psychiatric and crisis intervention services in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. EUR/ICP/PSF 030 ; 1993.
5. Cooper JE. *Crisis admissions and emergency psychiatric services*. *Public health in Europe II*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1979.

6. Burns T, Raftery J, Beardsmore A, *et al.* A controlled trial of home based acute psychiatric care: II. Clinical and social outcomes. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:55-61.
7. Muijen M, Marks IM, Connolly J, *et al.* Homebased and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1992;304:749-754.
8. Rappaport M, Goldman H, Thornton P, Stegner B, Moltzen S, Hall K, Gurevitz H, Attkisson CC. A method for comparing two systems of acute 24-hour psychiatric care. *Hospital and Community Psychiatry* 1987;38:1091-5.
9. Sheperd G, Beadsmoore A, Moore C, Hardy P, Muijen M. Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one day census data, and staff interviews. *British Medical Journal* 1997;314(7076):262-6.
10. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Deinstitutionalization: a different path. The Italian mental health reform. *Health Promotion* 1986;2:151-65.
11. Warner R. *Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995.
12. Dell'acqua G, Mezzina R. Approaching mental distress. In: Ramon S, Giannichedda MG (Ed.). *Psychiatry in transition. The British and Italian experiences*. London: Pluto Press; 1988. p. 60-71.
13. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the metal hospital: crisis and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry* 1995;41:1-20.
14. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. London: Basic Books, Tavistock publications; 1964.
15. Kluitier H. Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it - searching for an evidence-based balance. *Current Opinion in Psychiatry* 1997;10:160-7.
16. Morosini P, Perraro F. *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*. Torino: CSE; 2000.
17. Stein LI, Test MA. An alternative to mental hospital treatment. In: Stein LI, Test MA (Ed.). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press; 1978.

# STILI ALIMENTARI IN ADOLESCENTI: RICERCA-INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA

Saulo Sirigatti, Cristina Stefanile

*Università di Firenze, Dipartimento di Psicologia, Sezione di Psicologia della Salute*

## Introduzione e obiettivi

I problemi dell'alimentazione costituiscono un aspetto di particolare rilievo del disagio giovanile. I fattori che, sotto il profilo psicologico e sociale, vengono con una certa frequenza (1) ritenuti implicati nella genesi dei disturbi, appaiono, nel loro insieme, come non particolarmente coerenti. Essi riguardano infatti aspetti come la bassa autostima, il perfezionismo, la depressione, l'impulsività, l'alexitimia, l'incerta identità di genere, la distorta immagine corporea, l'im maturità affettiva, la carenza di rapporti sociali rilevanti, la difficoltà nelle relazioni interpersonali oltre alla dipendenza acritica dai messaggi dai media.

Lo studio ha per questo mirato a raccogliere informazioni su abitudini, comportamenti e atteggiamenti dei giovani verso l'alimentazione, in rapporto a condizioni psicologiche e socio-ambientali, in vista della progettazione e dell'attuazione di un intervento volto alla prevenzione primaria e alla promozione di comportamenti alimentari adeguati. In particolare lo studio ha mirato a:

- descrivere atteggiamenti e comportamenti connessi alla alimentazione in adolescenti di quattro province toscane, anche in relazione a condizioni socio-economiche e socio-ambientali;
- rilevare possibili connessioni tra caratteristiche psicologiche, di ordine affettivo e cognitivo, e atteggiamenti e comportamenti collegati a problemi dell'alimentazione;
- identificare possibili relazioni delle fonti di socializzazione, interpersonale e mediatica, con atteggiamenti e comportamenti connessi a problemi dell'alimentazione;
- progettare, in collaborazione con le varie istituzioni educative ed eventuali esperti nella comunicazione mass-mediale, un intervento educativo-informativo diretto a promuovere e consolidare atteggiamenti e comportamenti positivi nei confronti di una corretta alimentazione;
- verificare l'efficacia dell'intervento educativo-informativo progettato, secondo una procedura quasi-sperimentale.

## Metodi

L'indagine ha previsto la raccolta di informazioni di tipo sia qualitativo sia quantitativo. Sono stati condotti 7 focus group con 57 giovani frequentanti le scuole medie superiori, colloqui tematici con 20 adolescenti e giovani, realizzati in contesti sia scolastici che extra-scolastici, e con 19 testimoni privilegiati della condizione giovanile. Per l'indagine estensiva è stato impiegato un questionario appositamente predisposto, somministrato a 672 adolescenti (292 maschi e 380 femmine, di età compresa tra i 13 e i 19 anni, residenti nelle province di Arezzo, Firenze, Pisa e Prato).

Sulla base degli elementi qualitativi emersi, tenendo conto di strumenti standard - quali l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) di Garner (2), il New Body Image Assessment Scale (3) e il questionario di Toro, Salamero e Martinez (4) - è stato sviluppato il questionario impiegato per la parte estensiva della ricerca. L'analisi qualitativa si è avvalsa del pacchetto informatico QS NUD-IST, mentre i dati del questionario sono stati analizzati attraverso l'uso di tecniche statistiche uni- e multi-variate (misure di tendenza centrale e di dispersione, tabulazioni e rappresentazioni grafiche, analisi della varianza e discriminante, calcolo di connessioni e analisi fattoriale).

## Risultati

I dati raccolti - sia qualitativi che quantitativi - hanno consentito di tracciare un quadro articolato delle abitudini alimentari, della percezione del proprio corpo, delle attività di tempo libero con specifico riferimento agli impegni di natura sportiva o comunque motoria, dei fattori e della modalità di influenzamento, delle emozioni e degli atteggiamenti collegati al cibo e alla alimentazione (5,6). Sono emerse relazioni psicologiche e sociali che appaiono contraddistinguere gruppi di adolescenti definiti sulla base sia dell'indice di massa corporea (calcolato su dati dichiarati) sia dei punteggi riportati ad una scala tendente a valutare la spinta alla magrezza, nonché della preoccupazione per il proprio peso e del grado di accettazione del proprio corpo. Degni di particolare attenzione sembrano i gruppi femminili n. 1 e n. 3: ambedue hanno un BMI medio pari a ventuno (Tabella 1). Si nota, tuttavia, una differenza: mentre il gruppo n. 1 sembra abbastanza soddisfatto delle proporzioni del proprio corpo (l'impulso alla magrezza cade nella media), il gruppo n. 3, pur con un BMI sostanzialmente nella norma, insiste nel volere dimagrire, inoltre manifesta preoccupazione per il proprio peso, considera maggiormente critica la sua situazione corporea (7). Infine, sono stati individuati sottogruppi distinti, caratterizzati da tratti di personalità, spesso indicati dalla letteratura pertinente, quali correlati di forme subcliniche o indicatori di rischio attinenti a disturbi dell'alimentazione.

**Tabella 1. Caratteristiche dei gruppi costituite con l'analisi dei cluster**

<b>Gruppi</b>	<b>Spinta alla magrezza (in punti z)</b>	<b>Indice Massa Corporea</b>	<b>n. casi validi</b>
<b>maschi</b>			
1	0,01	23,53	67
2	0,25	28,82	17
3	-0,50	20,75	132
4	-0,38	18,17	67
<i>totale</i>	-0,30	21,28	283
<b>femmine</b>			
1	-0,03	21,67	101
2	-0,30	18,38	173
3	1,87	21,12	54
4	1,02	26,65	34
<i>totale</i>	0,22	20,48	362

## Discussione

Dall'analisi dei risultati e dal confronto di questi con la letteratura pertinente è emerso un quadro piuttosto articolato dei fattori che caratterizzano adolescenti a rischio, che includono caratteristiche di personalità, auto-efficacia e autostima, percezione del proprio corpo, gestione delle emozioni e dei pensieri inadeguati, di rapporto con i coetanei, di rapporto con il cibo. I costrutti così identificati, hanno rappresentato il necessario riferimento per la messa a punto dell'intervento di promozione della salute attualmente in corso, basato sulla integrazione di modelli di diversa provenienza (Social Skills, Tacade) caratterizzati dalla attenzione verso gli aspetti psicologici del problema. Si tratta di un intervento psico-sociale che tende alla modifica, nella direzione auspicata, di atteggiamenti e comportamenti, quali l'auto-efficacia e l'auto stima, la percezione del proprio corpo, la gestione delle emozioni e dei pensieri inadeguati, i rapporti con i coetanei e con il cibo.

## Bibliografia

1. Lombardo C, Caiani S, Vannucci M. Fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari in adolescenza. *Psicologia della salute* 1999;3-4:81-111.
2. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder investigation for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2:15-34.
3. Thompson KJ. Assessment of Body Image. In: Allison DB (Ed.). *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems*. London: Sage Publication; 1995.
4. Toro J, Salamero M, Martinez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:147-51.
5. Meringolo P, Giannetti E, Malvagia S. Stili di vita e comportamenti alimentari: tempo libero, alcool, tabacco. *Psicologia della Salute* (in corso di stampa).
6. Massai V, Del Puglia F, Poggiolini D. L'analisi di contenuto computer-assistita: Un'applicazione del QSR NUD-IST. *Psicologia della Salute* (in corso di stampa).
7. Sirigatti S, Caiani S, Vannucci M. Aspetti psicosociali e impulso alla magrezza con particolare riferimento ad adolescenti di sesso femminile. *Psicologia della Salute* (in corso di stampa).

# I DISTURBI DELL'ATTENZIONE E DEL COMPORTAMENTO: UN PROGRAMMA DI INTERVENTO SCOLASTICO PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

Mario Di Pietro <sup>1</sup>, Claudio Vio <sup>2</sup>, Gian Marco Marzocchi <sup>3</sup>, Elena Bassi <sup>4</sup>, Giorgio Filoramo <sup>5</sup>,  
Annalisa Salmaso <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Servizio per l'Età Evolutiva – Az. ULSS n. 17 Monselice, (PD)

<sup>2</sup> Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile – Az. ULSS n. 10 San Donà di Piave (VE)

<sup>3</sup> SISSA, Trieste

<sup>4</sup> Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Padova

<sup>5</sup> Centro Albert Ellis, Verona

<sup>6</sup> Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile – Az. ULSS n. 10 San Donà di Piave (VE)

## Introduzione e obiettivi

La realizzazione del progetto è stata motivata dall'esigenza di mettere a punto e collaudare metodologie di intervento scolastico nell'ambito di alcuni disturbi dell'età evolutiva (il Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione, il Disturbo Ipercinetico della Condotta e il Disturbo Oppositivo Provocatorio) che interessano circa l'8-10% dei bambini in età scolare, secondo il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*International Classification of Diseases – 10*).

L'obiettivo è stato quello di formare gli insegnanti all'applicazione di strategie basate sulla modificazione del comportamento nelle classi in cui sono presenti alunni con Disturbi dell'Attenzione e del Comportamento (DAC), valutando in seguito l'efficacia dell'intervento (1).

## Metodo

Sono state individuate 13 scuole della provincia di Vicenza e Venezia, per un totale di 27 classi (3 di prima, 11 di seconda, 6 di terza, una di quarta elementare e 6 di prima media) con almeno due alunni con DAC. Tra i 528 soggetti del campione iniziale sono stati individuati 48 alunni con DAC (21 con DDAI, 12 con DOP, 15 con DDAI+DOP). Agli insegnanti è stato proposto di partecipare ad uno studio controllato sulla gestione dei comportamenti problematici.

Le classi sono state assegnate in modo randomizzato ad un gruppo sperimentale e ad un gruppo di controllo (in "lista di attesa").

Le 15 classi, i cui insegnanti hanno accettato di partecipare allo studio, sono state incluse nel gruppo sperimentale, mentre le rimanenti 12 classi sono state incluse nel gruppo di controllo.

Gli strumenti utilizzati sono la SCOD (*Scala di valutazione dei COmportamenti Dirompenti*) e la SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*) (2), oltre a osservazioni sistematiche all'interno delle classi, prima e dopo l'intervento, da parte di osservatori "ciechi" rispetto al gruppo di appartenenza delle classi. La valutazione sia nelle classi sperimentali, sia nelle classi di controllo è stata effettuata prima dell'intervento e verrà ripetuta al termine dell'intervento, nel maggio 2001.



Gli insegnanti del gruppo sperimentale sono stati formati all'utilizzo di strategie di modificazione del comportamento e di autocontrollo emotivo da applicare in classe (3) e hanno ricevuto un apposito manuale guida per l'utilizzo di tali procedure. La procedura ha previsto 2 incontri a cadenza quindicinale di 3 ore l'uno per l'insegnamento delle strategie e di 3 incontri di supervisione. Le strategie comportamentali vengono messe in atto nel corso di 18 ore di lezione settimanali. La loro applicazione ha preso il via nel dicembre 2000 e terminerà nel maggio 2001.

La formazione degli insegnanti ha avuto i seguenti contenuti:

- *Principi base del metodo comportamentale:*
  - la descrizione obiettiva e il monitoraggio dei comportamenti
  - i principi dell'apprendimento (acquisizione, incremento, decremento ed estinzione del comportamento)
  - la gestione delle contingenze (rinforzo – punizione – ignorare)
- *Tecniche per incrementare comportamenti funzionali:*
  - rinforzo differenziale attraverso l'incoraggiamento positivo
  - progettazione ed attuazione di un sistema a punti
- *Tecniche per diminuire comportamenti disfunzionali:*
  - penalizzazioni e rimproveri
  - il costo della risposta
  - il time out
  - schede di comunicazione scuola-famiglia
  - Strategie per prevenire comportamenti problema
  - la disposizione della classe
  - la messa a punto delle regole di classe
  - la gestione del tempo

Alla fine degli incontri di formazione gli insegnanti hanno ricevuto un apposito manuale messo a punto da Di Pietro M. e Filoramo G. dal titolo *Manuale per l'applicazione di tecniche comportamentali nella classe*, dove vengono riassunte le procedure descritte. Nel corso del presente anno scolastico gli insegnanti del gruppo sperimentale riceveranno una supervisione dal team dei formatori.

## Risultati

Essendo la ricerca ancora in corso possiamo disporre solo dei dati relativi alla taratura dei questionari utilizzati e sull'incidenza dei problemi comportamentali nella popolazione oggetto d'indagine, bisognerà infatti attendere la fine dell'anno scolastico per un confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Al termine dell'intervento comportamentale sarà possibile rilevare differenze nella frequenza di comportamenti da disattenzione, iperattività, oppositività, prosocialità, controllo emotivo e relazioni coi pari. Le analisi verranno condotte confrontando le differenze pre e post-test delle classi sperimentali rispetto a quelle di controllo. Ulteriori analisi verranno condotte confrontando i profili comportamentali dei 17 alunni con DAC nelle cui classi è stato applicato il programma di intervento comportamentale, rispetto ai 31 alunni che non hanno usufruito di alcun trattamento.

Le differenze rilevate nei punteggi delle scale utilizzate e nelle griglie di osservazione saranno statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) solo nel caso in cui la proporzione delle classi migliorate sia almeno l'80% delle classi trattate versus il 20% delle classi di controllo. Sarà però possibile mettere in evidenza come statisticamente significative differenze anche di minor entità tra i singoli bambini (tra prima e dopo l'intervento e tra casi trattati e casi controllo).

## Discussione

Nelle province di Vicenza e Venezia la presenza del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) e del Disturbo Oppositivo Provocatorio rientra nei parametri indicati dall'OMS; infatti l'incidenza del DDAI è pari al 3,98%, del DOP al 2,27%, del DDAI+DOP al 2,84%, per un totale del 9,09%. Risulta quindi giustificata l'esigenza, sentita da molti insegnanti di disporre di efficaci strategie d'intervento all'interno della classe. La sperimentazione in corso terminerà alla fine del mese di maggio 2001, pertanto sarà solo dopo tale data che si potrà disporre dei dati sui risultati dell'intervento.

## Bibliografia

1. Di Pietro M. Disturbo da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razionale-emotivo. *Difficoltà di apprendimento* 1995;1(1):107-18.
2. Goodman R. The strenght and difficulties questionnaire: a reaserch note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38:581-6.
3. Vio C, Marzocchi GM, Offredi F. *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Trento: Edizioni Erickson; 1999.

# IL PROGRAMMA AGATA (AUTO-GESTIONE E AUTOSSERVAZIONE TELE-ASSISTITA) PER LA PREVENZIONE SECONDARIA DELL'ABUSO ALCOLICO

Lucio Sibilìa<sup>1</sup>, Mauro Ceccanti<sup>2</sup>, Laura Camoni<sup>3</sup>, Giovanna Coriale<sup>2</sup>, Luca Deiana<sup>4</sup>, Elisabetta Di Girolamo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Cliniche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

<sup>2</sup> Servizio di Alcolologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

<sup>3</sup> Istituto Superiore di Sanità - Roma

<sup>4</sup> Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Roma

## Introduzione

Le ricadute nell'abuso di soggetti alcolisti disintossicati rimangono un problema di prevenzione secondaria dell'alcolismo lungi dall'essere risolto. Purtroppo, evidenze epidemiologiche recenti tratte dallo NLAES (1) confermano che sono più spesso gli alcolisti sottoposti a trattamento a ricadere nell'abuso dei non trattati, e sono di più i non trattati a raggiungere con il tempo un bere moderato.

La pratica assistenziale nonché i metodi e programmi di prevenzione dell'abuso alcolico correntemente accettati e ritenuti validi, compresi quelli di natura psicosociale quali gli Alcolisti Anonimi (AA), i Club di Alcolisti in Trattamento (CAT) e perfino molti dei programmi comportamentali, sono ancora concettualmente fondati sul modello medico, nonostante ormai sia ampiamente riconosciuto nella genesi del fenomeno alcolismo l'intreccio di fattori biologici tossicologici, metabolici, genetici, nutrizionali, ecc.) con fattori socio-culturali (culturali, economici, familiari, normativi, ecc.), fattori psicologici (cognitivi, interattivi, emozionali, affettivi, ecc.) e psicopatologici.

In sintonia con questo modello, infatti, l'astinenza rappresenta l'obiettivo terapeutico preferenziale, indipendentemente dagli obiettivi del soggetto e dalle sue spontanee capacità di autoregolazione del bere (presenti per quanto deficitarie). Il comportamento di abuso alcolico è infatti considerato un sintomo della malattia alcolismo, derivante dalla tossicità prodotta a breve e a lungo termine dagli alcoolici. Di conseguenza, si suppone una basilare vulnerabilità del soggetto alcolista, che si esprimerebbe con una rapida perdita di controllo alla sola ingestione di piccole quantità di alcoolici, e ciò in contrasto con le evidenze sperimentali, che mostrano come i soggetti alcolisti, quando sobri, non siano più vulnerabili all'abuso dei non alcolisti (2).

Dal punto di vista delle teorie dell'apprendimento socio-cognitivo (*social-learning theories*), invece, da cui derivano i metodi cognitivo-comportamentali, si deve supporre che laddove il trattamento incoraggi l'astinenza, sopprime la moderazione nel bere (cioè la tendenza all'autocontrollo), che sembra manifestarsi naturalmente nella maggioranza dei casi col passare del tempo (3), in quanto non consente appunto la *pratica* e quindi l'apprendimento dei comportamenti di autocontrollo.

Si suppone che i procedimenti *social-learning* di autosservazione ed autocontrollo, che hanno consentito importanti progressi nel trattamento di varie forme di dipendenza (4), anche applicati alla dipendenza alcolica (5), possono potenziare le spontanee tendenze all'autogestione

che gli alcolisti sviluppano col tempo, qualora aumentino la variabile cognitiva “controllo percepito”. L’ipotesi di base è che il raggiungimento di questo obiettivo possa da solo favorire la moderazione nel bere.

## Obiettivi e metodi

Sulle premesse e le ipotesi suesposte è basato il Progetto AGATA (*Programma di Auto-Gestione ed Autosservazione Tele-Assistita*), rivolto ai pazienti ricoverati presso il Servizio di Alcolologia dell’Università di Roma “La Sapienza”, con diagnosi di dipendenza alcolica. Scopo principale del Programma è quello di favorire le abilità di autogestione in soggetti alcolisti, potenziando il “controllo percepito” con sole procedure di autosservazione e potenziamento motivativo, per consentire il mantenimento dell’astinenza o della moderazione con un uso minimo di tempo professionale.

Effetti attesi del programma sono:

- a) Aumento dei giorni di moderazione nel bere e di astinenza;
- b) Miglioramento nell’adattamento generale del soggetto alcolista;
- c) Aumento del senso di controllo percepito.

Sono stati avviati al Progetto finora gli alcolisti afferiti all’Ospedale Diurno del Centro di Alcolologia del Policlinico Umberto I dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, in ordine di arrivo, con esclusione dei soggetti che presentavano:

- a) dipendenza e/o abuso da altre sostanze psicoattive (negli ultimi 6 mesi);
- b) grave deficit neurologico, di ostacolo alla comunicazione;
- c) patologia psichiatrica conclamata inquadrabile all’interno del DSM III (v. valutazione);
- d) grave patologia organica in generale, di ostacolo ad una vita autonoma.

Il metodo AGATA si basa quindi sull’addestramento all’uso di tecniche di autosservazione sia del bere, che delle contingenze emozionali, cognitive ed ambientali che lo controllano. La motivazione a proseguire nelle attività di autogestione viene incentivata da contatti telefonici mensili strutturati.

Le caratteristiche del programma AGATA sono:

- a) auto-determinazione degli obiettivi (astinenza o bere moderato) da parte dei pazienti;
- b) uso di principi e semplici metodi di auto-controllo cognitivo-comportamentale, con minimo rapporto costi/benefici;
- c) uso di contatti telefonici periodici con i pazienti, di rinforzo e consulenza.

Il programma AGATA - tutt’ora in corso - viene validato con un disegno sperimentale controllato e randomizzato, della durata di un anno. I soggetti vengono selezionati per il programma con una apposita batteria, che comprende:

- RTCQ (misura della fase motivazionale)
- SADQ (misura della gravità della dipendenza)
- MHQ - Middlesex Hospital Questionnaire, con sottoscale (psicopatologia)
- Scala di Auto-Efficacia Generalizzata
- Soddisfazione e Qualità di Vita
- Bender V-M Gestalt Test (deterioramento cognitivo)

La Figura 1 mostra la costituzione del gruppo di controllo (GC) e del gruppo a trattamento sperimentale AGATA (GA).

Tutti i soggetti ricevono il trattamento medico standard durante la fase iniziale del ricovero in Day Hospital. Nell'arco di 12 mesi, i soggetti del GC eseguono cinque visite mediche di richiamo; i soggetti del gruppo GA che hanno fornito il loro consenso, vengono invitati a mantenere gli impegni previsti, che comprendono: le attività di autogestione cognitivo-comportamentale, le telefonate mensili e la visita finale.

Per quanto riguarda la descrizione analitica delle schede di auto-osservazione rimandiamo ad altre pubblicazioni (6).

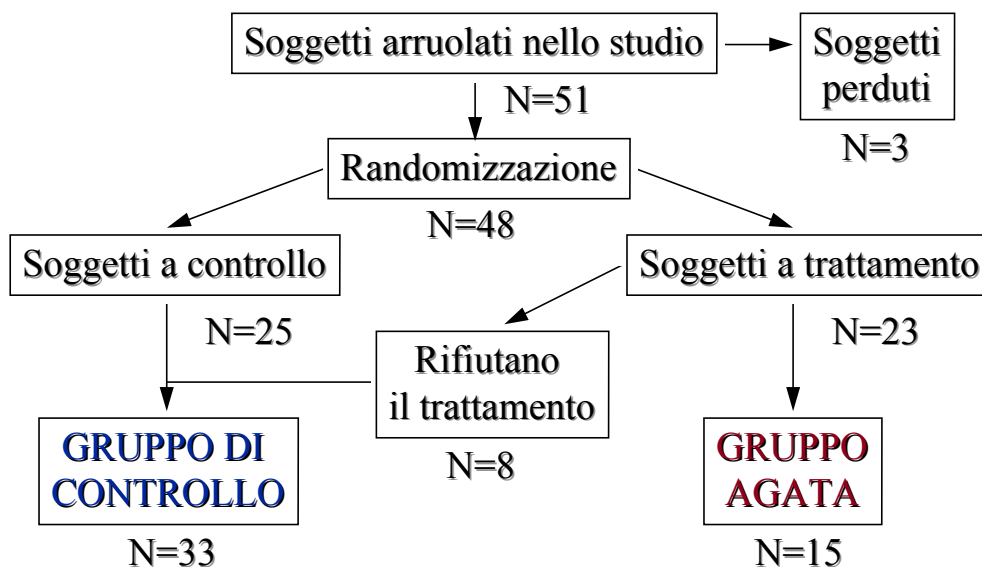


Figura 1. Composizione del campione

## Risultati

Il GC ed il GA non risultavano significativamente diversi all'arruolamento per alcuna delle variabili relative al bere (gravità e durata della dipendenza, livello di consumi, e fase motivazionale), né per gravità della psicopatologia correlata, né per variabili socioanagrafiche, né per gravità della patologia organica alcool-correlata. La confrontabilità dei due gruppi rimane quindi assicurata, nonostante siano stati assegnati al gruppo di controllo, oltre ai soggetti randomizzati anche alcuni che hanno rifiutato di seguire il programma AGATA.

I risultati preliminari del Programma AGATA (n.>50 soggetti) mostrano una significativa differenza nell'adesione al trattamento: a 6 mesi dall'inizio i soggetti del GA ancora trattamento erano circa il 73,3%, contro i 33,3% del GC, a 12 mesi erano il 46,7% contro il 18,2% (Tabella 1). È da notare che l'esperienza alcoologica corrente dimostra che i soggetti dispersi ritornano quasi sempre all'abuso.

Tabella 1. \*ANCOVA (covariate: età, sesso, durata del bere)

Variabile	Gruppo controllo (n. = 33)	Gruppo AGATA (n. = 15)	F(*)	p
Giorni cumulativi di trattamento	119	296	17,4	0,0001
di astinenza	105	205	12,7	0,0009

In accordo con quanto sopra, le curve (Kaplan-Meier) di sopravvivenza in trattamento (Figura 2) sono marcatamente e significativamente divaricate, risultando significative sia ai test *log-rank* di Cox ( $p=0,01$ ), che di Breslow ( $p=,0048$ ) e di Tarone-Ware ( $p=,0058$ ). Anche la durata dell'astinenza in giorni è risultata 2,3 volte maggiore rispetto ai controlli.

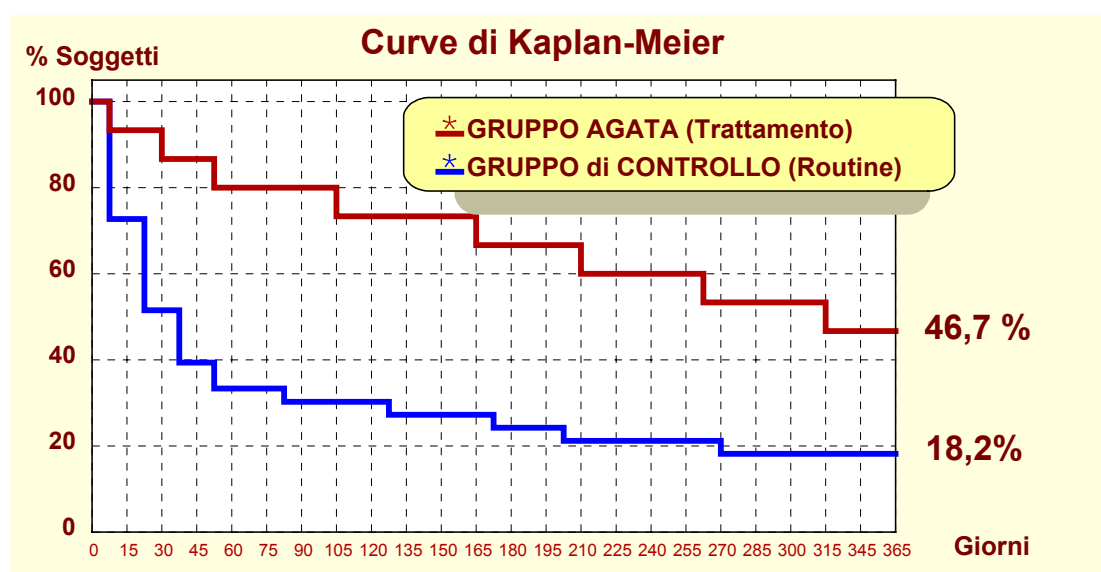


Figura 2. Progetto AGATA. Aderenza al programma

## Conclusioni

Il metodo AGATA risulta efficace nel prolungare, dopo la disintossicazione, la durata non solo del bere moderato, alla pari di altri metodi cognitivo-comportamentali, ma anche dell'astinenza in soggetti alcolisti e nel prevenire quindi le ricadute nell'abuso. Il risultato è ottenuto con un uso minimo di risorse professionali ed un metodo replicabile, anche senza un particolare training. L'ipotesi che l'autosservazione sia una procedura sufficiente per migliorare i processi di autogestione in molti alcolisti ne viene corroborata.

Poiché la raccolta dei dati è ancora in corso, sarà possibile valutare gli effetti di tipo B) e C) al termine dell'anno di trattamento solo quando una numerosità sufficiente sarà stata ottenuta.

Nonostante l'uso di un metodo cognitivo-comportamentale a basso contenuto "tecnico" possa facilitare la diffusione del metodo, ci siamo resi conto di quanto sia importante nella realizzazione del Progetto aver cura di preparare il *setting*. Diffondere nel personale le basilari

nozioni dell'impostazione bio-psicosociale e quindi consentire di comprendere le basi del progetto è risultato importante al fine di non far giungere ai pazienti messaggi confusivi, per una cultura degli operatori dei servizi dissonante con i suoi assunti di base.

## Bibliografia

1. Dawson DA. Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcohol Clinic & Experimental Research* 1996;20:771-9.
2. Thombs DL. *Introduction to addictive behaviours. 2nd Edition*. New York: The Guildford Press; 1999.
3. Peele S. Bait and switch in project MATCH: what NIAAA research actually shows about alcohol treatment. *Psychnews International* 1997;2(3).
4. Borgo S, Sibilìa L. Principles of modification of eating habits. In: Sibilìa L, Borgo S. (Ed.). *Health Psychology in Cardiovascular Health and Disease*. Roma: CRP; 1993.
5. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer RE, Rounsaville B. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry* 1996;53:217-224.
6. Sibilìa L, Ceccanti M, Deiana L, Di Girolamo E. Il progetto AGATA: psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione secondaria dell'abuso alcolico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2000;6(2):123-37.

# LA VALUTAZIONE DEI COSTI DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA. UNO STUDIO *EPIDEMIOLOGICALLY-BASED* PER LA DEFINIZIONE DI UN SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Francesco Amaddeo <sup>1</sup>, Massimo Mirandola <sup>1</sup>, Graham Dunn <sup>2</sup>, Michele Tansella <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona, Italy*

<sup>2</sup> *Biostatistic Group, School of Epidemiology and Health Sciences, Manchester University, UK*

## Introduzione

La valutazione economica delle politiche e degli interventi sanitari sta diventando una pratica sempre più diffusa grazie alla crescente enfasi che viene posta sul contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria. Infatti, non solo i *decision makers*, responsabili della pianificazione, ma anche coloro che operano nel settore clinico necessitano di dati completi ed affidabili sui costi e sull'esito dei trattamenti per ottimizzare il difficile processo di allocazione delle risorse. Nonostante ciò persistono ambiti, come quello dell'assistenza psichiatrica e dei costi delle malattie mentali, che sotto il profilo economico risultano relativamente meno indagati di altri (1).

Scopo di questa ricerca era di verificare la possibilità di identificare e validare modelli predittivi dei costi dell'assistenza psichiatrica erogata dai Dipartimenti di Salute Mentale. Una fase preliminare è stata necessaria per indagare la differenze nella qualità dei dati, relativi al consumo di risorse, raccolti con diverse metodologie e per validare e standardizzare una metodologia che consentisse l'applicazione della *Global Assessment of Functioning* (GAF) alle cartelle cliniche.

Il sistema informativo di Verona-Sud (Registro Psichiatrico dei Casi, RPC) (2), funzionante dal 1978 e ben integrato nella routine clinica del Servizio, è stato confrontato con un'intervista strutturata sull'utilizzo dei servizi e sul consumo delle risorse (Intervista per la Valutazione dei Costi dell'Assistenza Psichiatrica, ICAP). Un campione di 339 soggetti è stato utilizzato per valutare i livelli di concordanza tra dati relativi al numero di contatti, al tempo indicato per ogni contatto ed al costo per paziente.

Il grado di concordanza, sul numero e sul tempo dei contatti, variava molto sia rispetto al tipo di prestazione che al raggruppamento diagnostico. Anche rispetto alle componenti di costo, l'accordo stimato con il coefficiente di Lin (3) ha evidenziato una discreta disomogeneità: 0,999 e 0,946 per i costi residenziali ed ospedalieri, e 0,140, 0,422 e 0,407 per i costi di Day Hospital, ambulatoriali e domiciliari. L'ICAP sovrastimava i costi della residenzialità protetta, del Day Hospital e dell'assistenza domiciliare, mentre sottostimava i costi dell'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale. L'accordo sui costi totali, al contrario, è risultato molto elevato (0,926).

È stata utilizzata una metodologia standardizzata e attendibile per l'applicazione della *Global Assessment of Functioning* (GAF) alle cartelle cliniche

Sono stati selezionati 51 pazienti (numerosità necessaria per avere una potenza dell'80%), usando un metodo di campionamento sistematico (4), per valutare l'attendibilità tra i valutatori



nell'assegnazione dei punteggi GAF. Il training per la somministrazione della GAF (parte teorica ed esercitazioni) alle cartelle cliniche è durato complessivamente 12 ore.

Sono emersi livelli di concordanza tra *rater* superiori a 0,95 (coefficiente di Lin); ed anche utilizzando il metodo dei limiti di accordo, proposto da Bland e Altman (5), si sono confermati gli stessi risultati e non sono stati evidenziati errori sistematici legati alla scala dei valori.

## Materiali e metodi

### L'area di Verona-Sud

L'area di Verona-Sud (circa 75.000 abitanti) comprende una parte della città di Verona e due comuni limitrofi (Castel d'Azzano e Buttapietra). Il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud (SPT), gestito dalla Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Verona, è la principale agenzia che fornisce assistenza psichiatrica alla popolazione adulta residente nell'area.

### I soggetti

Il gruppo di pazienti dello studio era costituito da tutti i soggetti (n=1725) che nel corso degli anni 1992, 1993, 1994 e 1995 avevano avuto almeno un contatto con il SPT di Verona-Sud. L'estrazione dei dati è stata ottenuta utilizzando il RPC. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi a seconda della precedente utilizzazione dei servizi:

*Gruppo 1:* 626 pazienti first-ever, al primo contatto psichiatrico della loro vita;

*Gruppo 2:* 196 pazienti con storia psichiatrica e con episodio di cura in corso (ultimo contatto psichiatrico nei 90 giorni precedenti il contatto indice);

*Gruppo 3:* 227 pazienti con storia psichiatrica, che hanno riaperto un nuovo episodio di cura dopo un periodo senza contatti compreso tra 91 e 1095 giorni.

*Gruppo 4:* 676 pazienti con storia psichiatrica, che hanno riaperto un nuovo episodio di cura dopo un periodo senza contatti superiore a 1096 giorni dalla data di ingresso nello studio.

Ogni paziente è stato seguito per 365 giorni dalla data di ingresso nello studio, ed è stato quindi calcolato il costo individuale totale e quello delle 5 componenti principali dell'assistenza: ospedaliera, residenzialità protetta, Day Hospital, ambulatoriale e domiciliare.

Sono stati stimati diversi modelli esplicativi/predittivi usando la *Ordinary Least Squares Regression* (OLS), sia sui costi reali che con trasformazione logaritmica, e la *Generalized Linear Models* (GLM).

## Risultati

Nella Tabella 1, vengono presentate alcune statistiche descrittive della distribuzione dei costi nei quattro gruppi sopra descritti; come si può osservare esiste una notevole disomogeneità.

Per il gruppo 1, la varianza spiegata era decisamente bassa ( $R^2=0,16$ ). Sono risultate significative nella predizione dei costi, il sesso maschile e la diagnosi di schizofrenia e psicosi

funzionali, tutte con effetti positivi sui costi. In un precedente lavoro, Amaddeo *et al.* (6), studiando pazienti first-ever, avevano ottenuto valori di  $R^2$  compresi tra 0,20 e 0,60.

**Tabella 1. Statistiche descrittive della distribuzione dei costi (migliaia di lire '96)**

Gruppi	n.	Media	Deviazione standard	Skew	Kurt.	Percentile			
						25%	50%	75%	95%
Gruppo 1	626	1377,53	3605,78	5,67	42,23	133,35	334,50	1004,92	6492,39
Gruppo 2	196	12677,95	24186,62	3,14	13,10	1014,60	3371,57	11629,14	78370,91
Gruppo 3	227	6711,13	20141,33	5,64	39,81	177,06	649,15	4494,73	32015,42
Gruppo 4	676	2983,04	7192,80	6,02	53,98	177,06	706,48	2256,72	13704,88
Tutti i soggetti	1725	3992,56	12519,98	7,21	68,73	174,67	607,43	2151,72	17572,20

Per il gruppo 2, il modello stimato includeva una serie di variabili di utilizzazione dei servizi nel corso dell'anno precedente il contatto indice. Il valore di  $R^2$  in questo gruppo è risultato 0.70. Questi pazienti erano in assoluto i più costosi e ciò per la situazione di bisogno di cura e per le necessità legate alla loro storia clinica (cronicità).

Il modello stimato per il gruppo 3 aveva un  $R^2$  di 0,57. Il numero di giorni di degenza ospedaliera e il numero di contatti territoriali erano associati positivamente ai costi, mentre il numero di telefonate clinicamente rilevanti era associato negativamente. L'ospedalizzazione dell'anno precedente potrebbe rappresentare una variabile *proxy* di gravità dei pazienti.

Nell'ultimo gruppo, i predittori che si associano negativamente ai costi sono l'essere coniugato, l'essere vedovo, separato o divorziato, e i raggruppamenti diagnostici "disturbi nevrotici e somatoformi" e "altre diagnosi".

Nella valutazione dei modelli oltre all' $R^2$  sono stati considerati alcuni indici alternativi (Tabella 2): *RMSE* (radice quadrata della media dei quadrati degli errori), *MAE* (media dei valori assoluti degli errori di predizione) e *Theil-U* (rapporto tra differenze dei residui al quadrato e quadrati dei valori osservati) (7).

**Tabella 2. Performance dei modelli di regressione sui quattro gruppi di pazienti**

Gruppi	$R^2$	R	RMS ( $\times 10^{-7}$ )	RMSE	MAD	Theil-U
<b>Gruppo 1**</b>						
OLS (costi reali)	0,16	0,403	1,26	3477,87	1546,13	0,854
OLS (logaritmo dei costi)	0,27	0,329	1,47	3699,23	1203,47	0,909
GLM	-	0,272	-	5368,03	1890,00	1,319
<b>Gruppo 2**</b>						
OLS (costi reali)	0,70	0,837	1,64	11922,07	8294,14	0,482
OLS (logaritmo dei costi)	0,52	0,616	1,65	41775,32	10901,33	1,690
GLM	-	0,559	-	90638,10	15889,00	3,668
<b>Gruppo 3**</b>						
OLS (costi reali)	0,57	0,755	2,01	13333,92	6575,92	0,621
OLS (logaritmo dei costi)	0,25	0,689	3,37	18157,35	5655,59	0,846
GLM	-	0,641	-	18712,31	6879,68	0,872
<b>Gruppo 4**</b>						
OLS (costi reali)	0,05	0,224	3,73	6007,75	3159,99	0,891
OLS (logaritmo dei costi)	0,06	0,172	2,54	6395,25	2438,52	0,948
GLM	-	0,198	-	6062,08	3173,44	0,899

$R^2$ : proporzione di varianza spiegata; R: Coefficiente di Correlazione Prodotto-momento di Pearson; CCC: Coefficiente di correlazione di concordanza; RMS: Media dei residui al quadrato dalla ANOVA table; RMSE: Radice quadrata della media degli errori al quadrato; MAD: Media delle differenze assolute; U: Statistica U di Theil.

## Discussione

Questo studio ha evidenziato da un parte l'utilità, nei modelli predittivi sui costi, di dividere i pazienti in base alla storia psichiatrica precedente, dall'altra la necessità di disporre di informazioni sulla gravità e sul funzionamento dei pazienti.

La notevole eterogeneità con la quale in molti studi vengono descritti modelli che, a partire dallo stesso set di variabili indipendenti, evidenziano sul piano statistico performance enormemente differenti, pone in serio dubbio la reale validità dei metodi impiegati. Molti studi, pur ottenendo valori di  $R^2$  elevati, non affrontano il problema della reale applicabilità e trasferibilità dei modelli ad altri contesti.

Diehr *et al.* (8) hanno sottolineato come le difficoltà teoriche e pratiche legate allo studio dei costi evidenzino la necessità di disporre non tanto di un'unica metodologia di studio, ma di una serie articolata di metodologie e di tecniche statistiche in grado di rispondere alle difficoltà legate all'analisi dei costi.

Uno dei problemi più seri che presenta lo studio dei costi è la distribuzione fortemente *skewed* dei dati e la mancanza, per definizione, di valori negativi (6,9,10). Per ridurre i problemi della distribuzione dei costi spesso si applica una trasformazione logaritmica; tuttavia, in questo caso, quando si ritorna alla forma originaria dei valori si ottiene una distorsione delle stime.

Due sono le soluzioni alternative proposte in letteratura: la prima consiste nell'aggiungere un fattore di correzione ( $1/2$  del quadrato di RMSE), il secondo è denominato metodo non parametrico *smearing* di Duan (11,12). Le stime dei modelli nei quattro gruppi da noi studiati non hanno dimostrato chiaramente la superiorità di un metodo rispetto all'altro.

Inoltre, nonostante la violazione degli assunti legati alla distribuzione, le predizioni risultano essere generalmente migliori analizzando i costi reali. Questo lavoro rappresenta solo una prima fase di un possibile utilizzo di indici complementari al  $R^2$  per valutare i modelli, mentre altri studi saranno necessari per verificarne l'effettiva replicabilità. L'utilizzo di GLM, più corretta e sofisticata dal punto di vista statistico, non fornisce prestazioni superiori, ma anzi sembra essere meno valida.

L'altro metodo importante per la selezione e la validazione dei modelli è la cross-validazione. Infatti, ciò che appare essenziale è l'applicazione di un modello efficiente su altri *dataset*, in modo da giungere alla reale verifica della capacità predittiva del modello stesso. Spesso infatti i modelli funzionano solo sul *dataset* su cui sono stati stimati. Da questo punto di vista la verifica della performance dei modelli, con un insieme di indici piuttosto che col solo  $R^2$ , suffragata dalla cross-validazione può facilitare la scelta del modello migliore e rendere più precisa l'allocazione delle risorse.

## Bibliografia

1. Frank R, Manning W (Ed.). *Economics and Mental Health*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1992.
2. Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, Amaddeo F. Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34:541-7.
3. Lin LIK. A concordance correlation coefficient to evaluate reproducibility. *Biometrics* 1989;45:255-68.

4. Mirandola M, Baldassari E, Beneduce R, Italo A, Segala M, Tansella M. A standardized and reliable method to apply the Global Assessment Functioning (GAF) scale to psychiatric case records. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2000;9(2):79-86.
5. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986;1:307-10.
6. Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, Tansella M. Exploring the relationships between patients' characteristics and costs of community-based mental health care. *Mental Health Research Review* 2000;7:28-32.
7. Greene WH. *Econometric Analysis. Fourth Edition*. Prentice- Hall, Inc.; 2000.
8. Diehr P, Yanez D, Ash A, Hornbrook M, Lin DY. Methods for utilizing health care utilization and costs. *Annual Review of Public Health* 1999;20:125-44.
9. Bonizzato P, Bisoffi G, Amaddeo F, Chisholm D, Tansella M. Community-based mental health care: to what extent a services costs associated with clinical, social and service history variables? *Psychological Medicine* 2000;30:1205-15.
10. Healey A, Mirandola M, Amaddeo F, Bonizzato F, Tansella M. Using health production functions to evaluate treatment effectiveness: an application to a community mental health service. *Health Economics* 2000;9:373-83.
11. Duan N. Smearing estimate: a nonparametric retransformation method. *Journal of American Statistical Association* 1983;78:605-10.
12. Manning WG. The logged dependent variable, heteroscedasticity, and the retransformation problem. *Journal of Health Economics* 1998;17:283-95.

# STIMA DEL COSTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN RAPPORTO ALL'IMPEGNO ASSISTENZIALE E AGLI ESITI (II ANNUALITÀ)

Alessandra Di Maio <sup>1</sup>, Enrico Arrighi <sup>1</sup>, Marianna Cavazza <sup>1</sup>, Graziella Civalenti <sup>1</sup>, Sabrina Marcandalli <sup>1</sup>, Valter Torri <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Istituto di Economia Sanitaria (MI)*,

<sup>2</sup> *Laboratorio di Ricerca Clinica Oncologica - Unità di Biometria, Istituto Mario Negri (MI)*

## Introduzione

La seconda annualità del progetto prosegue l'analisi sui costi dei trattamenti e sulle possibili relazioni tra variabili economiche e cliniche (diagnosi e gravità) per classificare i pazienti psichiatrici in gruppi iso-risorse (1,2), esamina il fenomeno degli episodi ripetuti e valuta l'esito (3) in rapporto alle caratteristiche cliniche iniziali e all'assistenza erogata.

Rispetto al primo anno (4) di attività che considerava la Unità Operativa Psichiatrica (UOP) nel suo complesso, il punto di osservazione si è spostato ponendo l'attenzione sul Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ospedaliero (SPDC) e sul Centro Residenziale di Terapie (CRT).

## Metodi

Sono stati rilevati tutti gli episodi di trattamento in SPDC (n. 452) e in CRT (n. 50) relativi ai 1.634 pazienti reclutati nella prima annualità, tra il 1/4/96 e il 30/9/96, in tre UOP lombarde (38-Desio, 44-Magenta e 47-Milano/Niguarda). Il profilo clinico dei casi considerati si è basato sulla diagnosi rilevata al momento del reclutamento e codificata attraverso i gruppi diagnostici previsti dal sistema ICD 10 e sulla gravità misurata in più momenti con la scala HoNOS (versione a 8 item; range di variazione del punteggio totale: 0-32) (5).

I costi degli episodi sono stati stimati valorizzando a costi standard (costi diretti) le prestazioni rilevate attraverso il Sistema Informativo Psichiatrico Regionale (PSICHE) (6) e le schede predisposte *ad hoc*.

## Risultati

Sotto il profilo socio-demografico il campione risulta piuttosto omogeneo tra le UOP e all'interno di ciascuna tipologia di struttura (SPDC e CRT). Tale omogeneità porterebbe ad escludere differenziali in termini di costi e di esiti legati alle caratteristiche socio-demografiche.

Sotto l'aspetto clinico l'analisi descrittiva dei ricoveri in SPDC mostra che: il DRG 430 – Psicosi accoglie il 75% dei pazienti; la “Schizofrenia” (F2) è la categoria diagnostica più frequente (oltre il 50%); la gravità media iniziale è di 11,2 punti HoNOS; i maggiori problemi riguardano le attività quotidiane e le relazioni sociali, e la presenza di allucinazioni e deliri nonché di comportamenti aggressivi e distruttivi. Anche in questo caso si registra omogeneità

tra le UOP. I casi in CRT rientrano prevalentemente nella categoria “Schizofrenia” (F2) e presentano una gravità media iniziale di 9,5 punti. I maggiori problemi sorgono nella gestione delle relazioni e nelle attività della vita quotidiana.

Il fenomeno degli episodi ripetuti è piuttosto diffuso nei SPDC (media del 32%), mentre è un’eccezione nei CRT. Non emergono difformità di gravità e costo significative tra i ricoveri unici e quelli ripetuti in SPDC.

Lo stato di salute dei pazienti migliora in tutte le strutture e UOP. In media, si registra una riduzione del punteggio di 4,5 punti HoNOS in SPDC e 5 in CRT.

I costi medi in SPDC sono pari a: 12,9 milioni per paziente, 8,5 per ricovero, 0,4 per giornata di degenza e 0,8 per punto HoNOS. Il costo medio per episodio in CRT, si attesta intorno a 26 milioni (30,6 per paziente).

I pazienti residenziali sono contemporaneamente più gravi e più costosi di quelli territoriali (6,2 punti e 7,1 milioni) (2).

Le variabili cliniche (compreso l’esito) non sembrano essere dei buoni predittori dei costi degli episodi (7). Nel caso dei ricoveri trattati in SPDC, le analisi statistiche evidenziano che sulla base i) della presenza o assenza della diagnosi F6 “Disturbi della personalità e nel comportamento nell’adulto” e ii) del livello di gravità di alcuni problemi psichiatrici si possono classificare i pazienti in 6 gruppi iso-risorse. La classificazione individuata avrebbe tuttavia una scarsa capacità esplicativa ( $R^2=0,11$ ) seppure superiore a quella dei DRG psichiatrici ( $R^2=0,03$ ) (8). Nei riguardi degli episodi in CRT, la gravità totale iniziale spiegherebbe il 12% dei costi, mentre i problemi legati ad allucinazioni e deliri influirebbero da soli in misura del 27%.

Non sembra esistere una relazione tra costi e esito per la casistica trattata in SPDC e CRT, e non si sono rilevati differenziali di costo tra ricoveri unici e ripetuti in SPDC.

## Discussione e conclusioni

Con lo scopo di individuare una classificazione della casistica psichiatrica in gruppi iso-risorse, sono stati stimati i costi e misurati i livelli di gravità dei pazienti reclutati presso 3 SPDC e 2 CRT nel corso di sei mesi.

L’analisi statistica svolta indica una scarsa relazione tra il profilo clinico e i costi. Tuttavia nel caso degli SPDC, la classificazione dei ricoveri in gruppi iso-risorse mostra una capacità esplicativa superiore a quella dei DRG psichiatrici.

Sull’analisi possono avere influito l’uso della scala HoNOS nella versione ridotta (la versione completa a 12 item, convalidata per un uso sistematico nel contesto nazionale e riproducibile, non era ancora disponibile) (9) e la contenuta numerosità del campione.

## Bibliografia

1. Buckingham B, *et al.* *Developing a casemix classification for mental health services. Volume I: main report.* Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services; 1998.
2. Rossi F, *et al.* Il costo dei pazienti psichiatrici per classi di gravità. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;8:199-208.
3. Horn SD, *et al.* Psychiatric severity of illness. *Medical Care* 1989;1:69-84.
4. Rossi F. *Stima del costo dei servizi di salute mentale in rapporto all’impegno assistenziale e agli esiti.* In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (Ed.). *Progetto nazionale Salute mentale. Rapporto della prima fase.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti Istisan 00/12)

5. Wing JK. Health of the National Outcome Scales (HoNOS). *American Journal of Psychiatry* 1998;178:11-8.
6. Regione Lombardia - Servizio Sistema Informativo e Controllo Qualità. *I servizi psichiatrici della regione Lombardia – 1996*. Milano: Regione Lombardia; 1997
7. Creed F, *et al.* Predicting Length of Stay in Psychiatry. *Psychological Medicine* 1997;27:961-6.
8. Phelan M, McCrone P. Effectiveness of Diagnosis-Related Groups in Predicting Psychiatric Resource Utilization in the UK. *Psychiatric Services* 1995;6:547-9.
9. Lora A, *et al.* La versione italiana della “Health of the Nation Outcome Scales” (HoNOS), una scala per la valutazione della routine della gravità e dell’esito. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* (in corso di stampa).

# SVILUPPO E SPERIMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO TRA PARI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE. II FASE

Arcadio Erlicher <sup>1</sup>, Giovanni Rossi <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano*

<sup>2</sup> *Dipartimento Salute Mentale, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena*

## Introduzione e obiettivi

Questo Programma costituisce la seconda fase di uno precedente che coinvolse 10 DSM/UOP e ottenne i seguenti risultati (1-3):

1. Definizione consensuale tra i partecipanti di strumenti e metodologie per l'accreditamento professionale tra pari.
2. Applicazione in concreto di strumenti e procedure di accreditamento professionale attraverso uno scambio di visite tra pari tra DSM/UOP partecipanti.

Gli obiettivi della seconda fase del programma sono sinteticamente riassumibili nei seguenti punti:

- Coinvolgimento di altri Servizi nelle procedure di Accreditamento professionale.
- Promozione di iniziative di formazione alla valutazione.
- Revisione del Manuale di Accreditamento per migliorarne la riproducibilità
- Miglioramento della qualità dei servizi e dell'efficacia delle prestazioni.

## Metodi

È stata replicata la metodologia applicata nella I Fase del programma caratterizzata dai seguenti punti:

- a. Partecipazione volontaria;
- b. Revisione consensuale di criteri, indicatori e standard per la valutazione;
- c. Revisione delle procedure operative di visita;
- d. Autovalutazione del DSM/UOP e effettuazione della visita di accreditamento con modalità standardizzate;
- e. Redazione, validazione e invio al DSM/UOP della relazione di visita, volta a mettere in evidenza gli elementi di forza e di criticità del servizio e a suggerire interventi di miglioramento;
- f. Valutazione finale dell'andamento e dei risultati del programma.

## Reclutamento

Sono stati reclutati, su base volontaria, 20 nuovi DSM/UOP, che si sono aggiunti ai 10 DSM/UOP che avevano già partecipato alla I° Fase del progetto e che hanno proseguito la loro partecipazione anche in questa fase.

Complessivamente i DSM/UOP partecipanti rappresentano 10 Regioni italiane.



Dieci dei nuovi DSM/UOP hanno previsto, con risorse economiche proprie, la partecipazione al percorso completo di Accredimento professionale tra pari, comprensivo della visita esterna.

## Formazione

Rispetto alla precedente fase del programma è stata data particolare rilevanza alla formazione degli operatori coinvolti nel processo di accreditamento ed è stato messo a punto un “pacchetto formativo”, articolato secondo diversi livelli:

1. Sensibilizzazione: informazione a tutti gli operatori del DSM/UOP coinvolto nell'esperienza dell'accREDITamento sui temi della qualità, della valutazione e dell'accREDITamento;
2. Formazione dei *facilitatori interni*, che si assumono l'impegno di favorire la procedura di autovalutazione nel proprio servizio di appartenenza, di organizzare la visita e di coordinarne lo svolgimento;
3. Formazione dei visitatori, che sviluppano, in particolare, competenze relativamente all'applicazione delle procedure di visita e ai quali compete la stesura della relazione finale di valutazione del servizio;
4. Formazione dei coordinatori dei programmi di accREDITamento, che aggiungono alle competenze dei visitatori anche quelle relative all'organizzazione e alla gestione complessiva del sistema di accREDITamento professionale tra pari.

Per realizzare questa formazione sono stati effettuati due Seminari di tre giornate ciascuno:

- il primo riservato ai partecipanti alla I Fase del programma, che, oltre alle finalità di formazione dei partecipanti, soprattutto per i livelli 2° e 3°, ha permesso di revisionare strumenti e procedure per la visita (vedi punti C e D successivi);
- il secondo, rivolto agli operatori di nuovo reclutamento, ha curato la formazione prevalentemente per i livelli 1° e 2°; per gli operatori di quei servizi che hanno aderito anche al programma di scambio di visite è stato attivato anche il livello 3° di formazione.

Al secondo Seminario hanno partecipato anche alcuni operatori di residenze psichiatriche protette gestite da soggetti privati.

## Strumenti

È stato sottoposto a revisione il Manuale di Accredimento prodotto nella I° Fase del progetto secondo procedure di partecipazione e di consenso tra i partecipanti al Programma.

Sono stati eliminati 23 item, ne sono stati modificati 36 e sono stati introdotti 10 nuovi item.

Ciascuno dei nuovi requisiti e degli indicatori previsti sono stati approvati da tutti i partecipanti al programma e così pure i relativi standard.

È stato inoltre costituito un gruppo di lavoro più ristretto, che attraverso la metodologia della consultazione proporrà in tempi successivi all'approvazione dei partecipanti al programma un'ulteriore versione del Manuale.

## Procedure

Sempre con la metodologia della partecipazione e del consenso sono state più precisamente standardizzate le procedure di visita e la redazione della relazione conclusiva di valutazione del servizio.

## Risultati

### Visite di accreditamento tra pari

Sono state effettuate 9 visite di accreditamento in altrettanti DSM/UOP dei 10 partecipanti alla 1° Fase del programma. Per questi servizi si è trattato della seconda visita di accreditamento dopo poco meno di due anni dalla precedente.

Per ciascuna delle visite è seguita la sequenza:

- a) Autovalutazione del servizio, mediante la compilazione del manuale in maniera consensuale e partecipata da parte degli operatori delle singole strutture del servizio,
- b) Visita da parte di operatori esterni al servizio della durata di due giornate e ½ per verificare la coerenza dei risultati dell'autovalutazione,
- c) Invio della relazione di valutazione al responsabile del servizio con l'evidenziazione dei punti di forza e di criticità; per questi ultimi sono indicati dei suggerimenti per iniziative di miglioramento.

Tenuto conto che la qualità dei servizi visitati è risultato, in generale, di buon livello, sono state anche rilevate le specifiche esperienze di eccellenza, che, a seconda dei servizi, consistono in:

- Coerenza dell'organizzazione e della pratica con la missione
- Capacità di assumersi in carico a livello territoriale le situazioni critiche riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero
- Ampia gamma di offerta in risposta ai bisogni degli utenti
- Efficienza del servizio domiciliare
- Visibilità e collaborazione con le risorse del territorio
- Alcune strutture (per es. Day Hospital, Residenza Protetta, Centro Diurno)

Al contrario, un frequente elemento di criticità rilevato è l'integrazione tra le diverse componenti del DSM.

### Iniziative di formazione

Nel periodo di realizzazione del Programma sono pervenute richieste di formazione da parte di un certo numero di servizi e di soggetti di rilevanza scientifica, in particolare dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, che ha organizzato Corsi di formazione in tema di accreditamento nell'ambito dei propri Congressi, e dall'Istituto Superiore di Sanità, oltre che da parte di diversi DSM/UOP e sedi universitarie.

Tali iniziative sono state condotte più frequentemente da Erlicher A, Guidi A, Rossi G, e Semisa D.

## Discussione e conclusioni

Al termine della seconda fase del programma di scambi di visite tra pari si possono rilevare:

- a) la conferma dell'applicabilità delle procedure di Accreditamento tra pari nella pratica dei servizi di salute mentale;
- b) l'interesse degli operatori dei servizi coinvolti verso le procedure di accreditamento professionale come strumento partecipato per il miglioramento della qualità;
- c) una richiesta diffusa di formazione per l'applicazione pratica di procedure efficaci di valutazione e di miglioramento della qualità dei servizi;

- d) l'opportunità di revisionare nel prossimo futuro l'attuale Manuale di Accreditemento per passare da una sua articolazione per strutture del Dipartimento a un'altra di valutazione dei processi di cura.

Pertanto, sembra ormai possibile superare la fase della sperimentazione per consolidare nella routine dei servizi l'applicazione di procedure di valutazione e di miglioramento continuo di qualità per le quali lo strumento dell'accréditamento tra pari si è dimostrato praticabile ed efficace.

Per promuovere ulteriormente i processi di miglioramento è opportuno anche prevedere premi per l'eccellenza da riconoscere in sedi scientifiche e istituzionali ai gruppi di lavoro che siano in grado di documentare la qualità del loro servizio.

Anche la recente legislazione sanitaria (v. DM 229/99) apre spazi operativi per l'applicazione di procedure di accreditation professionale.

Il gruppo di ricerca, che si è progressivamente ampliato nel corso delle due fasi della sperimentazione, ritiene a questo punto di dare vita a un'Associazione per il Miglioramento della Qualità e l'Accreditemento dei Dipartimenti di Salute Mentale, che sviluppi, anche attraverso iniziative di formazione, la diffusione e l'applicazione della procedura di valutazione nei servizi pubblici e privati che operano nell'area della Salute Mentale.

A tal fine, oltre che per sottoporre a una valutazione critica tutte le visite di accreditation tra pari fin qui effettuate nell'ambito della sperimentazione, è previsto di organizzare entro il corrente anno una o più giornate di discussione su questi temi con l'obiettivo della costituzione di un soggetto associativo per l'Accreditemento professionale che coinvolga in prima istanza, ma non solo, tutti i partecipanti alle due fasi della sperimentazione avvenuta negli ultimi tre anni nell'ambito del PNSM.

## Bibliografia

1. Erlicher A, Rossi G. *Manuale di accreditation professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*. Torino: Centro Scientifico Editore; 1999.
2. Erlicher A, Rossi G. Accreditemento: verifica e promozione di qualità. In: Cocchi A, De Isabella G (Ed.). *La gestione manageriale delle strutture intermedie in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore; 1999.
3. Barbini C, Erlicher A, Righi A, Rossi G. Accreditemento certificativo e accreditation professionale : indicatori di requisiti per aree con carattere di qualità nei centri diurni. In: Cocchi A, De Isabella G (Ed.). *La gestione manageriale delle strutture intermedie in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore; 1999.

# **RICERCA MULTICENTRICA DI TIPO CASO-CONTROLLO SU DISTURBI DISSOCIATIVI, DISTURBI BORDERLINE DI PERSONALITÀ, LUTTO ED EVENTI TRAUMATICI INFANTILI**

Paolo Pasquini <sup>1</sup>, Giovanni Liotti <sup>2</sup>, Giovanni Fassone <sup>1</sup>, Eva Mazzotti <sup>1</sup>, Angelo Picardi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento di Epidemiologia e Psicologia Clinica, Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI-IRCSS, Roma*

<sup>2</sup> *Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Roma*

<sup>3</sup> *Laboratorio di epidemiologia e biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## **Introduzione e obiettivi**

Lo scopo dello studio è quello di saggiare l'ipotesi che sia il trauma infantile nel paziente che gli eventi di lutto e/o traumatici nella madre possano essere associati allo sviluppo di sintomi dissociativi e rappresentare fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo di Disturbi Dissociativi e Disturbi Borderline di Personalità in età adulta. A tale proposito è stato rilevato il trauma infantile (compreso tra la nascita e i 14 anni di età del paziente) e gli eventi di perdita e altri eventi traumatici nella madre nel periodo compreso tra i due anni prima e dopo la nascita dei soggetti reclutati.

La ricerca si inserisce in un contesto nel quale i disturbi Borderline di Personalità e i Disturbi Dissociativi (soprattutto nelle forme più gravi) sono considerati categorie diagnostiche appartenenti ad un medesimo continuum psicopatologico, condividendo fattori di rischio e alcune significative caratteristiche psicopatologiche (1-7). La cornice teorica è quella del modello interpersonale dei disturbi della coscienza proposto da Liotti (8,9) e della teoria dell'Attaccamento originariamente formulata da Bowlby (10,11).

## **Metodi**

Sono stati arruolati come 'casi' quei pazienti con punteggio alla DES  $\geq 25$ , per i quali è stata confermata la diagnosi di Disturbo Dissociativo sulla base del punteggio raggiunto nella SCID-D. Nei casi con Disturbo Borderline, la diagnosi è stata confermata mediante SCID-II.

Sono stati arruolati come 'controlli', soggetti che hanno ottenuto un punteggio alla DES  $< 25$  e per i quali la diagnosi di Disturbo Borderline è stata esclusa sulla base della SCID-II.

Per l'esposizione a lutto o a eventi di perdita sono state considerate situazioni di lutto reale come la morte di un familiare; situazioni di separazione; grave disagio; aborto, nei 2 anni precedenti o successivi alla nascita del paziente. Per quanto riguarda il trauma infantile sono state considerate situazioni di lutto subito dal paziente, neglect, abuso fisico e/o sessuale, violenza in famiglia (compresi tra la nascita e i 14 anni di età). Sono stati impiegati i seguenti strumenti: Questionario per la rilevazione del lutto (QEL); Intervista semistrutturata per la rilevazione del trauma (ITI); Dissociative Experience Scale (DES); Structured Clinical Interview for DSM-IV, Dissociative Disorders (SCID-D); Structured Clinical Interview for

DSM-IV-Axis II (SCID-II). Casi e controlli sono stati arruolati negli stessi centri (5 DSM e 2 ambulatori universitari) e nello stesso periodo.

## Risultati

Sono stati arruolati 244 soggetti validi (52 casi di disturbo dissociativo, 66 casi di disturbo borderline e 146 controlli; tra i casi, 20 soggetti avevano una doppia diagnosi di disturbo dissociativo e disturbo borderline). Nel complesso, le percentuali di esposizione ad esperienze traumatiche infantili rilevate mediante l'ITI in tutto il campione sono risultate elevate: il 55% è risultato esposto almeno ad una delle condizioni traumatiche considerate. L'evento più frequentemente riportato è risultato la trascuratezza (59% dei soggetti), seguito dalla violenza in famiglia (55%). Il 20% del totale ha riportato 4 o più eventi traumatici. I soggetti esposti ad almeno una delle esperienze traumatiche considerate hanno mostrato una maggiore propensione allo sviluppo di sintomi dissociativi rispetto a quelli non esposti (media DES: 22,5 vs 12,9, rispettivamente;  $p < ,0001$ ). I risultati relativi al lutto e/o eventi di perdita evidenziano che il 45% delle madri intervistate è stata esposta almeno ad uno degli eventi considerati. L'aborto (20,8%) e la morte di un parente di primo grado (16%) sono stati gli eventi più frequenti. Anche nel caso del lutto i punteggi medi della DES soggetti le cui madri erano state esposte all'evento studiato sono risultati più alti rispetto a quelli dei soggetti non esposti (media DES 20,9 vs 15,9, rispettivamente;  $p = ,012$ ).

L'associazione tra esposizione ai fattori di rischio e sviluppo di DD o DBP è stata valutata mediante il calcolo dell'Odds Ratio grezzo e aggiustato secondo un modello logistico multivariato. Le variabili di confondimento considerate sono state età, sesso, numerosità della famiglia, tipo di paziente (ricoverato o ambulatoriale).

### Disturbi dissociativi

Per quanto riguarda il lutto e altri eventi stressanti subiti dalla madre, l'OR grezzo è risultato di 2,6 (I.C. 95%: 1,4-5,1) mentre per le esperienze traumatiche infantili nel paziente l'OR grezzo è risultato di 7,1 (I.C. 95%: 2,8-17,6). Gli Odds Ratio grezzi per il trauma infantile e per gli eventi stressanti nella madre sono stati successivamente aggiustati anche in relazione al fattore di rischio non considerato (trauma infantile o eventi stressanti nella madre, rispettivamente). I valori degli OR aggiustati sono risultati i seguenti: 1,9 (I.C. 95%: 0,9-4,0) per gli eventi di perdita nella madre e 7,2 (I.C. 95%: 2,8-18,5) per il trauma infantile.

### Disturbi borderline di personalità

Gli odds ratio (OR) grezzi sono risultati i seguenti: 2,5 (IC 95%: 1,4-4,5) e 5,8 (IC 95%: 2,7-12,6), rispettivamente per l'esposizione a eventi di perdita nella madre e per il trauma infantile nel paziente mentre i rispettivi valori aggiustati sono risultati 2,5 (IC 95%: 1,1-5,8) e 5,3 (IC 95%: 2,1-13,3) (Tabella 1 e 2).

**Tabella 1. OR grezzi e aggiustati tra casi di disturbo dissociativo e controlli in relazione all'esposizione a 'Lutto e/o eventi gravi di perdita o separazione nella madre' e 'Traumi infantili nel paziente'**

Evento	Odds ratio stimati (IC 95%)	
	grezzi	aggiustati*
Lutto e/o eventi gravi di perdita o separazione nella madre	2,6 (1,4-5,1)	1,9 (0,9-4,0)
Trauma infantile nel paziente	7,1 (2,8-17,6)	7,2 (2,8-18,5)

**Tabella 2. OR grezzi e aggiustati tra casi di disturbo borderline di personalità e controlli in relazione all'esposizione a 'Lutto e/o eventi gravi di perdita o separazione nella madre' e 'Traumi infantili nel paziente'**

Evento	Odds ratio stimati (IC 95%)	
	grezzi	aggiustati*
Lutto e/o eventi gravi di perdita o separazione nella madre	2,5 (1,4-4,5)	2,5 (1,1-5,8)
Trauma infantile nel paziente	5,8 (2,7-12,6)	5,3 (2,1-13,3)

\* Gli OR per fattori di rischio sono aggiustati l'uno per l'altro, per età, sesso, numerosità della famiglia (per il 'Lutto ed eventi di perdita'), tipo di paziente.

## Discussione

I valori degli odds ratio ottenuti evidenziano che sia il trauma infantile che gli eventi stressanti nella madre nel periodo vicino alla nascita del paziente, sono fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo di disturbi Dissociativi e Disturbi Borderline.

Nonostante questo lavoro non sia stato concepito per esplorare una relazione diretta tra pattern di attaccamento e disturbi dissociativi, i dati discussi si inseriscono nell'ambito di un crescente numero di osservazioni compatibili con l'ipotesi secondo cui esperienze traumatiche intrafamiliari o altre situazioni traumatiche che coinvolgono la relazione madre-bambino nei primi anni di vita del paziente possono essere considerate come fattori di rischio per l'attaccamento di tipo disorganizzato e che questo possa a sua volta giocare un ruolo nella patogenesi dei disturbi e dei sintomi dissociativi e di altri disturbi correlati (12-16). La ricerca futura in questo campo dovrebbe pertanto esplorare la complessa interazione tra trauma intrafamiliare, modalità di attivazione del sistema dell'attaccamento e lo sviluppo di sintomi e disturbi dissociativi.

## Bibliografia

1. Goldman SJ, D'Andelo EJ, deMaso DR. Physical and sexual abuse among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:1723-6.
2. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:490-5.

3. Liotti G, Pasquini P, and the Italian Group for the Study of Dissociation. Predictive factors for borderline personality disorder: early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:282-9.
4. Zweig-Frank H, Paris J, Gudzer J. Psychological risk factors for dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1994;8:203-9.
5. Paris J, Zweig-Frank H, Gudzer J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1994;182:375-80.
6. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:887-92.
7. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:379-85.
8. Liotti G. *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Nuova Italia Scientifica; 1994.
9. Liotti G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C. (Ed.). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press; 1999. p. 291-317.
10. Bowlby J. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri; 1972.
11. Bowlby J. *Una base sicura*. Roma: Raffaello Cortina; 1988.
12. Moss E, St-Laurent D, Parent S. Disorganized attachment and developmental risk at school age. In: Solomon & George (Ed.). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press; 1999.
13. Carlson EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development* 1998;69;1970-9.
14. Jacobvitz D, Hazen N. Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationship. In: Solomon & George (Ed.). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press; 1999.
15. Putnam F. Dissociative disorders in children and adolescents. A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America* 1991;14(3):519-31.
16. Sabo AN. Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorder* 1997;11:50-70.

# ADATTAMENTO E DISADATTAMENTO IN ADOLESCENZA: DETERMINANTI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Gian Vittorio Caprara, Claudio Barbaranelli, Concetta Pastorelli, Maria Gerbino  
*Facoltà di Psicologia, Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle  
motivazioni Prosociali e Antisociali, Università di Roma "La Sapienza"*

## Introduzione

Adottando come quadro di riferimento teorico la teoria social cognitiva (1,2) e l'interazionismo dinamico (3) la nostra ricerca ha esaminato alcuni dei meccanismi di rischio e di protezione psicosociale nel corso dell'adolescenza.

La concezione della persona che viene adottata è di un sistema ricco di potenzialità, tra cui quelle di orientarsi autonomamente nel mondo e di contribuire attivamente alle vicende del proprio sviluppo.

La persona è una costruzione che riflette le opportunità e i vincoli che derivano dalle interazioni dell'individuo con l'ambiente, soprattutto quello sociale e simbolico. Ma è anche un sistema dotato di grande autonomia che impronta significativamente la natura e il corso delle proprie transazioni e realizzazioni.

La capacità di riflettere su se stessi e di imparare dall'esperienza consente ampi margini di discrezionalità nell'assecondamento dei propri bisogni e nell'investimento dei propri talenti naturali. L'ambiente con il quale la persona si confronta è in larga parte l'ambiente da lei stessa selezionato, trasformato e costruito.

L'adolescenza, in particolare, costituisce una fase di sviluppo nella quale abilità, convinzioni e aspirazioni vengono costantemente messe alla prova, i giovani pertanto possono contribuire attivamente alle vicende del proprio sviluppo anche nella misura in cui sono in grado di trarre vantaggi dalle relazioni con la famiglia, con la scuola e con gli amici. Le modalità con cui essi gestiscono tali relazioni diventano quindi decisive per trasformare tutta una varietà di opportunità e potenzialità in sviluppo e acquisizione di capacità.

Sulla base di tali riflessioni, in precedenti studi (4) è stato proposto un modello concettuale in cui la capacità di gestire adeguatamente i propri affetti è determinante nella promozione della capacità di instaurare relazioni interpersonali soddisfacenti, che, a sua volta, è essenziale per lo stabilirsi ed il consolidarsi di disposizioni valutative e strategie comportamentali che attestano e promuovono il benessere e il buon adattamento sociale.

A partire da tali considerazioni, la nostra ricerca ha inteso: a) proseguire lo studio dei fattori e dei meccanismi individuali che maggiormente contribuiscono a segnare la presenza e a porre le condizioni per lo sviluppo di esiti disadattivi o piuttosto a promuovere un buon adattamento; b) produrre strumenti di valutazione dei principali fattori di rischio e di protezione psicosociale in adolescenza.

A questo scopo attraverso uno studio longitudinale è stata esaminata l'influenza nel corso del tempo di differenti convinzioni di efficacia sul buon adattamento in adolescenza e, attraverso uno studio cross-sezionale, è stata messa a punto e validata una batteria di questionari per la valutazione di differenti fattori di rischio e di protezione psicosociale.



## Metodi

Lo studio longitudinale ha interessato due coorti di soggetti (n.=254) frequentanti il secondo e terzo anno di scuola superiore, già esaminati, durante la prima annualità del progetto, in terza media e al primo anno della scuola superiore.

Lo studio cross sezionale ha interessato 668 ragazzi frequentanti scuole medie e superiori della città di Roma.

Per lo studio longitudinale è stata utilizzata una batteria di questionari, precedentemente validata e standardizzata, per la misura di vari fattori di rischio e di protezione. Per lo studio cross-sezionale è stato utilizzato un formato ridotto della medesima batteria.

I fattori di protezione considerati sono stati: le convinzioni di Efficacia Emotiva, Interpersonale (Efficacia Sociale, Regolativa, Empatica, Filiale) e Scolastica; il Comportamento Prosociale, la Comunicazione con i Genitori. I fattori di rischio considerati sono stati: il Comportamento antisociale, l'Uso di sostanze, l'Aggressività Fisica e Verbale, l'Iperattività, l'Irritabilità, la Ruminazione/Dissipazione, la Suscettibilità Emotiva, il Disimpegno Morale, la Depressione, l'Ansia Sociale e il Ritiro Sociale.

In entrambi gli studi tre ricercatori hanno provveduto alla somministrazione dei diversi questionari nel corso di varie sessioni a breve distanza.

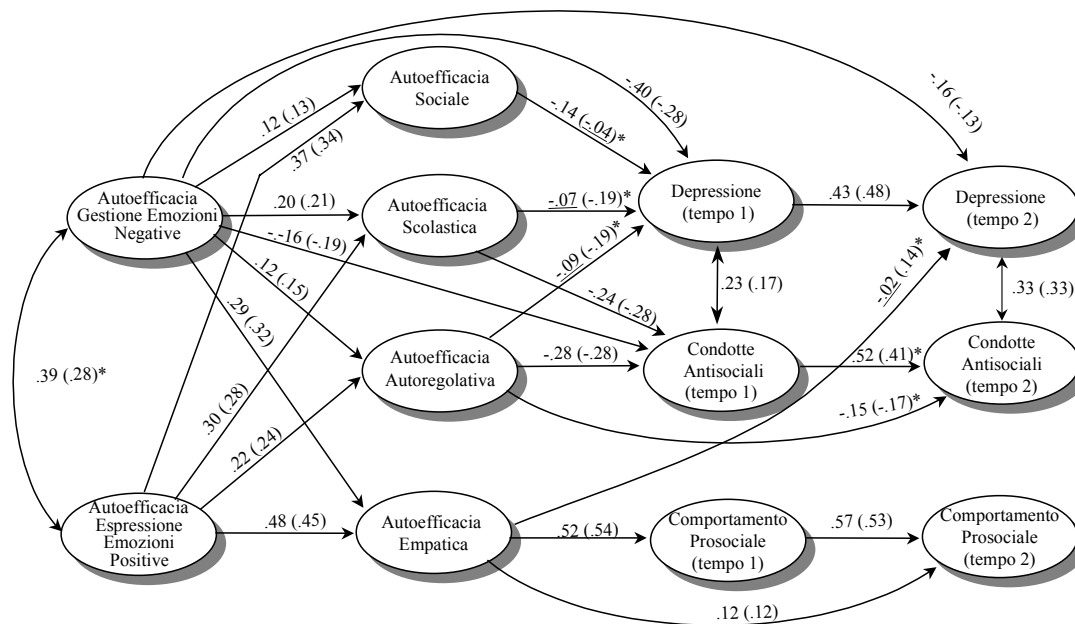
## Risultati

### **Determinanti personali del buon adattamento psicologico e sociale nel corso del tempo**

Attraverso la tecnica delle equazioni strutturali, è stato testato longitudinalmente il modello concettuale volto ad indagare le relazioni di influenza delle convinzioni di efficacia nella gestione delle emozioni sulle convinzioni di efficacia nelle relazioni interpersonali e di entrambe le convinzioni su diversi indicatori di adattamento e disadattamento, misurati a distanza di due anni.

Come è possibile osservare in Figura 1, in accordo con i nessi ipotizzati i risultati evidenziano che:

- la convinzione di essere capace di regolare le proprie emozioni negative contrasta le condotte aggressive e la depressione;
- la convinzione di saper resistere alle pressioni trasgressive dei compagni contrasta le condotte aggressive di ragazzi e ragazze e la depressione delle ragazze;
- le convinzioni di efficacia sociale dei ragazzi e le convinzioni di efficacia scolastica delle ragazze contrastano la depressione
- la convinzione di sapere esprimere le proprie emozioni positive sostiene la convinzione di riconoscere i sentimenti e le necessità degli altri, che a sua volta favorisce nel corso del tempo le condotte prosociali e, soltanto nelle ragazze, le tendenze depressive.



\* indica una differenza significativa ( $p < .05$ )  
 Fuori delle parentesi i valori relativi ai ragazzi  
 In parentesi i valori relativi alle ragazze  
 Tutti i valori sono statisticamente significativi ( $p < .05$ ) tranne quelli sottolineati

**Figura 1. Modello empirico dei nessi di influenza tra autoefficacia e indicatori di cattivo e buon adattamento psicologico e sociale**

## Valutazione dei fattori di rischio e di protezione

La batteria di questionari prodotta per la valutazione dei fattori di rischio e di protezione in adolescenza, ha mostrato adeguate strutture fattoriali e buone attendibilità.

## Discussione

I dati longitudinali confermano la validità empirica del modello concettuale proposto e avvalorano l'azione protettiva delle convinzioni di efficacia personale già emersa in altri studi (5-9).

In particolare la convinzione di essere in grado di gestire adeguatamente i propri affetti sostiene le proprie convinzioni di essere in grado di instaurare relazioni interpersonali soddisfacenti e di regolare le proprie attività scolastiche e di concerto promuovono il comportamento prosociale e contrastano le condotte aggressive e la depressione. A distanza di due anni, è soprattutto la convinzione di sapere regolare le proprie emozioni negative e le pressioni trasgressive dei compagni a porre al riparo rispettivamente dalle tendenze depressive e dalle condotte aggressive; mentre è la convinzione di sapere riconoscere i sentimenti altrui che sostiene e favorisce le condotte prosociali. Infine tale convinzione, se per un verso favorisce

l'avvicinarsi agli altri fornendo sostegno e aiuto, dall'altro, espone le ragazze a maggiori esperienze di sconforto e depressione.

Verosimilmente i nostri risultati non riguardano soltanto delle convinzioni, ma effettive capacità, dal momento che un'ampia letteratura (2) riconosce nelle convinzioni di efficacia i più prossimi indicatori dell'effettiva capacità di fronteggiare le situazioni.

Lo studio cross-sezionale, infine, conferma la validità e attendibilità dei questionari messi a punto per valutare i fattori di rischio e di protezione considerati.

## Conclusioni

I risultati confermano il ruolo protettivo svolto dalle convinzioni di efficacia in accordo con il modello concettuale proposto (4). Da essi è possibile trarre informazioni utili sulle aree su cui è opportuno intervenire per rafforzare le capacità di adattamento dei giovani, rispetto alle quali risultano cruciali la capacità di gestire i propri affetti e le proprie relazioni interpersonali. In particolare il rafforzamento dell'autoefficacia interpersonale è critico per mettere in grado l'adolescente di farsi strada nella rete dei suoi rapporti sociali, evitando i rischi dell'isolamento e le seduzioni della trasgressione e sapendo cogliere tutte le opportunità che si associano alla capacità di interagire efficacemente con gli altri. Il rafforzamento dell'autoefficacia emotiva, invece, è prioritario per equipaggiare l'adolescente delle capacità di gestire i propri affetti, che tanta parte hanno nel determinare l'equilibrio del suo mondo interiore, nell'influenzare i suoi processi conoscitivi e nel condizionare le sue abilità.

A questo scopo disporre di una batteria per la valutazione di differenti fattori di rischio e di protezione è essenziale ai fini di un intervento che miri a individuare le specifiche aree di vulnerabilità degli adolescenti e a modulare il loro disagio, utilizzando al meglio le loro risorse personali.

## Bibliografia

1. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Prentice Hall, NJ: Englewood Cliffs; 1986.
2. Bandura A. *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
3. Magnusson D. *Individual development from an interactional perspective: A longitudinal study*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
4. Caprara GV, Scabini E, Barbaranelli C, Pastorelli C, Regalia C, Bandura A. Autoefficacia percepita emotiva e interpersonale e buon funzionamento sociale. *Giornale Italiano di Psicologia* 1999;4:769-89.
5. Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara GV. Self-Efficacy Pathways to Childhood Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999;2:258-69.
6. Caprara GV, Barbaranelli C, Caprara M, Gerbino M, Pastorelli C, Regalia C, Bandura A. Determinanti social-cognitive dello sviluppo psicologico e sociale: le convinzioni di efficacia personale. *Adolescenza* 1998;9:182-207.
7. Regalia C, Pastorelli C, Barbaranelli C, Gerbino M. Convinzioni di efficacia personale filiale. *Giornale Italiano di Psicologia* (in corso di stampa).
8. Caprara GV, Steca P, Delle Fratte A. Determinanti personali del benessere nell'adolescenza: Indicatori e predittori. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* (in corso di stampa).
9. Caprara GV, Regalia C, Bandura A. Longitudinal impact of perceived regulatory efficacy on violent conduct. *European Psychologist* (in corso di stampa).

# PREVALENZA, CARATTERISTICHE E FATTORI DI RISCHIO NEL MALTRATTAMENTO INFANTILE: UNA OVERVIEW DEI RISULTATI DI UNO STUDIO NAZIONALE IN 19 SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Gruppo Nazionale PES-2000

## Obiettivi

Numerosi studi di prevalenza, condotti con metodo retrospettivo in paesi europei ed in Nord America in campioni di popolazione generale o in campioni rappresentativi di popolazione in età giovanile o adolescenziale, hanno messo in luce elevati tassi di prevalenza e di incidenza del maltrattamento infantile, dell'ordine del 5-10% ed oltre (con questo termine si comprendono sia i casi di abuso fisico e sessuale, che i casi di trascuratezza, 'neglect') (1-4). Tuttavia, è stato sottolineato da numerosi autori che il numero dei casi di maltrattamento che arrivano all'osservazione di strutture sanitarie è molto limitato, e questo sembra ostacolare l'attivazione di interventi preventivi e terapeutici appropriati (2,5).

In Italia, nonostante l'accresciuto interesse per le tematiche relative al maltrattamento infantile, la 'Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori' (6) ha sottolineato, in un suo documento ufficiale, che *"i dati disponibili a livello nazionale sono pochi e provengono esclusivamente dall'area giudiziaria"*. In particolare il documento in questione ha messo in evidenza la scarsità dei dati epidemiologici provenienti dai servizi sanitari: pertanto, ha sottolineato, tra le priorità nelle strategie di contrasto, la necessità di *"far emergere il fenomeno, indagarlo e conoscerlo sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo"*. Infatti le sole informazioni di carattere epidemiologico derivano da uno studio condotto nel contesto di una ricerca avente ad oggetto i comportamenti a rischio per l'AIDS e da una recente indagine sull'abuso fisico. Nel primo studio, tra 1.339 soggetti di sesso maschile in età compresa tra 19 e 24 anni che hanno risposto ad un questionario auto-somministrato (su un totale di 2.776 soggetti selezionati), il 4,8% ha dichiarato di aver subito rapporti sessuali con un adulto durante l'infanzia o l'adolescenza (7). Nella seconda ricerca, effettuata in un ampio campione di ben 2.388 famiglie toscane, è emerso un tasso di abuso fisico grave pari a ben l'8% dei bambini o adolescenti studiati (8).

L'obiettivo principale del *Pediatric Emergencies Screening 2000* (PES-2000) era quindi di valutare la prevalenza dei casi di maltrattamento infantile che arrivano all'osservazione dei servizi di Pronto Soccorso Pediatrico (PSP). Obiettivo accessorio del progetto era di poter disporre di dati relativi alle principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche dell'utenza, sia per caratterizzare i casi di sospetto maltrattamento, sia per descrivere dal punto di vista epidemiologico alcuni aspetti dell'utenza dei PSP nel nostro Paese. Un ulteriore obiettivo era infine di sensibilizzare il personale che opera nelle strutture di PSP su questo importante tema di sanità pubblica attraverso una ricerca-intervento condotta su scala nazionale.

## Metodi

È stato esaminato un campione il più rappresentativo possibile della popolazione nazionale in età 0-14 anni venuto in contatto con i PSP di 19 Ospedali distribuiti sull'intero territorio del paese (tra essi sono compresi i 6 Ospedali Pediatrici italiani); questi PSP sono differenti tra loro, in quanto alcuni sono servizi integrati che valutano e si occupano di problemi medici, chirurgici, traumatologici o di altro tipo, rinviando poi alle appropriate competenze specialistiche per una più approfondita valutazione; altri PSP hanno invece specialisti diversi (di tipo medico, chirurgico, traumatologico, ecc.) attivi simultaneamente, a cui vengono smistati sin dall'inizio i pazienti che presentano differenti tipologie di problemi clinici. Inoltre, i PSP inclusi nello studio hanno anche volumi di attività molto differenti tra loro. È stato impiegato un disegno di tipo trasversale; sono stati sorteggiati 15 giorni-indice nell'arco di sei mesi, nel corso dei quali, per 12 ore, un ricercatore ha valutato in maniera standardizzata, insieme al pediatra (o ai pediatri) del PSP, tutti i casi di bambini in età 0-14 anni giunti all'osservazione. Per la valutazione standardizzata è stato utilizzato un questionario a 33 item, con il quale sono state raccolte informazioni fornite sia dall'adulto (o dagli adulti) che accompagnava(n) il bambino, che dal pediatra che effettuava la visita al PSP. La definizione operativa di maltrattamento concordata per questo studio è stata restrittiva: si è fatto riferimento all'osservazione clinica di un *danno obiettivamente sul piano fisico, sessuale o psichico, ascrivibile ad abuso fisico o sessuale o a trascuratezza grave ('neglect')*. In altre parole, vi doveva essere il riscontro non soggettivo di un'offesa sofferta a causa di altri, anche se ignoti. Alla fine del questionario, veniva chiesto al pediatra (o ai pediatri) che aveva(n) effettuato la visita al PSP di valutare in maniera consensuale, insieme al ricercatore, l'esistenza o meno di un possibile caso di maltrattamento, utilizzando una scala Likert a 6 punti, in cui si andava dall'esclusione certa di un caso di maltrattamento alla conferma certa.

## Risultati

Nel corso delle 15 giornate di rilevazione nei 19 PSP sono state raccolte informazioni relative ad un totale di 10.917 visite; i casi effettivamente inclusi nello studio di screening, per i quali cioè è stata possibile la registrazione della valutazione circa la compatibilità con una situazione di maltrattamento, sono stati complessivamente 9.424.

La Tabella 1 riporta i casi valutati in ciascun centro nei giorni-indice e la distribuzione in rapporto alla valutazione di compatibilità con una situazione di maltrattamento. In totale, nel campione studiato sono stati osservati i seguenti tassi grezzi: 7,1% (715/9.424) per la non incompatibilità del caso osservato con un possibile condizione di maltrattamento (cioè *non veniva totalmente esclusa la compatibilità* con un caso di abuso/neglect, da *Quasi esclusa a Certa*); 2,3% (238/10.139) per la possibile compatibilità (cioè *dubbia, quasi certa o certa*); 0,8% (79/10.139) per la compatibilità *certa o quasi certa*; infine, 0,3% (32/10.139) per la compatibilità *certa* (Tabella 2). Tra i 79 casi considerati in maniera *certa o quasi certa* come riconducibili ad una situazione di maltrattamento, la maggior parte era rappresentata da trascuratezza grave, seguita quindi dai casi di abuso fisico e di abuso sessuale.

Mentre si sono registrate differenze statisticamente significative nella prevalenza del maltrattamento tra i differenti centri (Tabella 1,  $p < 0,001$ ) e con riferimento a una serie di indicatori sociali (ad es. il ceto socioeconomico) ed anamnestici (ad es. il ritardo cognitivo), non si sono osservate differenze di rilievo relativamente all'età ed al sesso. Tuttavia è stata osservata una maggiore frequenza dei casi di maltrattamento nella fascia d'età 2-4 anni, sia nei maschi che

nelle femmine (statisticamente non significativa). Nel campione nazionale, l'Intervallo di Confidenza (IC) al 95% della frequenza di *casi dubbi, quasi certi e certi* risulta compresa *tra il 2 ed il 3%*; si tratta di cifre attendibili per il campione studiato e da ritenersi generalizzabili a questo tipo di setting. Per quanto riguarda la differenza tra i vari centri partecipanti, essa è tendenzialmente significativa per quanto riguarda il criterio di *esclusa compatibilità* (valore pari ad 1 all'item del questionario relativo alla valutazione della compatibilità del caso esaminato con un possibile abuso/neglect), mentre non risulta significativa per il criterio di *possibile compatibilità* (valore 4, 5 o 6 nel questionario).

**Tabella 1. Visite effettuate presso i 19 PSP nei 15 giorni-indice dell'indagine: numerosità e percentuale di casi compatibili con la definizione di maltrattamento infantile. I Centri sono ordinati in base alla frequenza decrescente di visite effettuate (numero totale)**

Centri	n totale	% sul totale	% di compatibilità del caso con la definizione di maltrattamento					
			Esclusa esclusa	Quasi esclusa	Molto dubbia	Dubbia	Quasi certa	Certa
H. Pediatrico Santobono (Napoli)	2.160	19,7	98	<1	<1	<1	1	<1
H. Regina Margherita (Torino)	1.426	13,0	96	2	1	<1	<1	<1
H. Pediatrico Gaslini (Genova)	766	7,0	98	<1	0	1	1	0
H Pediatrico Giovanni XXIII (Bari)	655	6,0	79	9	11	1	0	<1
H Pediatrico Bambin Gesù (Roma)	630	5,8	75	12	3	7	1	1
H. Pediatrico Salesi (Ancona)	568	5,2	96	3	<1	0	0	0
H. Pediatrico Burlo Garofalo (Trieste)	533	4,9	96	1	0	1	1	1
H. C. Arrigo (Alessandria)	504	4,7	89	8	1	1	1	>1
Clinica Pediatrica Univ. (Padova)	453	4,1	99	1	<1	0	0	0
H. Cardarelli (Napoli)	428	3,9	96	0	<1	3	0	0
Clinica Pediatrica Univ. 'La Sapienza' (Roma)	410	3,8	81	15	3	1	0	0
Clinica Pediatrica 'de Marchi' Univ. (Milano)	407	3,7	97	<1	1	1	0	0
H. Infermi (Rimini)	361	3,3	98	0	0	1	1	1
Clinica Pediatrica Univ. (Bologna)	346	3,2	100	0	0	0	0	0
Clinica Pediatrica Univ. (Modena)	323	3,0	98	0	<1	0	1	<1
Clinica Pediatrica Univ. (Cagliari)	320	3,0	99	1	0	0	0	0
Clinica Pediatrica Univ. (Novara)	215	2,0	81	15	3	1	0	0
H. San Raffaele Univ. (Milano)	207	2,0	72	16	1	7	2	2
H. Vimercate (Milano)	205	1,9	91	6	1	2	0	0
TOTALE (n)	10.917		9.426	369	142	125	47	32
TOTALE (%)		100	93	4	1	1	<1	<1

**Tabella 2. Numero dei casi (%) per i differenti punteggi riportati all'item del questionario che indagava la compatibilità con una possibile condizione di maltrattamento**

Punteggio riportato	n.	%
6	32	0,3
5-6	79	0,8
4-5-6	204	2,0
3-4-5-6	346	3,4
2-3-4-5-6	715	7,1
Campione totale (N)	9.424	100
<i>Mancanti</i>	1.493	

Tuttavia gli IC al 95% dei tassi specifici per genere ed età si sovrappongono tra di loro in entrambe le definizioni (Tabella 3).

**Tabella 3. Proporzione dei casi valutati in PSP nei vari gruppi di età compatibili con la definizione di maltrattamento, secondo due livelli di compatibilità: compatibilità > 1, cioè non esclusa, e compatibilità > 3, cioè possibile (dubbia, molto dubbia o certa)**

Sottogruppi (genere e fascia d'età)	n	Punteggio > 1		Punteggio 4,5,6	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Maschi 0-1	1.406	7,68	6,29-9,07	1,85	1,14-2,55
Femmine 0-1	1.080	5,93	4,52-7,34	1,2	0,55-1,86
Maschi 2-4	1.723	8,18	6,89-9,48	2,61	1,86-3,37
Femmine 2-4	1.360	8,53	7,04-10,0	2,43	1,61-3,25
Maschi 5-8	1.188	8,16	6,61-9,72	2,02	1,22-2,82
Femmine 5-8	925	5,95	4,42-7,47	2,16	1,22-3,31
Maschi 9+	1.206	5,97	4,63-7,31	1,99	0,12-2,78
Femmine 9+	799	5,38	3,81-6,95	1,75	0,84-2,66
<i>Totale</i>	<i>9.687</i>	<i>7,18</i>	<i>6,67-7,70</i>	<i>2,05</i>	<i>1,77-2,34</i>

È da notare che la numerosità complessiva del campione appare inferiore allorché si considerano variabili per le quali si sono registrati numerosi dati mancanti a causa della particolarità del setting (PSP) in cui è stato condotto lo studio; molto spesso, infatti, la presenza simultanea di numerosi bambini in PSP, visitati in più ambulatori, ha reso impossibile una completa registrazione di tutti i casi giunti allo stesso momento al PSP. Questo aspetto dello studio, insieme ad altre importanti questioni metodologiche, saranno oggetto di approfondita discussione quando verranno elaborati i risultati definitivi.

## Discussione

Lo studio PES-2000 rappresenta il primo studio epidemiologico di ampia portata realizzato in Italia nel campo del maltrattamento infantile. Inoltre, costituisce anche la più ampia ricerca di tipo prospettico effettuata sino ad oggi a livello internazionale nel setting specifico del PSP. Gli altri tre studi condotti con una metodologia simile di tipo prospettico hanno preso in esame dei campioni molto meno rappresentativi e quantitativamente ben più ridotti; nel primo di questi studi, sono stati screenati, con uno apposito strumento di valutazione, 2.211 pazienti in età pediatrica che si erano consecutivamente rivolti ad un PSP statunitense per un trauma nel corso di 18 settimane (9). Il tasso di incidenza dei casi di abuso o 'neglect' riscontrato in questo studio (1,3%) è molto simile a quello trovato nel progetto collaborativo PES, anche se il 'casemix' di pazienti era diverso, avendo lo studio in questione valutato solo bambini vittime di un trauma e non l'intera popolazione pediatrica venuta in contatto con un PSP. Nel secondo studio, sono state raccolte informazioni su 4.623 pazienti in età pediatrica rivoltisi ad un PSP ad Honolulu (Stati Uniti) in seguito ad un trauma (escluse le ustioni) (10). Complessivamente un abuso era riscontrabile nel 4% del totale dei casi oggetto di valutazione. Infine, nel terzo studio condotto tra 476 bambini in età inferiore a 2 anni visti nel corso di un anno presso un PSP del Michigan, è stato rilevato un tasso di maltrattamento pari allo 0,6% (11).

Anche altre ricerche, condotte però in maniera retrospettiva esaminando campioni più o meno numerosi di cartelle cliniche di PSP o di reparti ospedalieri di pediatria, hanno evidenziato tassi di incidenza elevati di maltrattamento infantile, soprattutto tra i bambini vittime di eventi traumatici (12-18). Studi condotti con analoga metodologia retrospettiva hanno altresì messo in luce che molti casi di maltrattamento infantile non sono correttamente identificati, e che la documentazione clinica (che riveste importanti implicazioni medico-legali) raccolta in PSP è spesso carente o inadeguata (17,19-22).

Il progetto PES-2000 ha quindi messo in evidenza che in una proporzione non trascurabile della popolazione in età 0-14 anni che viene in contatto, per qualsivoglia motivo, con i servizi di PSP può essere identificato un caso di maltrattamento. Se si dovesse fare una proiezione del tasso riscontrato dei casi certi o quasi certi di maltrattamento (0,8%) sul numero delle consultazioni di PSP previste per l'anno in corso (2001), pari a circa 5 milioni, si otterrebbe una cifra pari a circa 50.000 visite in cui che potrebbe essere possibile identificare un caso di maltrattamento.

Ci si può quindi chiedere quale è la proporzione di questi casi che viene correttamente identificata in condizioni di routine. Un'indagine retrospettiva condotta su un ampio campione di oltre 400.000 visite effettuate presso i PSP di 68 ospedali ha messo in luce una prevalenza dei casi di maltrattamento, diagnosticati e segnalati, pari allo 0,06% (23): si tratta cioè di un tasso ben 13 volte inferiore a quello riscontrato nell'ambito del progetto PES utilizzando una metodologia attiva e prospettica. Il confronto tra i dati del PES-2000 e quelli rilevati in condizioni di routine mostra quindi che l'adozione di una semplice procedura di screening, come il questionario PES-2000, può aumentare in maniera significativa la sensibilità degli operatori verso l'identificazione dei casi di sospetto maltrattamento infantile; una conferma di questo assunto viene da studi che hanno comparato l'efficacia dell'identificazione di sospetti casi di maltrattamento utilizzando procedure standardizzate di valutazione rispetto invece alle modalità usuali di valutazione clinica non strutturata (24).

Data la crescente importanza sociosanitaria del problema del maltrattamento infantile, e la necessità di attivare adeguati e tempestivi interventi preventivi, i dati ottenuti vanno interpretati anche alla luce di informazioni contestuali sulle strutture partecipanti e la loro utenza tipica, oltre che in rapporto ad una molteplicità di fonti diverse (giuridiche e scolastiche). Ad esempio, alcuni dei centri con una minore utenza dal punto di vista quantitativo potrebbero in realtà risultare qualitativamente e statisticamente più rappresentativi di alcune delle strutture maggiori. Nello studio in questione, poiché le strutture di PSP che hanno preso parte alla ricerca sono molto varie ed hanno bacini di utenza diversi, è comunque opportuno tenere conto della graduatoria presentata nella Tabella 1 al fine di apprezzare il peso differenziale dei dati ottenuti presso ciascun PSP sulle stime complessive.

La dimensione del fenomeno del maltrattamento rilevato a livello di PSP consente di affermare che interventi appropriati in questo setting non solo possono fornire un'occasione preziosa per la prevenzione secondaria (diagnosi precoce) nei casi di maltrattamento, ma possono anche rappresentare un momento importante per la prevenzione primaria dei fattori responsabili dello sviluppo di problemi psicopatologici e somatici a medio e lungo termine. Le misure preventive a disposizione comprendono interventi educativi sui genitori (*parent training*), trattamenti psicologici specifici, oppure l'avvio di procedure di affido consensuale o giudiziario. Naturalmente tali interventi risulteranno tanto più efficaci, quanto maggiore sarà l'efficienza dello screening pediatrico in termini di minimizzazione dei falsi positivi e dei falsi negativi.



## Conclusioni

Lo studio PES-2000 rappresenta il primo studio epidemiologico multicentrico condotto in Italia nel campo del maltrattamento infantile, e costituisce la più ampia indagine prospettica effettuata a livello internazionale nel setting specifico dei PSP; esso fornisce una stima quantitativa precisa circa la proporzione dei casi di maltrattamento infantile che vengono in contatto con strutture sanitarie di emergenza. Il progetto PES-2000 costituisce anche un esempio di intervento di formazione-sensibilizzazione del personale di PSP realizzato attraverso la partecipazione ad una ricerca di tipo epidemiologico; il passo successivo sarà rappresentato dalla messa a punto di linee-guida per il personale sanitario dei PSP relative alla corretta identificazione ed agli interventi da attuare in tutti i casi certi o sospettati di maltrattamento.

## Centri partecipanti

Coordinatori: G. de Girolamo, T. Liverani (*Progetto Nazionale Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*).

Consulente statistico e metodologico: S. Palazzi (*Child & Family Consultation Service, Great Oaks Clinic, Basildon, Essex, Inghilterra*).

Responsabili e ricercatori dei centri partecipanti: D. Besana, S. Susigan, (*Azienda Ospedaliera Santi Antonio Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria*); G. Cardoni, L. Palma (*Ospedale Pediatrico Salesi, Ancona*); P. Maremonti, D. Intrano, (*Ospedale Giovanni XXIII, Bari*); G.P. Salvioli, S. Alessandrini, S. Galletti (*Clinica Pediatrica, Università di Bologna*); C. Pintor, M. Concas (*Clinica Pediatrica, Università di Cagliari*); O. Ciccone, L. Cresta, F. Gargiulo, (*Ospedale Gaslini, Genova*); V. Carnelli, G. Rollandi (*Clinica Pediatrica G. De Marchi, Milano*); G. Chiumello, A. Flores D'Arcais, I. Coppa, (*Clinica Pediatrica, Ospedale S. Raffaele, Milano*); G. Rondanini, M. Pirrotta, (*Ospedale di Vimercate, Milano*); E. Caffo, S. Bernasconi, S. Madeo, (*Cattedra di Neuropsichiatria Infantile e Clinica Pediatrica, Università di Modena e Reggio Emilia*); M. Berni Canani, N. Aragione (*Ospedale Santobono, Napoli*); P. Siani, C. Miniero, (*Ospedale Cardarelli, Napoli*); G. Bona, R. Osello, (*Clinica Pediatrica, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara*); P. Facchin, S. Manea, (*Clinica Pediatrica, Università di Padova*); M. Castello, E. Properzi, R. Guidi, F. Mizzoni, (*Clinica Pediatrica, Università "La Sapienza", Roma*); G. Viviano, A. Musolino, M. Marano, M. Mattina (*Ospedale Bambin Gesù, Roma*); V. Vecchi, F. Nardocci, L. Pausini, S. Nucci, (*Divisione di Pediatria, Ospedale degli Infermi, e Servizio di Neuropsichiatria Infantile, ASL di Rimini*); G.B Ferri, E. Bordone, (*Azienda Ospedaliera "OIRM" S. Anna, Ospedale Infantile R. Margherita, Torino*); A. G. Marchi, E. Barth (*IRCCS Burlo Garofolo, Trieste*).

## Bibliografia

1. Bolen RM, Scannapieco M. Prevalence of child sexual abuse: a corrective meta-analysis. *Social Service Review* 1999, 281-313.
2. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse*. Thousand Oaks: Sage ;1999.
3. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse and Neglect* 1998;22:481-91.
4. Pilkington B, Kremer J. A review of the epidemiological research on child sexual abuse. Community and student samples. *Child Abuse Review* 1995;4:84-98.
5. Hobbs CJ, Hanks GI, Wynne JM. *Child abuse and neglect. a clinician's handbook*. Churchill Livingstone; 1999.

6. Dipartimento degli Affari Sociali. *Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 1998.
7. Meledandri G, Zantedeschi E, Cattaruzza MS, Signorelli C, Fara GM. Abuso sessuale d'infanzia: considerazioni su aspetti italiani del fenomeno. *Annali di Igiene* 1996;8:239-44.
8. Bardi M, Borgognini-Tarli SM. A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse and Neglect* 2001;6:839-53.
9. Pless IB, Sibald AD, Smith MA, Russell MD. A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse and Neglect* 1987;11:193-200.
10. Yamamoto LG, Wiebe RA, Matthews WJr. A one-year prospective ED cohort of pediatric trauma. *Pediatric Emergency Care* 1991;7:267-74.
11. Rosenberg NM, Meyers S, Shackleton N. Prediction of child abuse in an ambulatory setting. *Pediatrics* 1982;70:879-82.
12. Boyce MC, Melhorn KJ, Vargo G. Pediatric trauma documentation. Adequacy for assessment of child abuse. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1996;150:730-2.
13. Christopher NC, Anderson D, Gaertner L, Roberts D, Wasser TE. Childhood injuries and the importance of documentation in the emergency department. *Pediatric Emergency Care* 1995;11:52-7.
14. DiScala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2000;154(1):9-10.
15. Limbos MA, Berkowitz CD. Documentation of child physical abuse: how far have we come? *Pediatrics* 1998;102:53-8.
16. Marshall WNjr. Hospitalization of abused and neglected children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1997;151:273-5.
17. Seidel JS, Elvik SL, Berkowitz CD, Day C. Presentation and evaluation of sexual misuse in the emergency department. *Pediatric Emergency Care* 1986;2:157-64.
18. Wright MS, Litaker D. Childhood victims of violence. Hospital utilization by children with intentional injuries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1996;150:415-20.
19. Dalton HJ, Slovis T, Helfer RE, Comstock J, Scheurer S, Riolo S. Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. *American Journal of Disease in Childhood* 1990;144:875-8.
20. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association* 1999;281:621-6.
21. Olney DB. Patterns of presentation of abused children to the accident and emergency department. *Archives of Emergency Medicine* 1988;5:228-32.
22. Tursz A, Lelong N, Crost M. Home accidents to children under 2 years of age. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 1990;4:408-21.
23. Marchi AG, Gaeta G. I quadri clinici più frequenti dell'abuso del bambino. *Rivista Italiana di Pediatria (IJP)* 1999;25:696-700.
24. Bar-on M, Zanga JR. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics* 1996;98:429-33.

# VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO PSICOLOGICI NEGLI INCIDENTI TRAUMATICI IN ADOLESCENZA

Paola Carbone<sup>1</sup>, Daniele Biondo<sup>2</sup>, Anna Bovet<sup>2</sup>, Quilma Cocciantè<sup>2</sup>, Flaminia Cordeschi<sup>2</sup>, Savina Cordiale<sup>2</sup>, Maria Francesca Natali<sup>2</sup>, Anna Alvino<sup>1</sup>, Emanuela de Selby<sup>1</sup>, Claudia Franchini<sup>1</sup>, Marcella Griffo<sup>1</sup>, Maria Letizia Maduli<sup>1</sup>, Tiziana Milo<sup>1</sup>, Susanna Soria<sup>1</sup>, Caterina Tripodi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

<sup>2</sup> Cooperativa sociale "Rifornimento in Volo", Roma

## Introduzione

L'incidente è la prima causa di morte in adolescenza. I dati Istat per l'Italia indicano che nella fascia di età compresa tra 15 e 24 anni la mortalità per incidente è particolarmente elevata (1.983 morti nel 1998). I dati epidemiologici mostrano che negli ultimi trent'anni si è verificata una notevole diminuzione di mortalità per incidente stradale, grazie all'introduzione di nuovi fattori di protezione e alle migliori tecniche mediche di soccorso, diagnosi e trattamento.

La minore incidenza di mortalità non riguarda però i soggetti tra 15 e 24 anni; in questa fascia di età non si è verificata alcuna diminuzione, e questo può solo significare che i giovani assumono un maggior rischio (1).

La maggior parte delle ricerche finora realizzate sono state focalizzate sull'analisi dei fattori di rischio ambientale e del mezzo; solo nell'ultimo decennio sono state condotte alcune ricerche finalizzate ad esplorare i cosiddetti "fattori individuali" (2), ovvero le caratteristiche socio-psicologiche che concorrono nell'esposizione al rischio di incidente (3-6).

## Obiettivi

Il progetto è stato costruito partendo dall'ipotesi psicodinamica che nel prodursi della maggior parte degli incidenti entrino in gioco non solo delle cause esterne, ma anche fattori emozionali inconsci (atto mancato, agito, autolesionismo, ecc.) o consapevoli (esibizionismo, sfida, ecc.) che concorrono nell'espone l'individuo al rischio di incidente.

Per verificare questa ipotesi ci siamo proposti di esplorare le caratteristiche psicologiche e socio-familiari di adolescenti ricoverati per incidenti di varia natura (stradali, sportivi, ecc.) e di confrontarle con un gruppo di controllo.

In particolare abbiamo voluto evidenziare:

- a) se esiste una differenza nella proporzione di traumi pregressi ripetuti, patologie psichiche e somatiche presenti sia nel soggetto che nel suo nucleo familiare, problemi relazionali relativi ai rapporti con i familiari e con i coetanei sia nell'infanzia che nell'adolescenza, problemi scolastici sia nell'infanzia che nell'adolescenza, eventi significativi nell'ultimo anno e la presenza di specifici stili difensivi.
- b) Valutare l'entità dell'odds ratio che stima l'incremento di rischio di incidente associato a tali fattori.

## Metodi

Abbiamo progettato uno studio caso-controllo.

### Campione

I casi sono 208 soggetti di ambo i sessi, di età compresa tra 14 e 24 anni, ricoverati per traumi somatici da incidenti; i controlli sono 208 soggetti scelti casualmente all'interno di una popolazione scolastica o lavorativa di analoga provenienza urbana e appaiati per sesso ed età.

La fascia di età (14-24) è quella che negli ultimi decenni ha assunto un rischio progressivamente maggiore e non ha risposto positivamente all'introduzione delle misure protettive che hanno diminuito la mortalità da incidente nella popolazione generale.

Per "trauma somatico" intendiamo i traumi che hanno comportato il rischio di morte o di lesioni permanenti, o che hanno richiesto un intervento medico specialistico e un periodo di ricovero o di invalidità.

Con il termine "incidente" intendiamo quegli eventi traumatogeni conseguenti ad azioni del soggetto non intenzionalmente finalizzate a prodursi o a produrre un danno, e quindi non caratterizzate da una consapevole volontà auto o eterolesiva. La scelta di considerare incidenti di varia tipologia nasce dall'assunto che "lo studio dell'esposizione agli incidenti non può riguardare esclusivamente gli incidenti stradali, ma sarebbe opportuna una ricerca che analizzi l'insieme costituito da incidenti stradali, domestici, sportivi..." (7).

Abbiamo costruito una metodologia che dia più risalto alla specificità della dimensione psicologica che allo specifico scenario materiale dell'incidente.

### Strumenti di rilevazione

Abbiamo ritenuto che lo strumento più adeguato al nostro scopo fosse il colloquio clinico, affiancato da un questionario strutturato e validato.

Abbiamo costruito due modelli di intervista semistrutturata.

La prima intervista, da proporsi nel corso del ricovero, dura un'ora ed esplora quattro aree: socio-anagrafica, medico-anamnestica, sviluppo psicologico-relazionale e vissuto attuale dell'incidente.

La seconda intervista semistrutturata, della stessa durata, è proposta 3-4 mesi dopo la dimissione ed è finalizzata ad esplorare le modalità con cui il soggetto sta elaborando il trauma e le dinamiche che l'hanno prodotto.

Il secondo strumento che abbiamo scelto è il Defense Mechanism Inventory (8), nella versione modificata da P. San Martini: si tratta di un questionario strutturato e autosomministrato, finalizzato a esplorare gli stili difensivi prevalentemente utilizzati dal soggetto. La scelta di questo strumento è motivata dalla coerenza dei suoi presupposti col modello psicodinamico del colloquio clinico.

I casi sono stati reclutati presso 6 ospedali romani; i soggetti sono stati intervistati nei giorni immediatamente successivi al ricovero e cioè quando lo shock post-traumatico cominciava ad essere superato, ma la memoria dell'incidente e le emozioni ad essa connesse erano ancora vive e attuali.

## Risultati

È stato completato l'arruolamento dei 416 soggetti (208 casi e 208 controlli). Il campione è costituito da 304 maschi e 112 femmine, di età media 19,8.

- Analisi delle frequenze dei 2 gruppi a confronto relativa alla prima intervista semistrutturata e valutazione dell'indipendenza dei caratteri (Tabella 1);
- Media dei punteggi dei due gruppi nelle scale di misurazione dei 5 stili difensivi del DMI e significatività dell'appartenenza al gruppo dei casi o dei controlli (Tabella 2).

**Tabella 1. Risultati**

Variabili	% gruppo sperimentale	% gruppo di controllo	$\chi^2$	
Famiglia				
malattie	42,5	43,1	0,013	
traumi	46,6	32,7	8,448	*
Adolescente				
malattie	16,8	14,4	0,456	
traumi	53,1	11,9	82,13	*
Infanzia				
presenza di una valida figura di riferimento	91,9	86,3	2,598	
problematiche nel rapporto con la famiglia	17,3	18,3	0,066	
nella socializzazione	11,5	15,4	1,321	
nell'apprendimento	15,4	8,7	4,456	*
problematiche (calcolato)	29,3	27,9	0,106	
eventi significativi			6,127	
risposta dell'ambiente alle eventuali patologie somatiche			12,84	*
Adolescenza				
risposta dell'ambiente alle eventuali patologie somatiche			13,78	*
problematiche nella relazione con l'altro sesso	26,0	20,2	1,95	
nel rapporto con la famiglia	38,5	26,6	6,684	*
nella socializzazione	14,5	15,4	0,065	
nel rapporto con la pubertà	11,6	19,7	5,102	*
nell'apprendimento	38,0	18,3	19,99	*
problematiche (calcolato)	64,9	44,7	17,12	*
eventi significativi			19,49	*
Ultimo anno				
problematiche familiari	40,9	36,5	0,821	
problematiche di socialità	12,2	9,2	0,949	
problematiche sessuali/sentimentali	37,7	25,7	6,811	*
problematiche scolastico/lavorative	34,3	20,9	9,313	*
problematiche (calcolato)	74,0	66,3	2,941	**
eventi significativi			6,515	
frequenza sogni			17,12	*
incubi			11,55	*
valutazione dell'autostima			16,82	*
del processo di separazione/individuazione			32,69	*

\* significativo al 5%; \*\* significativo al 10%

**Tabella 2. Media dei punteggi dei due gruppi nelle scale di misurazione dei 5 stili difensivi del DMI e significatività dell'appartenenza al gruppo dei casi o dei controlli**

Stili difensivi	GRUPPO	n.	Media	Deviazione standard	Media Errore standard
PRO	Controllo	149	70,70	22,77	1,87
	Sperimentale	129	72,92	30,21	2,66
TAO	Controllo	148	83,1284	27,1830	2,2344
	Sperimentale	126	83,9444	34,1407	3,0415
TAS	Controllo	148	46.4392	22,7869	1,8731
	Sperimentale	126	49,2619	29,3629	2,6159
INT	Controllo	149	84,5705	21,6796	1,7761
	Sperimentale	125	90,3360	25,2081	2,2547
REV	Controllo	151	63,0795	23,0057	1,8722
	Sperimentale	127	70,6772	25,0047	2,2188

## Conclusioni

I dati hanno evidenziato che gli adolescenti con incidenti utilizzano in modo significativamente maggiore, rispetto al gruppo di controllo, gli stili difensivi REV e INT; questi due stili si riferiscono alla tendenza ad evitare i conflitti e a raggiungere uno stato di benessere reprimendo o isolando gli affetti.

D'altra parte la storia di vita dei ragazzi incidentati – a confronto col gruppo di controllo – mostra la presenza di notevoli difficoltà nelle aree relazionali, affettive e della realizzazione del compito, che sembra siano state distanziate con l'ausilio dei meccanismi di difesa succitati.

La nostra ipotesi, a partire da questi dati, è che l'incidente, come agito, esprima la difficoltà di integrare vita affettiva e capacità cognitive. Ci ha colpito il fatto che i ragazzi hanno descritto molto francamente la dinamica dell'incidente, e non hanno esitato ad indicare le cause reali che l'hanno provocato; questa valutazione però appare slegata dalla possibilità di riconoscersi autori dell'evento: essi infatti tendono a considerare l'incidente come un evento che *si è prodotto* per una sorta di fatalità.

Il procedere parallelo di questi due modi di pensare l'incidente ci sembra giustificare quindi i risultati evidenziati sia dalla valutazione clinica che dal DMI. D'altronde lo scopo della ricerca non è solo di tipo conoscitivo, ma è anche finalizzato a individuare il focus della prevenzione secondaria: i dati sottolineano l'importanza di un lavoro di prevenzione finalizzato a potenziare le capacità dell'adolescente di integrare l'esperienza dell'incidente nella trama della propria storia e di assumersene operativamente la responsabilità.

## Ringraziamenti

Ringraziamo per l'interesse mostrato al nostro progetto e per la collaborazione:

Il Prof. L. Romanini, Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica dell'Università di Roma "La Sapienza".

Il Dott. P. Di Leo ed il Prof. A. Gargiulo, Ospedale S. Pertini, Roma.

Il Prof. F. Manetta ed il Dott. A. Impagliazzo, Complesso Ospedaliero S. Eugenio-CTO, Roma.

Il Prof. S. Laurenza ed il Dott. A.U. Minniti de Simeonibus, Ospedale S. Giovanni, Roma.

Il Dott. S. Luziatelli, Ospedale Militare Celio, Roma.

## Bibliografia

1. Taggi F. Indagine sui comportamenti a rischio degli adolescenti: nuovo approccio multirischio. *Atti del convegno "Adolescenti, dal punto zero verso il 2000"*. Roma: ISS; 1999.
2. Assailly JP. *Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident*. Paris, Vygot, 1997.
3. Quadrel MJ, Fischhoff B, Davis W. Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist* 1993;48(2):102-16.
4. Pullkinen L. Behavioral precursors to accidents and resulting pshysical impairment. *Child development* 1995;66: 1660-76.
5. Wilde GJS. *General survey of efficiency and affectiveness of road safety campaigns: achievements and challenges*. Lattay: International Congress; 1972.
6. Choquet M, Marcelli D, Ledoux M. Les comportements à risque des adolescents: approche épidémiologique et clinique. In: Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R. (Ed.). *Adolescence et risque*. Paris: INSERM; 1991.
7. Turz A. Prefazione. In: Assailly JP (Ed.). *Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident*. Paris: Vygot; 1997.
8. Gleser GC, Ihilevich D. An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1969;33(1):51-60.

# STUDIO PROSPETTICO STORICO IN UN GRUPPO DI BAMBINI RIFERITI AD UN CENTRO PEDIATRICO DI IGIENE MENTALE: FOLLOW-UP DI MORTALITÀ E MORBILITÀ PSICHIATRICA IN ETÀ ADULTA

Maurizio Bacigalupi <sup>1</sup>, Domenico Di Lallo <sup>2</sup>, Andrea Gaddini <sup>1</sup>, Daniela Novarino <sup>3</sup>, Giuseppe Refolo <sup>4</sup>

<sup>1</sup>DSM ASL Roma B

<sup>2</sup>ASP Lazio

<sup>3</sup>Dottore di Ricerca in Scienze Pediatriche

<sup>4</sup>DSM ASL Roma E

## Introduzione

Lo studio è stato ispirato dall'osservazione di casi seguiti presso i servizi psichiatrici territoriali per disturbi di chiara rilevanza psicopatologica, che nella propria anamnesi evidenziavano una storia di contatti in età infantile con Servizi di Igiene Mentale per l'età evolutiva. Da alcune valutazioni preliminari è sembrato di poter individuare un'associazione positiva fra tali contatti in età infantile ed il successivo sviluppo di quadri di pertinenza psichiatrica.

L'ipotesi allo studio intende valutare la forza di tali nessi, e stimare il maggior rischio - per questi casi - di sviluppare una sintomatologia psichiatrica conclamata in età adulta. Per raggiungere tale obiettivo, anziché fare riferimento a dati aggregati o "statici", si è inteso privilegiare strumenti che consentono una lettura diacronica, quali sono i sistemi informativi, perché capaci di offrire una serie di informazioni utili che al di là della diagnosi consentono, per i soggetti trattati, di evidenziare un vero e proprio "profilo di trattamento".

La disponibilità e la collaborazione di un Centro di Igiene Mentale per l'età evolutiva operante da molti anni presso un Istituto universitario di Clinica Pediatrica, e la possibilità di *record-linkage* con diversi sistemi informativi sanitari gestiti dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, hanno orientato verso la realizzazione di uno studio longitudinale prospettico-storico condotto con metodiche di *record-linkage*.

Si è inteso valutare l'occorrenza di contatti con le risorse sanitarie psichiatriche presenti sul territorio della Regione Lazio di una coorte di bambini che erano stati riferiti ad un Servizio ambulatoriale di Igiene Mentale infantile, una volta raggiunto il 18<sup>mo</sup> anno di età. L'occorrenza di tale contatto può avvenire nell'arco di un tempo variabile per ciascun individuo, e non può dunque essere rilevata in modo puntuale, ma deve fare riferimento ad un sistema di rilevazione continua quale è quella operata da un sistema informativo.

Tutte le attività di rilevanza clinica svolte presso le strutture dei servizi psichiatrici pubblici territoriali della Regione Lazio sono state registrate, per molte strutture sin dal 1991, tramite il Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici (SISP) che, nel corso degli anni successivi, è stato implementato presso tutti i DSM della regione. A partire dal 1996 il sistema ha raggiunto livelli di attendibilità più che soddisfacente; attualmente il SISP ha una copertura superiore al 90% delle strutture interessate, intesa sia come numero di strutture partecipanti che come popolazione di riferimento.

Le dimissioni da reparti ospedalieri pubblici e privati della Regione Lazio sono registrate a partire dal 1995 dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), che contiene informazioni



dettagliate sulla degenza e sul tipo di ricovero; nell'ambito di questo studio il SIO è stato utilizzato per effettuare una ricerca per diagnosi psichiatrica di dimissione, a prescindere dalla tipologia dell'Istituto di ricovero.

Obiettivi specifici dello studio sono:

- stima della probabilità di contatto con i servizi psichiatrici territoriali;
- stima del rischio di ospedalizzazione con diagnosi di disturbo psichico;
- stima del rischio di mortalità.

## Materiali e metodi

Una coorte di bambini e adolescenti selezionati fra tutti coloro (N=6.241) che erano stati riferiti tra il 1970 e il 1985 a un servizio ambulatoriale di igiene mentale di una clinica pediatrica universitaria viene seguita a partire dal 01/01/1996 e per coloro che hanno raggiunto il 18<sup>mo</sup> anno di età per quanto riguarda i seguenti eventi occorsi nell'ambito della regione Lazio:

- Trattamenti presso strutture psichiatriche pubbliche ambulatoriali e riabilitative (residenziali e non);
- Ricoveri con diagnosi di disturbo psichico presso reparti pubblici e privati della regione;
- Morte prematura.

Tutti i casi considerati sono stati riferiti al Centro di Igiene Mentale della Clinica Pediatrica, Università di Roma "La Sapienza", nel periodo compreso tra il 1° gennaio 1970 e il 31 dicembre 1985. La durata totale del follow-up è compresa tra 10 e 29 anni. Dall'inizio dell'osservazione, ciascun soggetto dà il suo contributo in termini di anni-persona, ed è a rischio di sviluppare l'evento di interesse (contatto con le strutture psichiatriche).

Nello studio è stato considerato quale fattore di esposizione l'essere stato riferito ad un Servizio di Igiene Mentale per l'età evolutiva in età infantile, e quale "evento osservato" il contatto per trattamento, in età adulta, con le risorse sanitarie psichiatriche presenti sul territorio della Regione.

I criteri di inclusione nella coorte sono stati:

- Avere ricevuto una consultazione psicodiagnostica presso il Centro di Igiene Mentale della Clinica Pediatrica dell'Università La Sapienza di Roma tra il 01/01/1970 e il 31/12/1985;
- Essere stato residente nella regione Lazio al momento dell'osservazione;
- Essere vivo ed avere compiuto 18 anni al 01/01/1996;

I soggetti che rispondevano ai criteri di inclusione sono stati 4.855 (77,5% delle richieste nel periodo), dei quali 2.903 vivi e residenti a Roma al 01/01/1996.

Il Centro di Igiene Mentale qui citato è operante dalla seconda metà degli anni '50; è stato concepito e situato all'interno della Clinica Pediatrica con funzioni prevalentemente di prevenzione, attraverso lo studio e la comprensione del processo maturativo del bambino, e delle sue distorsioni. Le attività del Centro comprendevano:

- Ambulatorio di Igiene Mentale;
- Consultazioni psicodiagnostiche;
- Psicoterapie;
- Attività scientifica di ricerca;
- Attività di insegnamento.

Sin dalla metà degli anni '60 presso il Centro è stato costruito un archivio cartaceo ricco di informazioni dettagliate e scrupolosamente aggiornato. Nel periodo considerato, al Centro hanno fatto richiesta in media 390 nuovi casi per ciascun anno, dei quali circa il 23% "interni"

(riferiti dai diversi reparti o da ambulatori della clinica stessa), e il 67% “esterni” (inviati dal personale della Clinica, da medici esterni formatisi nella Clinica, da personale scolastico, da ex-pazienti, ecc.). Caratteristica della popolazione in esame era un elevato numero di bambini in età prescolare (circa il 45%). Dei casi considerati, il 60% erano maschi ed il 40% femmine; oltre il 95% del totale aveva un’età compresa fra 6 mesi e 12 anni al momento dell’osservazione (media 6 anni e 8 mesi; mediana 6 anni e 6 mesi).

L’archivio anagrafico del Centro pediatrico di Igiene Mentale ha costituito il database che ha permesso il riconoscimento dei soggetti corrispondenti ai criteri di inclusione attraverso l’assegnazione di un codice numerico univoco, nonché il loro raggruppamento diagnostico secondo 9 classi rispondenti a criteri clinici.

Sono stati esclusi i soggetti non residenti nella Regione Lazio all’epoca dell’accesso alla consultazione al Centro di Igiene Mentale della Clinica Pediatrica.

La revisione completa dei nominativi e il riscontro anagrafico per la costruzione del codice fiscale, utilizzato quale chiave primaria nel linkage con i vari registri, è stato effettuato in via automatica per i residenti del Comune di Roma, ed è in corso di ultimazione per via telefonica o postale per i residenti degli altri Comuni del Lazio. Lo stato in vita di tutti i soggetti appartenenti alla coorte è stato verificato e stratificato per età, sesso, tipo di patologia. Sono qui riferiti solo i dati preliminari dei residenti del Comune di Roma (n.=2903).

La stima del rischio di sviluppare una patologia di rilevanza psichiatrica associata alla presenza di disturbi psicoaffettivi nell’infanzia deriva dal confronto dei tassi di prevalenza di disturbi psichiatrici (intesi come trattamento avviato in struttura ambulatoriale o ricovero in reparto psichiatrico pubblico o privato) rilevati nel gruppo in esame, rispetto a quelli regionali pubblicati dall’ASP della Regione Lazio.

Viene considerato quale elemento probante l’esistenza di un trattamento presso un Dipartimento di Salute Mentale della Regione Lazio, o la dimissione da un reparto psichiatrico pubblico o privato della stessa regione nel periodo compreso fra il 01/01/96 e il 31/12/99. Il rischio viene analizzato tramite linkage con tre diversi sistemi informativi regionali, tutti attualmente gestiti dall’Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio:

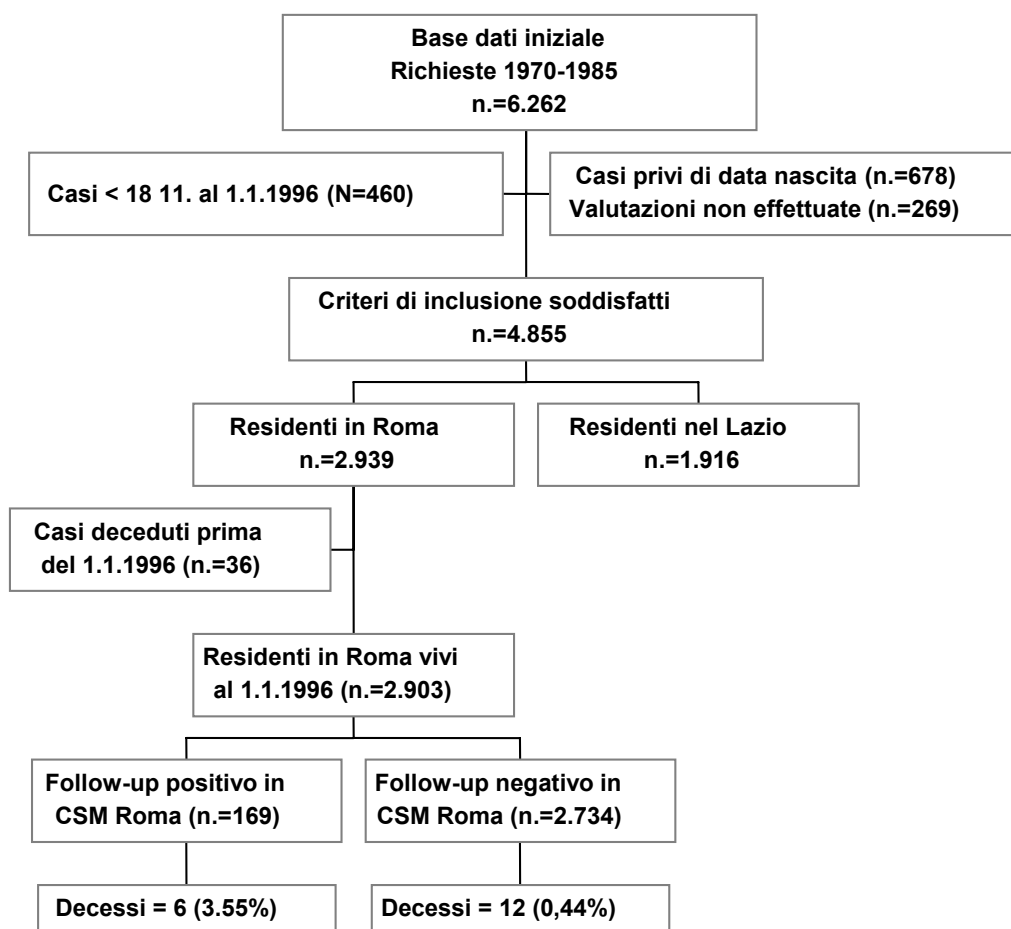
- Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)
- Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici (SISP)
- Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM)

E’ da notare che il periodo prescelto (1996-1999) risponde a requisiti di affidabilità e disponibilità dei sistemi informativi citati.

Si procederà infine all’analisi dei casi aggregati per raggruppamento diagnostico per evidenziare eventuali fattori protettivi e fattori di rischio nei due gruppi (gruppo con follow-up positivo rispetto a gruppo con follow-up negativo).

## **Risultati e conclusioni**

Sono disponibili attualmente i dati relativi a quei soggetti che risiedevano nella capitale all’1/1/1996 (n.=2903). Si tratta di una popolazione composta da 1808 maschi e 1095 femmine di età compresa tra 1 mese e 15 anni (media=6,4; mediana=6). La Figura 1 riporta sinteticamente i dati del follow-up relativi a questi soggetti.



**Figura 1. Risultati dello studio di follow-up dei residenti a Roma (Progetto PSIPED)**

I risultati che vengono presentati sono relativi al linkage effettuato fra questi soggetti e un dataset limitato ai trattamenti ambulatoriali condotti nei CSM dei Dipartimenti di Salute Mentale operanti nella cinta urbana della capitale. Non comprendono, perché in via di ultimazione, i risultati relativi al linkage fra questi soggetti e gli altri sistemi informativi previsti. Il linkage per i soggetti non residenti a Roma richiede il completamento delle verifiche anagrafiche relative, le cui indagini sono tuttora in corso.

I dati qui presentati si riferiscono a due distinti registri di lettura, il primo legato a precedenti studi analoghi condotti in particolare nei paesi scandinavi; il secondo orientato allo sviluppo dei sistemi informativi quale strumento di studio (1-5).

Solo il completamento delle indagini in corso permetterà considerazioni conclusive; tuttavia le prime evidenze suggeriscono un alto uso di risorse sanitarie nella coorte in esame rispetto alla popolazione generale.

Nel periodo di osservazione, infatti, la prevalenza di contatti con i CSM per i soggetti della coorte è stata del 52,8%, mentre la prevalenza della popolazione del Comune di Roma stratificata per le stesse fasce di età è stata del 25,1%. Analogamente, il tasso standardizzato di mortalità risulta essere il doppio di quello della popolazione indice (SMR = 1,96), con una

concentrazione dell'eccesso soprattutto nella popolazione femminile (SMR femmine = 3,94, SMR maschi = 1,48).

## Bibliografia

1. de Chateau P. Mortality and aggressiveness in a 30 year follow-up study in child guidance clinics in Stockholm. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1990;81:472-6.
2. Costello EJ. Developments in child psychiatry epidemiology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28:836-41.
3. Visser JH, van der Hende J, *et al.* Predictors of psychopathology in young adults referred to mental health services in childhood or adolescence. *British Journal of Psychiatry* 2000;177:59-69.
4. Woogh CM. The case for psychiatric record linkage. *Canadian Journal of Psychiatry* 1987;32:470-5.
5. Munk Jorgensen P, Kastrup M, *et al.* The Danish psychiatric register as a tool in epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;370(Suppl):27-32.

# LA RICERCA: STRUMENTO DI CONOSCENZA E DI INTERVENTO NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Augusto Casasola <sup>1</sup>, Antonio Loperfido <sup>2</sup>, Maristella Cannalire <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Referente scientifico. Sociologo presso Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" di Pordenone*

<sup>2</sup> *Referente scientifico. Psicologo-psicoterapeuta presso il Centro di Salute Mentale di Pordenone*

<sup>3</sup> *Ricercatrice e coordinatrice gruppo di lavoro. Psicologo con incarico presso Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" di Pordenone*

## Introduzione

La valutazione dell'entità del suicidio nei pazienti dei servizi di salute mentale e la sua prevenzione è un obiettivo omogeneamente indicato nella pianificazione nazionale e regionale. Questo studio esplorativo ha come obiettivo il dimensionamento del fenomeno a livello regionale e l'analisi dell'entità e delle caratteristiche dei casi venuti in contatto con i DSM della regione; l'obiettivo finale è rappresentato dall'attivazione di un sistema di sorveglianza regionale sul fenomeno in analisi.

## Obiettivi

Analisi completa della mortalità per suicidio nel periodo 1989-1999; quantificazione del numero di suicidi di soggetti in contatto con i servizi di salute mentale nella Regione Friuli-Venezia Giulia durante gli anni 1998 e 1999; individuazione, mediante indagine confidenziale, delle caratteristiche della relazione stabilita con i Centri di Salute Mentale e di possibili fattori "specifici" di rischio suicidario (eventi di vita stressanti, isolamento sociale, ecc.) descrizione delle pratiche e procedure relative alla presa in carico degli utenti ed eventuale riconoscimento e gestione del rischio di suicidio nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione; utilizzo dei risultati ottenuti per un confronto tra i Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti e per l'impostazione di progetti comuni di prevenzione del suicidio.

## Metodi

Analisi della mortalità (codici ICD IX causa di morte E950-E959, E980-E989) mediante archivi del Sistema Informativo Sanitario Regionale; identificazione dei soggetti suicidi in contatto con i DSM mediante confronto con i registri dei CSM e incontri mirati con operatori dei servizi indagine confidenziale mediante intervista semistrutturata (1,2) agli operatori di riferimento per identificazione delle caratteristiche dei soggetti suicidati in carico ai DSM

## Risultati

Mediamente il numero di suicidi annuali nel decennio considerato, si attesta sul valore di 175 casi e rappresenta l'1,2 % della mortalità generale.

I soggetti suicidi nei 2 anni selezionati in contatto con i D.S.M. rappresentano il 22% (n=71) della mortalità regionale (n=321) per questa causa.

Rispetto alle caratteristiche demografiche i casi seguiti dai DSM presentano dei valori medi di età al decesso più bassi di quelli rilevati dai dati di mortalità regionale (media 50 vs 54; diminuisce anche la percentuale di soggetti di sesso maschile (62% vs 71%).

Le principali modalità di autolesione e suicidio risultano sostanzialmente sovrapponibili ai dati regionali confermando l'impiccagione-strangolamento-soffocamento (39%), la precipitazione (27%) e l'avvelenamento da gas e sostanze tossiche (13%) come le 3 principali cause.

La classificazione diagnostica, effettuata secondo i criteri dell'ICD-IX, identifica i disturbi dell'umore come la categoria diagnostica principale (46%); di seguito le psicosi (24%) e i disturbi della personalità (11%). Il 38% dei casi presentava almeno una diagnosi secondaria.

Rispetto al tipo e alla frequenza dei contatti con i servizi all'epoca del suicidio, il 61% era in carico ad un Centro di Salute Mentale, il 28% aveva perso i contatti con il CSM di riferimento, il restante 11% aveva avuto uno sporadico contatto in passato con un servizio di salute mentale per consulenza o ricovero.

Per il 25% dei casi che avevano perso i contatti con i servizi non era stata attuata alcuna strategia di riavvicinamento.

Nel 41% dei casi l'ultimo contatto ha avuto luogo entro la settimana precedente il decesso e nel 11% dei casi entro le 24 ore. Per il 52% dei soggetti il contatto era stato di routine piuttosto che motivato da un'urgenza. La valutazione all'ultimo incontro aveva rilevato anormalità dello stato mentale o del comportamento recente in più della metà dei casi. I sintomi più comuni riferiti dagli operatori intervistati sono stati senso di impotenza (53%), depressione (52%), ansia (49%), ideazioni suicide (14%), mentre la sintomatologia psicotica positiva (deliri e allucinazioni) era presente nel 9% dei casi.

Un rischio immediato di suicidio è stato considerato nel 38% dei casi (n=43) che all'epoca della morte erano ancora in contatto con i servizi.

## Discussione

I dati evidenziano la scarsa attuazione di progetti terapeutici integrati e mettono in risalto il fenomeno della dispersione dei pazienti e la scarsità di strategie di riavvicinamento. Le pratiche di routine sono prevalenti a discapito di una maggiore attenzione ai sintomi/segnali non solo in riferimento alla cronicità della malattia, ma anche al trascorrere del tempo.

Uno dei maggiori segnali immediati di rischio risulta essere il senso di impotenza, unitamente alla perdurante presenza di una sintomatologia depressiva e ansiosa (3). Aldilà del rischio immediato, si segnalano comunque combinazioni di indicatori di rischio quali precedenti tentamen, autolesionismo, ideazioni suicide, abuso di alcol e stupefacenti, eventi di vita stressanti, che, seppur presenti anche in persone che non commettono il suicidio, indicano un gruppo di pazienti da considerare prioritari nelle pratiche cliniche volte alla prevenzione del suicidio (4).

I risultati ottenuti costituiranno la base per l'impostazione di progetti comuni di prevenzione del suicidio condivisi dai vari enti che hanno partecipato alla ricerca e specificamente mirati alla realtà regionale dei servizi di salute mentale (5,6).

## Bibliografia

1. Appleby L. *National inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. Manchester UK: Report; 1999.
2. Appleby L. Safer services: conclusions of the national confidential inquiry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:5-15.
3. Bolwing TG. Suicide and depression: new trend in research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87(suppl. 37):1-8.
4. Schaffer D. Suicide: risk factor and the public health. *American Journal of Psychiatry* 1993;171-2.
5. Rhodes AE, *et al.* Suicide and suicidal behaviours: implication for mental health centre. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998;43(8):785-91.
6. WHO. *Mental and behavioural disorders SUPRE*. Geneva: Suicide, Prevention; 2000.

# VALUTAZIONE DELL'EFFETTO DELLE VARIABILI SOCIO-AMBIENTALI SUL CARICO PERCEPITO DAI FAMILIARI DEI PAZIENTI PSICOTICI

Lorenza Magliano <sup>1</sup>, Manuela Guarneri <sup>1</sup>, Cecilia Marasco <sup>1</sup>, Andrea Fiorillo <sup>1</sup>, Claudio Marangone <sup>1</sup>, Corrado De Rosa <sup>1</sup>, Pasquale Cozzolino <sup>1</sup>, Mario Maj <sup>1</sup>, Gruppo Italiano dello Studio sulle Famiglie delle Persone con Schizofrenia

<sup>1</sup>*Istituto di Psichiatria, Università di Napoli SUN*

## Introduzione e obiettivi

L'espressione "carico familiare" denota i costi economici dell'assistenza al congiunto con disturbi mentali e quelli legati al ridotto impegno lavorativo delle persone che se ne prendono cura, nonché le difficoltà incontrate dai familiari nella routine quotidiana e nelle attività sociali, ricreative e lavorative ("carico oggettivo") e gli effetti sulla salute fisica e mentale che lo stress legato alla funzione di "caregiver" comporta ("carico soggettivo") (1,2).

Questo studio ha inteso documentare in una prima fase: a) gli interventi che i pazienti con schizofrenia ricevono nei servizi di salute mentale (SSM); b) il carico e la rete sociale dei familiari, nonché il sostegno professionale che essi ricevono dai servizi; c) le opinioni dei familiari sulle cause e le conseguenze psicosociali della schizofrenia. In una seconda fase, tuttora in corso, lo studio ha inteso confrontare:

- a) il carico familiare nella schizofrenia con quello conseguente a patologie organiche gravi (3);
- b) le opinioni dei familiari sulla schizofrenia con quelle espresse al riguardo dagli operatori psichiatrici e dalla popolazione generale (4-6);
- c) la rete sociale dei familiari dei pazienti con schizofrenia con quella dei familiari dei pazienti con patologia organica grave e con quella di soggetti esenti da patologia organica (7).

## Metodi

Lo studio è stato condotto in 30 centri di salute mentale (CSM), selezionati con campionamento casuale stratificato per area geografica e densità di popolazione sull'intero territorio nazionale. Nel secondo anno dello studio, nelle stesse zone geografiche sono stati selezionati in maniera randomizzata 150 ambulatori specialistici e 30 ambulatori di medicina di base.

In ciascun CSM selezionato, sono stati consecutivamente reclutati 25 pazienti con diagnosi DSM-IV di schizofrenia in fase di compenso clinico e altrettanti familiari-chiave.

Per ciascun paziente sono stati raccolti dati relativi allo stato clinico, alla disabilità sociale e agli interventi biopsicosociali ricevuti.



Per ciascun familiare, sono stati rilevati dati sul carico familiare, sul social network (2), sulle opinioni riguardo alla cause e alle conseguenze psicosociali della schizofrenia (8) e sul sostegno ricevuto dagli operatori dei DSM.

In ciascun ambulatorio di medicina di base selezionato, sono stati consecutivamente reclutati 25 assistiti non affetti né conviventi con persone sofferenti di patologie organiche o mentali gravi.

A ciascun assistito è stato chiesto di compilare il Questionario sulla Rete Sociale e il Questionario sulle Opinioni sulla Schizofrenia, nella versione per popolazione generale.

In ciascuno dei 5 ambulatori specialistici sono stati reclutati consecutivamente 5 familiari di assistiti affetti da patologia organica tale da richiedere l'assistenza da parte di familiari e/o da comportare limitazioni nel funzionamento personale e sociale dell'individuo affetto.

A ciascun familiare è stato chiesto di compilare una scheda per la raccolta di informazioni sulla disabilità del paziente, il Questionario sulla Rete Sociale e il Questionario sul Carico Familiare, nella versione per patologia organica.

Infine, in ogni CSM selezionato, a tutti gli operatori in servizio da almeno un anno è stato chiesto di compilare un questionario sulle loro opinioni e sul loro grado di conoscenza, relativi alla schizofrenia, alle sue conseguenze psicosociali e all'efficacia degli interventi biopsicosociali disponibili.

## Risultati

Al 15 Marzo 2001, sono stati raccolti dati relativi a 709 familiari di pazienti con schizofrenia, 522 familiari di pazienti con patologia organica, 630 assistiti sani, 472 operatori.

Le analisi preliminari evidenziano che:

- a) nei due mesi precedenti la rilevazione dei dati, il 35% dei pazienti con schizofrenia ha partecipato a programmi riabilitativi, mentre l'80% dei familiari è stato in contatto regolare con i SSM e l'8% di questi familiari ha ricevuto un intervento psicoeducativo (9);
- b) il carico familiare e la rete sociale dei familiari dei pazienti con schizofrenia sono maggiori al Sud e risultano influenzati dal tipo di presa in carico (9);
- c) i familiari sembrano aver incorporato l'idea che i manicomi sono luoghi inappropriati per la cura dei pazienti psichiatrici, ma la maggior parte di essi riconosce solo parzialmente i diritti affettivi dei pazienti e percepisce una consistente discriminazione sociale nei loro confronti (9,10);
- d) i livelli di carico familiare oggettivo sono sovrapponibili nelle malattie mentali e in quelle organiche, mentre quello soggettivo è significativamente maggiore nella schizofrenia;
- e) l'entità e la qualità della rete sociale riferite dai familiari dei pazienti con schizofrenia sono più scadenti di quelle riferite dai familiari dei pazienti con patologia organica, nonché di quelle della popolazione generale.

La Tabella 1 riporta le medie dei punteggi relativi al carico familiare e alla rete sociale dei pazienti con schizofrenia.

**Tabella 1. Media dei punteggi relativi al carico familiare e alla rete sociale**

Aree indagate	Familiari di pazienti con		Campione di popolazione generale (n. =630) media $\pm$ DS
	schizofrenia (n. = 709) media $\pm$ DS	patologia organica (n. = 522) media $\pm$ DS	
<b>Carico familiare</b>			
Dimensione oggettiva	2,0 $\pm$ 0,7	2,0 $\pm$ 0,7	NV
Dimensione soggettiva *	2,5 $\pm$ 0,6	2,0 $\pm$ 0,6	NV
<b>Rete sociale</b>			
Numero di contatti sociali *	2,1 $\pm$ 0,6	2,2 $\pm$ 0,6	2,5 $\pm$ 0,6
Livello di sostegno affettivo	2,5 $\pm$ 0,7	2,4 $\pm$ 0,5	2,6 $\pm$ 0,5
Livello di sostegno pratico *	2,7 $\pm$ 1,0	2,9 $\pm$ 0,8	3,1 $\pm$ 0,7
Aiuto nella gestione del paziente*	2,3 $\pm$ 0,9	2,7 $\pm$ 0,8	NV

\* p<,0001

## Discussione

I dati raccolti documentano una situazione di assistenza psicosociale, in cui la presa in carico è prevalentemente centrata sul paziente, in assenza di interventi specificamente finalizzati a far fronte al carico familiare. Infatti, solo il 35% dei pazienti ha ricevuto un intervento riabilitativo e solo l'8% dei familiari un intervento psicoeducativo. In questa situazione è comprensibile che le famiglie siano nel 40% dei casi esasperate al punto da non reggere più la situazione. La condizione delle famiglie risulta più spesso critica al Sud, dove le risorse professionali, sociali e lavorative sono oggettivamente meno disponibili per la popolazione, indipendentemente dal tipo di assistenza sanitaria richiesta (10,11).

## Conclusioni

È indubbio che l'assistenza territoriale possa essere impegnativa per le famiglie dei pazienti da un punto di vista sia pratico che affettivo, e che, d'altro canto, tale assistenza offra consistenti vantaggi in termini sia clinici che sociali per i pazienti. Resta da chiarire quale sia la quota di carico familiare "evitabile" mediante un adeguato livello di sostegno professionale e attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e il coinvolgimento di figure sociali di sostegno.

## Centri partecipanti

Gruppo di Lavoro

L. Adinolfi<sup>1</sup>, S. Marini<sup>1</sup>, V. Aguglia<sup>2</sup>, A. Merenda<sup>2</sup>, D. Airolidi<sup>3</sup>, M. Arioli<sup>3</sup>, A. Aletti<sup>4</sup>, S.L. Benzi<sup>5</sup>, M. Bertelli<sup>6</sup>, G. Boine<sup>7</sup>, E. Bondi<sup>8</sup>, M. Virgili<sup>8</sup>, F. Bortolazzi<sup>9</sup>, M. Poppi<sup>9</sup>, E. Brigidi<sup>10</sup>, M. Dell'Anna<sup>10</sup>, B. Lombardi<sup>10</sup>, C. Cangiano<sup>11</sup>, A. Carniani<sup>12</sup>, L. Ragonese<sup>12</sup>, S. Cesano<sup>13</sup>, A. Cucciniello<sup>14</sup>, L. Zen<sup>14</sup>, B. Del Vecchio<sup>15</sup>, B. Saccottelli<sup>15</sup>, L. Di Fazio<sup>16</sup>, E. Mori<sup>16</sup>, S. Fazi<sup>17</sup>, M. Federici<sup>18</sup>, A. Figura<sup>18</sup>, E. Greco<sup>19</sup>, R. Zaratti<sup>19</sup>, G. Lacrimini<sup>20</sup>, E. La Delfa<sup>21</sup>, E. Gulisano<sup>21</sup>, G. Marcone<sup>22</sup>, L. Aucello<sup>22</sup>, A. Martino<sup>23</sup>, G. Farsaci<sup>23</sup>, V. Modesti<sup>17</sup>, M. Nurra<sup>24</sup>, N. Trudu<sup>24</sup>, G. Piemontese<sup>25</sup>, R. Ciavarella<sup>25</sup>, F. Poletti<sup>26</sup>, C.

Mezzaluna<sup>26</sup>, A. Sambuco<sup>27</sup>, C. Scuto<sup>28</sup>, O. Salemi<sup>28</sup>, P. Thei<sup>29</sup>, L. Mandelli<sup>29</sup>, A. Trisolini<sup>30</sup>, F. Tuligi<sup>31</sup>, M. Calvari<sup>31</sup>, P. Zanusi<sup>32</sup>.  
<sup>1</sup>CSM di Fermo (AP), <sup>2</sup>Palermo, <sup>3</sup>Abbiategrasso (MI), <sup>4</sup>Cremona, <sup>5</sup>Tortona (AL), <sup>6</sup>Firenze, <sup>7</sup>S. Mauro Torinese (TO), <sup>8</sup>Bormio (SO), <sup>9</sup>Portomaggiore (FE), <sup>10</sup>Ferentino (FR), <sup>11</sup>Gragnano (NA), <sup>12</sup>Castel del Piano (GR), <sup>13</sup>Torino, <sup>14</sup>Angri (SA), <sup>15</sup>Barletta (BA), <sup>16</sup>Livorno, <sup>17</sup>Narni (TR), <sup>18</sup>La Spezia, <sup>19</sup>Roma, <sup>20</sup>Arezzo, <sup>21</sup>Catania, <sup>22</sup>Fondi (LT), <sup>23</sup>Pace del Mela (ME), <sup>24</sup>Oristano, <sup>25</sup>Foggia, <sup>26</sup>Ascoli Piceno, <sup>27</sup>Squinzano (LE), <sup>28</sup>Como, <sup>29</sup>Milano, <sup>30</sup>Vetralla (VT), <sup>31</sup>Lanusei (NU), <sup>32</sup>Trieste.

## Bibliografia

1. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 1990;4:99-107.
2. Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998, 33:405-12.
3. Chwalisz K. The perceived stress model of caregiver burden: evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology* 1996;41:91-114.
4. Cohen J., Struening E.: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal Social Psychology* 1962;64:349-60.
5. Rabkin J. Opinions about mental illness, a review of the literature. *Psychological Bulletin* 1974;77:153-71.
6. Angermeyer M.C., Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine* 1997;27:131-41.
7. Gottlieb B. *Social network and social support*. Beverly Hills: Sage Publications; 1981.
8. Magliano L, Marasco C, Guarneri M, Malangone C, Lacrimini G, Zanusi P, Maj M. () A new questionnaire assessing the opinions of the relatives of patients with schizophrenia on the causes and social consequences of the disorder: reliability and validity. *European Psychiatry* 1999;14:71-5.
9. Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A, Marasco C, Malangone C, Maj M, and the Working group of the Italian national Study on Families of Persons with Schizophrenia. What patients' relatives think about schizophrenia: a multicenter Italian study. *Psychiatric Services* (in corso di stampa).
10. Magliano L, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, Fiorillo A, Maj M, Gruppo di Lavoro - La situazione delle famiglie dei pazienti con schizofrenia in Italia: carico familiare, risposte dei ssm, sostegno sociale. *Epidemiologia e Psichiatria sociale* (in corso di stampa).
11. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, Maj M, gruppo di lavoro - Cause e conseguenze psicosociali della schizofrenia: le opinioni dei familiari dei pazienti. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000;2:113-25.

# PREVALENZA E INCIDENZA DEI DISTURBI MENTALI IN RAPPORTO ALL'UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI, AL SUPPORTO SOCIALE E AGLI SCHEMI COGNITIVI

Pierluigi Morosini <sup>1</sup>, Mauro Carta <sup>2</sup>, Gabriella Palumbo <sup>1</sup>, Mario Pettinelli <sup>3</sup>, Marisa Campanelli <sup>3</sup>, Andrea Fiorillo <sup>4</sup>, Fiorino Mirabella <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia, Roma*

<sup>2</sup> *Istituto di Psichiatria, Università di Cagliari*

<sup>3</sup> *Dipartimento di Salute Mentale, ASL 10, Jesi*

<sup>4</sup> *Istituto di Psichiatria, Università di Napoli*

## Obiettivi

Gli obiettivi iniziali del progetto erano di studiare la prevalenza e l'incidenza dei disturbi depressivi e ansiosi in campioni di popolazione generale, in rapporto all'utilizzo dei servizi sanitari. Nell'ultimo lavoro ci si è proposti di studiare contemporaneamente anche il benessere psichico e la relazione tra disturbi, benessere, fattori stressanti, sostegno sociale e schemi cognitivi di interpretazione della realtà e delle esperienze.

## Metodi

Sono stati realizzati i seguenti lavori su campioni rappresentativi della popolazione generale:

- 1) Uno studio di prevalenza di disturbi psichiatrici a Voghera. È stata utilizzata la versione per popolazione dell'intervista strutturata CIDI dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1). I soggetti sono stati estratti a sorte dall'elenco degli assistiti di 5 medici generali, escludendo gli assistiti di età minore di 18 anni. A loro volta i medici erano stati estratti a sorte dall'elenco dei medici generali con almeno 800 assistiti. L'intervista è stata fatta a domicilio, dopo l'invio della lettera di invito a collaborare da parte del medico generale.
- 2) È stata completata l'analisi statistica di tre studi di prevalenza condotti su campioni rappresentativi nella Sardegna: nella città di Cagliari e in quattro comuni rurali. Anche in queste inchieste è stata utilizzata la versione breve della CIDI. Nell'ambito dello studio di prevalenza è stato effettuato uno studio caso controllo "annidato", paragonando l'utilizzo dei servizi sanitari di tutti i tipi e i costi relativi dei 51 soggetti con diagnosi di depressione nell'ultimo anno con due gruppi di controllo, anch'essi di 51 soggetti, appaiati per età e sesso, uno senza patologie croniche ("sani") ed uno con patologia somatiche croniche senza disturbi psichiatrici ("cronici").
- 3) È stata completata, con la stessa intervista, in una versione bilingue italiana e francese, derivata da un precedente adattamento francese, un'indagine su un campione rappresentativo delle famiglie di origine sarda a Parigi. I soggetti sono stati rintracciati telefonando a un campione, estratto a caso, di tutte le persone con cognomi tipicamente sardi dell'elenco telefonico di Parigi.

- 4) È stato condotto uno studio di validazione del questionario autocompilato S.I. (Schemi Interpretativi). Il questionario si compone di 31 domande che indagano le seguenti dimensioni: mancanza di pianificazione; mancanza di autodisciplina; scarso controllo degli eventi esterni; allarmismo; visione ostile del mondo; eccesso di importanza data al passato; impulsività; rigidità; eccesso di importanza data agli altri; perfezionismo.
- 5) È in corso la replicazione dello studio già condotto nel 1997 a Jesi; verrà intervistato un campione di 250 soggetti (CIDI con aggiunta di domande sugli schemi interpretativi della realtà, sostegno sociale ed esposizione a stress).

## Risultati

- 1) Nello studio di Voghera sono stati intervistati 232 soggetti su 263, con un tasso di rispondenza dell'88%: si è riscontrata una prevalenza ad un mese di disturbi psichici secondo l'ICD-X del 12,9%.
- 2) In Sardegna erano stati intervistati 393 soggetti a Cagliari e 344 in area rurale. La prevalenza complessiva negli ultimi 6 mesi dei disturbi psichiatrici è stata del 16,1% (2,3).  
Dallo studio caso-controllo sulla depressione è risultato che i depressi costano in media per prestazioni sanitarie dirette 4,4 milioni, contro i 3,4 dei soggetti con patologie somatiche croniche e 0,9 milioni dei soggetti sani. Molti depressi non sono stati trattati o sono trattati in modo inadeguato. I depressi trattati correttamente con antidepressivi facevano meno ricorso ai servizi sanitari, tanto da costare solo 2,3 milioni. Il riconoscimento e il trattamento della depressione sono fondamentali anche per il risparmio di risorse (4).
- 3) Sono state consultate 145 famiglie; dei 218 soggetti adulti che risultarono immigrati sardi di prime o seconda generazione ne sono stati intervistati 153 (70,1), 77 maschi e 65 femmine. Negli immigrati sardi a Parigi è stata vista una prevalenza alta di disturbi ansiosi, simile a quella dei sardi residenti in Sardegna, sia una prevalenza alta dei disturbi depressivi, simile a quella dei parigini (5,6).
- 4) Il questionario SI ha dimostrato una buona accettabilità e coerenza interna (alfa di Cronbach complessiva 0,81) (7).
- 5) Nello studio di Jesi sono stati intervistati fino ad oggi 125 soggetti, 69 maschi e 56 femmine. La prevalenza ad un mese di disturbi psichici è risultata del 11,2% e quella a 6 mesi del 13,6. La diagnosi più rappresentata è quella di depressione maggiore, con ben il 6,4% a 1 mese (intervallo di confidenza al 95%: 3,0-12,6). La gravità soggettiva della depressione è molto variabile, come attestato dal punteggio attribuito dai soggetti alla loro qualità di vita psichica su una scala da 1 a 10: la media è stata di 4,6 contro una media di 7,6 nelle persone senza diagnosi di disturbo psichico e di 6,0 delle persone con diagnosi di depressione nel passato ma non nell'ultimo mese. Le persone con disturbo psichico nell'ultimo anno rivelano punteggi sensibilmente più elevati (corrispondenti a stili interpretativi disfunzionali) soprattutto nelle dimensioni ostilità, locus di controllo esterno, eccessiva importanza data al passato, allarmismo, scarsa pianificazione, scarsa autodisciplina: Data la ancora scarsa numerosità le differenze con le persone senza diagnosi di disturbo psichico non sono statisticamente significative. Si prevede che lo studio terminerà alla fine di settembre.

## Conclusioni

La prevalenza dei disturbi in Sardegna e a Voghera è simile a quella osservata in studi internazionali. Il secondo studio di Jesi ha mostrato una prevalenza superiore a quella del primo, non lontana da quello di Voghera e della Sardegna, anche se inferiore. I dati sui costi della depressione confermano l'importanza del riconoscimento e del trattamento dei disturbi psichici. I dati sugli immigrati sardi a Parigi confermano che gli emigrati sono a rischio di disagio mentale.

## Bibliografia

1. Tacchini G, Altamura AC. *Composite international diagnostic interview: versione italiana*. Milano: Masson; 1994.
2. Carta MG, Morosini P, Murgia S, Hardoy MC, Carpiniello B. Epidemiology of mental disorders in a large community sample. *European Neuropsychopharmacology* (in corso di stampa).
3. Carta MG, Hardoy MC, Medda S, Pinna F, Carpiniello B. Epidemiology of Social Phobia in Sardinia. *European Neuropsychopharmacology* (in corso di stampa).
4. Carta MG, Hardoy MC, Carpiniello B. I costi sanitari per la depressione potrebbero diminuire se il disturbo fosse correttamente diagnosticato e trattato? *Annali di Igiene* (sottomesso per la pubblicazione).
5. Carta MG, Koves V, Morosini P, Hardoy MC, Marroccu MC, Carpiniello B. Una ricerca epidemiologica sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in immigrati sardi a Parigi a confronto con parigini e sardi residenti in Sardegna. *Annali di Igiene* 2001;13:520-41.
6. Carta MG, Koves V, HardoyMC, Morosini P, Murgia S, Carpiniello B. Psychiatric disorders in Sardinian immigrant in Paris: a comparison with Parisian and Sardinian residents in Sardinia. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* (sottomesso per la pubblicazione).
7. Morosini P, Magliano L, Cernuto F, Campanelli M, Motta M. Development and validation of a questionnaire assessing interpretative styles. *Psychiatric Networks* 2000;3(2):79-86.

# **DIFFUSIONE E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI: STUDIO DELLE VARIABILI COGNITIVE**

Massimo Casacchia <sup>1</sup>, Rita Roncone <sup>1</sup>, Monica Mazza <sup>1</sup>, Alessandro De Riso <sup>1</sup>, Ian R.H. Falloon <sup>2</sup>, Pierluigi Morosini <sup>3</sup>, Paolo Arienti <sup>4</sup>, Enzo Beccaceci <sup>5</sup>, Giampiero Cesari <sup>6</sup>, Giulio Corrivetti <sup>7</sup>, Nicola Cresci <sup>8</sup>, Mario Pettinelli <sup>9</sup>

<sup>1</sup> *Clinica Psichiatrica - Università L'Aquila*

<sup>2</sup> *Optimal Treatment Project, OTP*

<sup>3</sup> *Istituto Superiore di Sanità, LEB, Roma*

<sup>4</sup> *DSM Ferrara, CSM Codigoro (Ferrara), CSM Copparo (Ferrara)*

<sup>5</sup> *DSM AUSL 5-Regione Marche, Jesi (Ancona)*

<sup>6</sup> *DSM Arezzo*

<sup>7</sup> *Unità Operativa Salute Mentale Distretto 96 Salerno*

<sup>8</sup> *CSM Sora (Frosinone)*

<sup>9</sup> *Servizio di Salute Mentale Azienda AULS n 6-Marche, Fabriano (Ancona)*

## **Introduzione e obiettivi**

La valutazione dell'efficacia di differenti strategie di "remediation" (1) per il trattamento dei deficit della cognitiv  sociale associati alla schizofrenia (2) rappresenta un'area di crescente sviluppo.

Nel trattamento della schizofrenia gli interventi familiari psicoeducativi si sono dimostrati efficaci nel ridurre le ricadute e le riospedalizzazioni, nel migliorare il funzionamento sociale della persona colpita dalla malattia e la sua adesione al trattamento farmacologico (3), ma a tutt'oggi non   stato indagato il loro impatto sulle capacit  cognitive delle persone affette da schizofrenia.

Obiettivo dello studio era quello di valutare l'esito a 12 mesi del trattamento psicoeducativo familiare (studio multicentrico randomizzato controllato "Coinvolgimento e sostegno dei familiari dei pazienti psichiatrici", finanziato dal Ministero della Sanit ) in relazione al funzionamento neurocognitivo delle persone affette da schizofrenia.

Il progetto   stato sviluppato parallelamente, in termini di complementarit  e sinergismo, al Programma Speciale "Coinvolgimento e sostegno dei familiari dei pazienti psichiatrici", finanziato dal Ministero della Sanit , tramite la Regione Abruzzo.

Il Programma Speciale si proponeva di mettere a confronto due diverse modalit  di effettuazione dell'intervento psicoeducativo (trattamento della famiglia singola secondo il metodo di Ian Falloon vs trattamento multifamiliare di gruppo, integrato da incontri con la singola famiglia). Accanto alla misurazione di variabili di esito dell'intervento nei familiari (carico assistenziale, qualit  di vita, ecc.) e nei pazienti (sintomatologia, funzionamento sociale, ecc.) previste dal Programma Speciale, il presente studio ha valutato le abilit  neurocognitive prima e dopo 12 mesi di trattamento.

## Materiali e metodi

### Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione

La ricerca multicentrica “Coinvolgimento e sostegno dei familiari dei pazienti psichiatrici” ha incluso 74 pazienti. Il DSM di Perugia, che ha arruolato 11 pazienti, non è stato visitato dalla ricercatrice in neuropsicologia (MM) perché al momento della programmazione della valutazione gli utenti avevano già iniziato il trattamento. Su 63 utenti affetti da schizofrenia inclusi nei 6 servizi e/o Dipartimenti di Salute Mentale sui 7 partecipanti al Programma Speciale “Coinvolgimento e sostegno dei familiari dei pazienti psichiatrici”, 44 (70%) – 34 maschi e 10 femmine – fra questi hanno accettato di sottoporsi alle valutazioni del presente studio. Il restante 30%, 19 utenti, ha rifiutato o non è stato in grado di ultimare neanche una delle prove di valutazione neuropsicologica. Non emergono differenze statisticamente significative in merito alle principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche tra i pazienti testati e quelli non sottoposti a valutazione neuropsicologica (n=19) (Tabella 1). Due pazienti, sottoposti a valutazione, sono deceduti per suicidio, uno prima di iniziare il trattamento ed il secondo durante il trattamento (era incluso nei gruppi MF).

**Tabella 1. Principali caratteristiche demografiche e cliniche dei 44 pazienti schizofrenici valutati a livello neuropsicologico confrontati con i 19 utenti che hanno rifiutato o non hanno eseguito la valutazione neuropsicologica**

Caratteristiche demografiche e cliniche	Testati (n.=44)		Non testati (n.=19)		p
		%		%	
Età, anni (DS) §	33,4 (6,09)		31,5 (9,02)		NS
Sesso					
<i>maschi</i>	34	77,3	12	63,2	
<i>femmine</i>	10	22,7	7	41,2	NS
Stato civile					
<i>celibe/nubile</i>	36	81,8	16	84,2	
<i>coniugato</i>	4	9,1	1	5,3	
<i>divorziato/separato</i>	4	9,1	2	10,5	NS
Scolarità, anni (DS)	11,6 (2,9)		11,8 (2,8)		NS
Attività lavorativa					
<i>disoccupato</i>	29	65,9	13	68,4	
<i>occupato</i>	6	13,6	1	5,3	
<i>lavoro protetto</i>	6	13,6	3	15,8	
<i>casalinga</i>	2	4,5	2	10,5	
<i>studente</i>	1	2,3	-	-	NS
Diagnosi (DSM-IV)					
<i>schizofrenia, tipo paranoide</i>	25	56,9	12	63,2	
<i>schizofrenia, tipo disorganizzato</i>	4	9,1	1	5,3	
<i>schizofrenia, tipo catatonico</i>	2	4,5	-	-	
<i>schizofrenia, tipo indifferenziato</i>	5	11,4	1	5,3	
<i>schizofrenia, tipo residuo</i>	3	6,8	1	5,3	
<i>d. schizoaffettivo</i>	5	11,4	3	15,8	
<i>d. delirante</i>	-	-	1	5,3	NS
Durata di malattia, mesi (DS) §	115,7 (88,6)		115,4 (99,3)		NS
Ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio, TSO, negli ultimi 12 mesi #	4	10,8	3	17,0	NS
BPRS punteggio totale, media (DS) §	43,6 (9,8)		49,1 (19,0)		NS
Accertamento Disabilità, punteggio totale, media (DS) §	35,8 (10,4)		32,5 (15)		NS

§ t-student; # chi-quadrato



## **Valutazione neuropsicologica**

In ognuno dei 6 centri visitati è stato proposto un seminario sui recenti progressi della neuropsicologia e sugli strumenti di valutazione neuropsicologici da somministrare.

Ad ogni paziente incluso nella ricerca, al tempo 0, ed al tempo 1, dopo 12 mesi di trattamento, sono stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione neuropsicologica:

- Matrici Progressive di Raven (4);
- 4 storie di “Theory Of Mind” (ToM) (5) per indagare l’abilità di interazione sociale attraverso la comprensione dell’ambiente e delle convinzioni degli altri. Le prove si distinguono in prove di primo livello, ToM 1, (“io penso che lui pensa”) e prove di secondo livello, ToM 2 (“io penso che lui pensa che io penso”). Una buona prestazione implica la corretta comprensione di entrambe le storie (punteggio 2/2);
- il Test “Torre di Londra”, TDL (6);
- il Wisconsin Card Sorting Test, WCST (7);
- il compito di Fluenza Verbale, VF (8).

Accanto a tali misure, al momento dell’inclusione dello studio ed al follow-up, è stata somministrata una articolata batteria di valutazione, che includeva strumenti di valutazione psicopatologica, quali la BPRS a 24-item (9), di misurazione di consapevolezza di malattia, e di funzionamento sociale, quale l’Accertamento della Disabilità, versione italiana della DAS-II.

## **Risultati**

### **Risultati alle valutazioni neuropsicologiche all’inizio dello studio**

Al momento dell’inclusione nello studio, sono state evidenziate correlazioni tra i risultati ai test cognitivi e le misure di funzionamento sociale globale (10). L’abilità di pianificazione (TDL), la flessibilità cognitiva (WCST) e la comprensione di stati mentali di secondo livello (ToM 2) sono risultate associate in maniera diretta con il funzionamento sociale globale. Al contrario, le diverse sottoaree della disabilità sociale, misurate con la AD, non mostravano chiare correlazioni con i deficit cognitivi evidenziati dal nostro campione.

### **Risultati alle valutazioni neuropsicologiche dopo 12 mesi di trattamento**

I risultati alle valutazioni neuropsicologiche dopo un anno di trattamento sono ancora in corso di elaborazione. I dati degli utenti che non hanno iniziato il trattamento nel DSM di Jesi (4 soggetti) e gli utenti che hanno rifiutato di iniziare o sono usciti dal trattamento (11 soggetti) sono stati inclusi in un “gruppo di controllo”, che ci permetterà di confrontare l’effettivo impatto del trattamento psicoeducativo sulle variabili neurocognitive. I risultati preliminari dopo un anno di trattamento, relativi a 15 utenti, hanno messo in evidenza un miglioramento statisticamente significativo delle abilità di pianificazione (TDL) rispetto all’ingresso nello studio, con un incremento dei tempi di pianificazione, come se i pazienti avessero imparato a generare risposte corrette con minor impulsività.

## Discussione e conclusioni

I risultati delle valutazioni neurocognitive al momento dell'inclusione nello studio supportano il valore di impiegare la misurazione della cognizione sociale congiuntamente alla tradizionale batteria di valutazione neurocognitiva. La cognizione sociale, valutata con il Compito di ToM 2, rappresentava l'unica misura che correlava in maniera statisticamente significativa con il funzionamento sociale globale, una volta controllato il livello intellettivo dei pazienti inclusi. La capacità di comprendere gli stati mentali altrui (ToM 2) si è rilevata, inoltre, il migliore predittore del funzionamento sociale, insieme con una buona fluenza verbale, in assenza di una grave sintomatologia negativa o disorganizzata.

Le relazioni tra le prestazioni dei soggetti affetti da schizofrenia ai test neuropsicologici con il funzionamento sociale e la compromissione clinica acquistano valore di predittori di esito del decorso della malattia e, nel nostro studio, di risposta ai trattamenti psicosociali familiari. Una valutazione neurocognitiva della persona affetta e l'identificazione di eventuali deficit, attraverso strumenti semplici facilmente applicabili nella routine dei Servizi di Salute Mentale, potrebbe permettere di formulare piani di trattamento psicoeducazionali familiari individualizzati con l'impiego di specifiche strategie che affrontino precocemente ed efficacemente tali deficit e permettano stime realistiche dei tempi di intervento.

I dati molto preliminari a nostra disposizione, relativi ad un terzo dei soggetti testati dopo un anno di trattamento, sembrano deporre per un buon impatto dei trattamenti psicosociali sui deficit neuropsicologici con una sorta di "remediation" cognitiva basata sull'apprendimento delle abilità sociali.

## Bibliografia

1. Sarfati Y, Passerieux C, Hardy-Bayle MC. Can verbalization remedy the Theory of Mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology* 2000;33:246-51.
2. Mazza M, De Risio A, Surian S, Roncone R, Casacchia M. Selective impairment in people affected by schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2001;47:299-308.
3. Casacchia M, Roncone R. Trattamenti psicosociali familiari. In: Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R, Smeraldi E, Volterra V (Ed.). *Trattato Italiano di Psichiatria. II edizione*. Milano: Masson; 1999. p. 3675-712.
4. Raven JC. *Guide to the Standard Progressive Matrices*. London: H.K. Lewis; 1960.
5. Frith CD, Corcoran R. Exploring "Theory of Mind" in people with schizophrenia. *Psychological Medicine* 1996;26:521-30.
6. Shallice T. Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 1982;B298:199-209.
7. Heaton RK, Chelune GJ, Talley J, Kay GG, Curtis G. *Wisconsin Card Sorting Test -Manual - revised and expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource : 1993.
8. Novelli G, Papagno C, Capitani E, Laiacona M, Vallar G, Cappa SF. Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1986;47(4):477-506.
9. Morosini P, Casacchia M. Traduzione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1995;3:199-228.
10. Roncone R, Falloon IRH., Mazza M, De Risio A, Necozone S, Morosini P, Casacchia M. Is social cognition associated more strongly with clinical and social functioning in schizophrenia than neurocognitive deficits? *Psychopathology* (sottomesso per la pubblicazione).

# ESITI DELLA FORMAZIONE E DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO DI PAZIENTI PSICHIATRICI E COSTRUZIONE DI UNO STRUMENTO PREDITTIVO DEGLI ESITI

Gian Luigi Bianchin <sup>1</sup>, Maurizio Donatello <sup>2</sup>, Paolo Michielin <sup>3</sup>, Giuseppe Pullia <sup>3</sup>, Angelo Righetti <sup>3</sup>, Giulio Vidotto <sup>4</sup>

<sup>1</sup>*D.S.M. Azienda ULSS n. 8 - Asolo (TV)*

<sup>2</sup>*Cooperativa L'Incontro - Castelfranco V.to (TV)*

<sup>3</sup>*D.S.M. Azienda ULSS n. 9 - Treviso*

<sup>4</sup>*Facoltà di Psicologia - Università di Padova*

## Introduzione

È disponibile una “formidabile” letteratura scientifica sulle conseguenze affettive e comportamentali dell'occupazione e della disoccupazione e sulle relazioni tra lavoro e salute mentale nella popolazione generale (1,2).

In sintesi, le ricerche mostrano che “la popolazione occupata riporta un livello significativamente più basso di disturbi mentali di quanto non facciano i disoccupati” (anche dopo che sono state controllate le principali variabili intervenienti), che lo status occupazionale spiega circa il 15% della varianza dei punteggi relativi alla salute mentale, che è più netto l'effetto positivo del trovare un lavoro rispetto a quello negativo del perderlo e che i pazienti psichiatrici, ma anche le persone considerate a rischio psichiatrico, hanno grandi difficoltà, una volta perso il lavoro, a trovarne un altro (1).

Le ricerche condotte sulla cosiddetta “riabilitazione professionale” dei pazienti psichiatrici hanno considerato principalmente le esperienze dei laboratori protetti, del supporto lavorativo, degli impieghi di transizione (nei paesi anglosassoni) e della formazione e dell'inserimento lavorativo in cooperative sociali (nel nostro paese) (3-5).

I risultati indicano che tali interventi sono efficaci nel permettere al paziente di trovare un lavoro (con tassi di impiego che vanno dal 15 al 55%, ma con problemi di durata nel tempo) e che l'esito è condizionato dal livello globale di funzionamento del paziente e dall'assistenza socio-sanitaria che continua a ricevere.

Altre ricerche hanno dimostrato la relativa inefficacia delle esperienze “occupazionali”, non effettivamente legate al mondo del lavoro, e la rilevanza della retribuzione quale fattore motivazionale e terapeutico (6,7).

Le “Linee guida per il trattamento della schizofrenia” formulate dall'APA concludono che “prima di cominciare la riabilitazione professionale è importante eseguire una valutazione completa delle condizioni psichiatriche del paziente e del grado di capacità lavorativa, che comprenda anche la discussione con i pazienti delle varie opzioni disponibili” (in relazione agli interessi, alle aspettative, ai livelli di funzionamento e alle precedenti esperienze di lavoro) (8). Mentre sono state condotte ricerche per individuare le componenti essenziali (e la sequenza nel tempo) dei programmi di inserimento lavorativo (9), meno attenzione hanno ricevuto le relazioni tra le variabili anagrafiche, socio-economiche, cliniche, di trattamento, cognitive, attitudinali, di curriculum formativo e lavorativo, di supporto familiare e comunitario del paziente e l'esito dell'inserimento lavorativo.

Il documento preparatorio della 1ª Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale dedicato a “L’integrazione sociale e sanitaria” riconosce che “le cooperative di produzione e lavoro per l’inserimento lavorativo di persone svantaggiate... sono forse la cosa più importante e utile che il tessuto sociale abbia pressoché autonomamente prodotto in favore dei pazienti psichiatrici e non solo”. Restano aperte numerose questioni, sia di carattere economico, giuridico e normativo che relative alla filosofia di questo grande “esperimento di integrazione sociale” (10).

Il documento preparatorio conclude che “la collaborazione con i servizi per individuare e valutare gli inserimenti, con protocolli e procedure concordate, costituisce un’importante garanzia di appropriatezza ed efficacia degli inserimenti”. Anche a questo proposito, mancano informazioni su quando, come e perché nella pratica si propone al paziente l’inserimento presso una cooperativa sociale e su come tale opportunità si integra in un progetto più globale di cura, riabilitazione e inserimento sociale.

## Obiettivi

Obiettivi dello studio sono:

- 1) descrivere le caratteristiche anagrafiche, socio-economiche, cliniche, di trattamento, cognitive, attitudinali, di curriculum formativo e lavorativo, di supporto familiare e comunitario dell’intero gruppo di pazienti di una provincia in formazione-lavoro presso cooperative sociali, analizzare l’appropriatezza dell’invio, il modo in cui è stato preparato dai servizi e l’atteggiamento dei familiari;
- 2) valutare gli esiti della formazione lavoro, in termini di miglioramento delle abilità lavorative, di presenza, continuità e produttività sul lavoro, di inserimento lavorativo, di QdV del paziente;
- 3) valutare l’impatto della formazione e dell’inserimento lavorativo sul numero di ricoveri psichiatrici e sulle giornate di ricovero;
- 4) esplorare le relazioni tra un’ampia gamma di variabili indipendenti, di tipo personale, clinico e sociale, e le variabili relative all’abilitazione lavorativa e all’inserimento;
- 5) costruire uno strumento che stimi a priori la possibilità di abilitazione e di successo lavorativo e consenta di preparare programmi di formazione-inserimento maggiormente individualizzati, più appropriati ed efficaci.

## Metodo

Il lavoro è iniziato nel giugno 1996 ed ha richiesto un’intensa fase preparatoria con le cooperative sociali che, sulla base di una convenzione con le 2 Aziende ULSS, operano per la formazione e l’inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici in provincia di Treviso; tale preparazione ha permesso di arrivare ad un grado accettabile di uniformità nelle procedure, nelle modalità di intervento e negli strumenti di valutazione.

La formazione lavoro riguarda principalmente attività, più o meno complesse, di assemblaggio di minuterie metalliche o plastiche, cablaggi elettrici, montaggio di utensili e lampadari (con un’organizzazione che non è comunque di catena di montaggio); le opportunità di inserimento lavorativo riguardano le stesse attività, nella stessa cooperativa (come soci lavoratori) o in aziende private; la formazione e l’inserimento lavorativo in attività di

manutenzione del verde o artigianali sono percentualmente meno rilevanti (circa il 20%). Si tratta di complesso di attività simile a quello della maggior parte delle altre esperienze italiane.

L'inserimento in formazione viene proposto dallo psichiatra dell'Unità Operativa Territoriale e deciso da un'Unità Valutativa che segue, seppure in modo flessibile, criteri sufficientemente formalizzati; con il consenso del paziente, alla cooperativa viene fornita una scheda socio-anagrafica con gli obiettivi dell'intervento e alcune indicazioni clinico-abilitative.

Lo studio longitudinale ha preso in considerazione tutti i casi in formazione lavoro presso le cooperative nel periodo giugno 1996-giugno 1999; sono stati esclusi solamente i pazienti che hanno interrotto la formazione entro i primi 3 giorni (n. = 7). Il numero totale dei reclutati è di 229.

Prima dell'inizio della formazione-lavoro per ciascun soggetto sono stati raccolti i dati anagrafici, clinici, di trattamento, di sostegno familiare e ambientale, le esperienze formative e lavorative precedenti, la capacità reddituale, l'eventuale invalidità.

La diagnosi è stata codificata secondo l'ICD-9; per il "carico farmacologico" è stato calcolato un indice approssimativo, e in parte arbitrario, che risulta dalla somma dei diversi psicofarmaci prescritti, in cui ognuno vale 1 se prescritto al dosaggio medio consigliato (0,5 se prescritto a metà del dosaggio medio).

Le caratteristiche e l'appropriatezza dell'invio da parte dell'équipe psichiatrica e l'atteggiamento dei familiari nei confronti della formazione e dell'inserimento lavorativo sono stati valutati con strumenti appositamente costruiti.

La qualità di vita è stata valutata con il questionario "Valutazione degli aspetti poco soddisfacenti della propria vita", adattamento del QLS-100 di Skantze fatto da Roncone e Morosini. Le attitudini professionali sono state studiate con l'MPRI - test per l'orientamento scolastico e professionale di Vidotto e Marchesini (11).

Il gruppo di 229 soggetti è composto da 158 maschi (69%) e 71 femmine (31%).

L'età media è 33,92 anni (DS = 8,67, gamma 18-58); la durata media del disturbo psichiatrico è di 95,85 mesi (DS = 61,5, gamma 1-240).

I dati relativi alla diagnosi principale sono: schizofrenia = 141 (61,5%) (semplice = 10, ebefrenica = 27, paranoide = 52, altri tipi o non specificato = 52), altre psicosi o non specificate = 23 (10%), psicosi affettive = 7 (3%), stati paranoidi = 8 (3,5%), disturbi nevrotici = 6 (2,6%), disturbi della personalità = 26 (11,3%), oligofrenie = 8 (3,5%), altri disturbi = 4 (1,7%), mancanza di diagnosi = 6 (2,6%). Il "carico farmacologico" medio è 2,13 (D.S. = 1,34, gamma 0-6,5).

La percentuale di invalidità riconosciuta è: dal 35 al 70% per 25 pazienti, dal 75% al 95% per 75 pazienti, 100% per 30 pazienti; 4 persone hanno la patente A, 73 la patente B, 3 la patente C, mentre a 16 la patente è stata revocata.

Il titolo di studio posseduto è: nessuno 1 (0,4%), licenza elementare 35 (15,5%), licenza media 131 (58,2), diploma professionale 28 (12,4%), diploma media superiore 26 (11,6%), laurea breve 1 (0,4%), laurea 3 (1,3%).

L'esperienza lavorativa precedente ha una durata molto variabile, con una media di 73,6 mesi (DS = 86,4, gamma 0-444); la distanza temporale dall'ultimo lavoro è in media di 63,7 mesi (DS = 63,1, gamma 0-348).

All'inizio e ogni 6 mesi è stato misurato il livello di abilità lavorativa attraverso una scheda di osservazione appositamente costruita, composta di 26 item (punteggi: abilità non posseduta = 0, abilità posseduta parzialmente = 1, abilità posseduta completamente = 2) raggruppati in 4 aree (pre-requisiti: 8 item, ad esempio, puntualità o lasciare in ordine il posto di lavoro; interpersonale: 8 item, ad esempio, interagire con il compagno o accettare la supervisione; produttiva: 6 item, ad esempio, mostrare autonomia, iniziativa o mantenere i ritmi produttivi; motivazionale: 4 item, ad esempio, richiesta di guadagnare di più o partecipare alle riunioni e

alle assemblee); è stata inoltre stimata la produttività, espressa in percentuale rispetto ad un lavoratore “normale” capace.

Al completamento della formazione-lavoro o, se la formazione non era completata, al termine del periodo di studio (giugno 1996) sono stati nuovamente valutati: il livello di abilità lavorativa e la produttività, la condizione lavorativa (cessazione della formazione, continuazione della formazione, inserimento in cooperativa come socio-lavoratore, lavoro esterno temporaneo, lavoro esterno a tempo indeterminato) e la qualità di vita. Mentre tutte le altre valutazioni sono state svolte dagli operatori delle cooperative, queste ultime sono state svolte da osservatori indipendenti.

Il numero di ricoveri psichiatrici, e i giorni complessivi di ricovero, sono stati calcolati per il periodo di formazione e per il periodo di identica durata immediatamente precedente la formazione. Una parte del gruppo ha compilato anche la Verona Service Satisfaction Scale di Ruggeri e Dall’Agnola. Nel giugno 2000, ad un anno dal termine dello studio, è stata nuovamente registrata la condizione lavorativa.

## Risultati

Per quanto riguarda le caratteristiche dell’invio da parte dell’equipe psichiatrica:

- nel 27,6% dei casi la formazione lavoro è pensata “del tutto” come inizio o prosecuzione di un percorso abilitativo specificamente orientato al lavoro, piuttosto che come occasione di socializzazione, di impiego del tempo (26,2% “abbastanza”, 31,7% “solo in parte”, 13,6% “per nulla”);
- solo nel 9% dei casi l’utente e i suoi familiari sono “del tutto” coinvolti nella preparazione del progetto, nelle decisioni e nelle verifiche (52,5% “abbastanza”, 29,9% “solo in parte”, 8,1% “per nulla”);
- nel 45,7% il paziente è stato specificamente seguito e preparato dall’equipe psichiatrica in vista dell’inizio della formazione lavoro (34,8% “abbastanza”, 15,4% “solo in parte”, 4,1% “per nulla”).

Il 69% dei familiari ritiene che la formazione e l’inserimento lavorativo siano “molto importanti” per la salute e il benessere del congiunto, il 25,5% “abbastanza importanti”, il 5,5% “per nulla”.

La durata media della formazione lavoro, fino alla sua conclusione o fino al termine dello studio, è stata di 22,5 mesi (DS = 15,7, gamma 1-72).

Gli esiti in termini di inserimento lavorativo sono:

- a conclusione dello studio (giugno 1999): formazione interrotta 58 (25,4%), formazione in corso 143 (62,7%), inseriti come soci lavoratori 14 (6,1%), inseriti in un lavoro esterno stabile 5 (2,2%); 5 pazienti deceduti;
- ad un anno dalla conclusione (giugno 2000): formazione interrotta 55 (24,2%), formazione in corso 109 (48%), inseriti in un lavoro esterno temporaneo 4 (1,8%), inseriti come soci lavoratori 37 (16,3%), inseriti in un lavoro esterno stabile 9 (4%); altri 4 pazienti deceduti.

I punteggi iniziali della scheda di osservazione delle abilità lavorative sono: sottotale parte pre-requisiti (punteggio min= 0 max= 16) = 8,87; parte interpersonale (min= 0, max= 16) = 8,93; parte produttiva (min= 0 max=12) = 4,22; parte motivazionale (min= 0 max= 8) = 4,07; totale (min= 0 max= 52) = 26,09. I punteggi al termine della formazione o dello studio sono:

subtotale parte pre-requisiti = 10,12; parte interpersonale = 10,10; parte produttiva = 5,62; parte motivazionale = 4,55; totale = 30,39.

La percentuale di produttività passa da una media iniziale di 29,36% (DS = 17,76, gamma 5-100) ad una media finale di 35,6% (DS = 20,93, gamma 5-100).

Sono state analizzate con il t di Student tutte le differenze prima-dopo risultano significative (Tabella 1).

**Tabella 1. Principali esiti della formazione lavoro**

Variabili	Media		Deviazione standard		T- test	Significatività (due code)
	<i>prima</i>	<i>dopo</i>	<i>prima</i>	<i>dopo</i>		
Scheda abilità						
<i>parte pre-requisiti</i>	8,87	10,12	4,57	3,98	-4,748	0,000
<i>parte interpersonale</i>	8,93	10,10	3,92	3,55	-4,631	0,000
<i>parte produttiva</i>	4,22	5,62	3,41	3,48	-7,506	0,000
<i>parte motivazionale</i>	4,07	4,55	2,24	2,39	-3,316	0,001
<i>totale</i>	26,09	30,39	10,98	10,73	-6,775	0,000
Parte produttiva	29,36	35,55	17,76	20,93	-6,299	0,000
Numero di ricoveri	1,27	0,48	2,98	1,14	3,829	0,000
Giorni di ricovero	34,06	8,45	97,72	27,05	3,497	0,001

Il numero dei ricoveri nel periodo precedente la formazione è in media di 1,28 (DS = 2,93, gamma 0-28), per una durata complessiva media di 32,4 giorni (DS = 95,6, gamma 0-703); nel periodo della formazione è in media di 0,48 (DS = 1,14, gamma 0-9) per una durata complessiva media di 7,54 giorni (DS = 25,42, gamma 0-251); le differenze sono significative (vedi Tabella 1). Per interpretare questi dati, ricordiamo che il periodo di formazione, e di conseguenza il periodo immediatamente precedente considerato, ha una durata media di 22,5 mesi.

Il punteggio totale del questionario sulla QdV, che riflette il numero totale di aspetti ritenuti poco soddisfacenti, evidenzia una riduzione, statisticamente non significativa, tra prima (media= 18,72, DS = 13,09) e dopo (media= 17,16, DS = 12,88).

Le principali variabili che hanno mostrato una correlazione significativa ( $p < 0,01$ ) con l'esito in termini di inserimento lavorativo sono quelle misurate dalla scheda iniziale di abilità lavorativa, e in particolare: subtotale parte pre-requisiti rho di Spearman = 0,26; parte interpersonale rho = 0,16; parte produttiva rho = 0,22; parte motivazionale rho = 0,32; totale scheda rho = 0,32.

Correlazioni più modeste, ma ugualmente significative, con l'esito in termini di inserimento lavorativo hanno: l'atteggiamento dei familiari (rho = 0,20,  $p < 0,01$ ), le caratteristiche dell'invio da parte dell'équipe (rho = 0,22,  $p < 0,01$ ), la durata della formazione (rho = 0,14,  $p < 0,05$ ); di segno negativo sono le correlazioni con la durata del disturbo (rho = -0,13,  $p < 0,05$ ) e con i chilometri di distanza dal lavoro (rho = -0,13,  $p < 0,05$ ).

La diagnosi psichiatrica e il "carico farmacologico" non mostrano relazioni con l'esito finale. Infine, l'analisi discriminante con la tecnica stepwise ha messo in luce le capacità predittive principalmente del livello iniziale di abilità lavorativa e del tempo di formazione.

Non sono state ancora completate le analisi del MPRI - Test per l'orientamento scolastico e professionale e della Verona S.S.S.

## Discussione e conclusioni

La formazione lavoro nella nostra provincia ha interessato prevalentemente maschi (69%), mentre la popolazione assistita dai DSM è prevalentemente femminile (55,5%).

Le variazioni riscontrate tra il prima e il dopo sono in linea con le ipotesi che la formazione lavoro migliori le abilità lavorative, la produttività e riduca la necessità di ricovero psichiatrico.

Il dato globale del mancato miglioramento della QdV è meglio comprensibile se si vanno ad analizzare item per item le risposte al questionario. Al termine della formazione i pazienti rilevano maggior soddisfazione nei seguenti aspetti: condizioni e aspetto della casa, fare la spesa, igiene personale, rapporti con i genitori, denaro a disposizione, risparmi, autonomia nel gestire il denaro e le attività fuori casa, essere sereno, provare piacere, essere capace di controllare la rabbia e gli impulsi, sentirsi autorealizzato, sentire affetto e amore, stare in compagnia, e tutti gli aspetti connessi al lavoro. Nel contempo rilevano minor soddisfazione in questi altri aspetti: tranquillità, inquinamento, sicurezza da furti, violenze e incidenti, disponibilità di trasporti pubblici, disponibilità di libri, possibilità di frequentare scuole e corsi, rapporti con i figli, mancanza di autonomia per i lavori di casa, stato dei denti, leggere libri, fare sport o esercizio fisico. Sembra esservi una variazione, in direzione “normale”, delle aspettative e delle valutazioni dei pazienti; in particolare risulta forte, e forse sottovalutata, la richiesta di ulteriore formazione culturale, scolastica e professionale.

L'esito in termini di inserimento lavorativo sembra legato principalmente al livello di abilità lavorativa registrata all'inizio e alla durata della formazione; nei limiti temporali dello studio, non emergono effetti negativi derivanti dall'eventuale protrarsi di tale durata (in realtà, i pazienti tendono a restare indefinitamente in formazione-lavoro quando non riescono ad inserirsi come soci lavoratori). Non sembra, invece, esserci relazione tra l'esito e le principali variabili di tipo clinico. Nell'elaborazione dei dati relativi alla diagnosi, probabilmente si sconta l'elevato numero di diagnosi non specificate e la presenza di diagnosi poco frequenti; analizzando i dati si nota la tendenza dei pazienti con schizofrenia paranoide, con disturbi nevrotici e con disturbi della personalità ad avere un minor numero di abbandoni della formazione e dei due ultimi gruppi a mostrare un miglior esito in termini di inserimento lavorativo, rispetto a tutti gli altri gruppi.

L'enfasi che probabilmente si può porre sulle variabili che influenzano il successo lavorativo anche delle persone “normali”, anziché sulle variabili di interesse specificamente psichiatrico, potrebbe rendere importante il contributo predittivo delle caratteristiche psico-attitudinali, una volta che i risultati del test MPRI saranno analizzati completamente.

Altri fattori che sembrano condizionare favorevolmente l'esito sono un atteggiamento della famiglia che dia importanza alla formazione lavorativa, un atteggiamento dell'équipe che la consideri un percorso chiaramente orientato al lavoro, piuttosto che un'occasione di socializzazione o di impiego del tempo, e una minor distanza della cooperativa dall'abitazione.

Ulteriori fattori sembrano essere legati ad un modo di operare dell'équipe che coinvolga l'utente e i familiari nel progetto e nelle verifiche, che prepari e segua continuamente la formazione; modo di operare che, peraltro, corrisponde alle raccomandazioni di buona pratica clinico-abilitativa.

In conclusione, sembra che non emergano elementi per ritenere che sulla base di specifiche caratteristiche del paziente si possa prevedere con una qualche certezza un esito negativo; sembra, inoltre, più utile esplorare il valore predittivo dei dati che si possono raccogliere nella primissima fase della formazione-lavoro anziché di quelli che si raccolgono prima dell'inizio della stessa.

Lo studio, con carattere pre-sperimentale (disegno con un solo gruppo con pre-test e post-test), ha analizzato un'ampia gamma di variabili indipendenti e di esito della formazione



lavorativa con lo scopo di formulare una serie di ipotesi più specifiche per ulteriori ricerche, metodologicamente più rigorose.

## Bibliografia

1. Murphy GC, Athanasou JA. Effetti della disoccupazione nella salute mentale. *Giornale Italiano di Psicologia dell'orientamento* 2000;1(3):15-25.
2. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C, Western J. A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science and Medicine* 1994;38:1553-63.
3. Righetti A., Rotelli F. Le cooperative: imprese sociali tra solidarietà e produzione. *Fogli di Informazione* 1990;150:29-32.
4. Casagrande D. Dall'ergoterapia alle cooperative integrate. In: Da Rin (Ed.). *Il lavoro tra alineazione e liberazione*. Venezia: Marsilio; 1991.
5. Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etaslibri; 1995.
6. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:1087-91.
7. Bell M, Lysaker P, Milstein RM. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:51-67.
8. American Psychiatric Association. *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*. Milano: Masson; 1999.
9. Trochim W, Cook J, Setze R. Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of supported employment program for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62(4):766-75.
10. Branca P, Castelfranchi C, Cerri, M. Insetto. Dall'inserimento lavorativo all'integrazione sociale. *Animazione sociale* 2000;3:25-56.
11. Vidotto G, Marchesini C. *MPRI - Test per l'orientamento scolastico e professionale*. Modena: Edizioni Comune di Modena; 1996.



## INDICE DEGLI AUTORI

- Accetta AM.; 162  
Aceti F.; 155  
Aletti A.; 126  
Alleva G.; 46  
Alvino A.; 207  
Amaddeo F.; 180  
Archianti L.; 126  
Arienti P.; 227  
Arrighi E.; 185  
Bacigalupi M.; 212  
Balbi A.; 117  
Balestrieri M.; 100  
Barbaranelli C.; 196  
Barbato G.; 94  
Bassi E.; 172  
Basso L.; 126  
Bazzoni A.; 50; 137  
Beccaceci E.; 227  
Bellantuono C.; 100  
Bertoldi S.; 137  
Bianchin GL.; 231  
Biffi G.; 143  
Biondi M.; 91  
Biondo D.; 207  
Bisoffi G.; 131  
Bollini P.; 97  
Borgo S.; 69  
Bovet A.; 207  
Brambilla L.; 126; 137; 150  
Bussetti M.; 56  
Calderoni A.; 143  
Camoni L.; 175  
Campana A.; 143  
Campanelli M.; 224  
Cannalire M.; 217  
Cannavò M.; 137  
Caprara GV.; 196  
Capriotti B.; 69  
Carbone P.; 207  
Carcione A.; 46  
Carta M.; 224  
Casacchia M.; 56; 137; 227  
Casasola A.; 217  
Caserta L.; 77  
Casiello M.; 94  
Cavazza M.; 185  
Ceccanti M.; 175  
Cesari G.; 56; 227  
Chiaia E.; 117; 137  
Ciavarella MA.; 117  
Civenti G.; 185  
Cocchi A.; 38  
Cocciantè Q.; 207  
Coi M.; 86  
Colasanti F.; 94  
Conti L.; 46  
Conti S.; 43; 147  
Cordeschi F.; 207  
Cordiale S.; 207  
Coriale G.; 175  
Corlito G.; 56  
Corrivetti G.; 56; 227  
Cozzolino P.; 220  
Cresci N.; 56; 227  
Crusiz C.; 162  
D'Alessandro R.; 69  
D'Avanzo B.; 72  
Dall'Agnola RB.; 131  
de Girolamo G.; 3; 56; 104;  
150  
De Risio A.; 56; 227  
De Rosa C.; 220  
de Selby E.; 207  
Deiana L.; 175  
Del Piccolo L.; 63  
Di Fabio F.; 3  
Di Girolamo E.; 175  
Di Giuseppe P.; 155  
Di Lallo D.; 212  
Di Maio A.; 185  
Di Pietro M.; 172  
Dimaggio G.; 46  
Donatello M.; 231  
Dunn G.; 180  
Embrione F.; 69  
Erlicher A.; 188  
Fabbri S.; 147  
Falcone M.; 46  
Falloon IRH.; 56; 227  
Fassone G.; 91; 192  
Fava GA.; 43; 147  
Ferrigni E.; 82; 122  
Ficca G.; 94  
Fichele MT.; 94  
Filoramo G.; 172  
Fiorillo A.; 220; 224  
Fioritti A.; 82; 122  
Fowler D.; 50  
Franchini C.; 207  
Frattura L.; 72  
Fusco ML.; 69  
Gaddini A.; 212  
Gaetano P.; 91  
Gaston A.; 155  
Gaston CM.; 155  
Gerbino M.; 196  
Giacchetti N.; 155  
Gigantesco A.; 117; 137  
Gomez G.; 137  
Grandi S.; 43; 147  
Grassi L.; 59  
Greco A.; 77  
Griffo M.; 207  
Gruppo di Lavoro  
Collaborativo dello Studio  
SPT; 158  
Gruppo Italiano dello Studio  
sulle Famiglie delle  
Persone con Schizofrenia;  
220  
Gruppo Italiano WHOQoL;  
150  
Gruppo Nazionale PES-  
2000; 200  
Gruppo Nazionale  
PROGRES; 104  
Guarneri M.; 220  
Guidi A.; 137  
Interlandi G.; 162  
Jori E.; 126  
Kupelnick B.; 97  
Lasalvia A.; 131  
Leveni D.; 143  
Liotti G.; 192  
Loperfido A.; 217

Losavio T.; 86  
 Maduli ML.; 207  
 Magliano L.; 137; 220  
 Maj M.; 220  
 Malangone C.; 220  
 Mangelli L.; 43  
 Marasco C.; 220  
 Marcandalli S.; 185  
 Marioni P.; 155  
 Martelli P.; 86  
 Marzocchi GM.; 172  
 Mastroeni A.; 56  
 Mazza M.; 227  
 Mazzarda A.; 137  
 Mazzotti E.; 109; 192  
 Melega V.; 82  
 Melli M.; 126  
 Meneghini C.; 126  
 Mezzina R.; 162  
 Miceli M.; 137; 162  
 Michielin P.; 231  
 Milo T.; 207  
 Mirabella F.; 113; 224  
 Mirandola M.; 180  
 Morosini P.; 3; 50; 56; 104;  
 113; 117; 137; 224; 227  
 Munizza C.; 97  
 Muscettola G.; 94  
 Napoletano G.; 86  
 Natali MF.; 207  
 Nicolò G.; 46  
 Nicotera M.; 77  
 Novarino D.; 212  
 Ottolini F.; 43  
 Palumbo G.; 113; 224  
 Palvarini P.; 126  
 Pampallona S.; 97  
 Pancheri P.; 91  
 Pasquini P.; 91; 109; 192  
 Pastorelli C.; 196  
 Pellegrini E.; 56  
 Pettinelli M.; 56; 224; 227  
 Piacentini D.; 143  
 Pianini L.; 86  
 Pica G.; 150  
 Picardi A.; 3; 91; 104; 192  
 Pinto A.; 137  
 Pioli R.; 126; 137  
 Polidori G.; 3; 50; 137  
 Pontalti I.; 46; 150  
 Porcelli P.; 59  
 Procacci M.; 46  
 Provengano R.; 150  
 Pullia G.; 231  
 Purpura M.; 117  
 Rafanelli C.; 147  
 Ravanelli C.; 43  
 Refolo G.; 212  
 Rigatelli M.; 59  
 Righetti A.; 231  
 Roncone R.; 56; 137; 227  
 Rosicarelli ML.; 50  
 Rossi G.; 188  
 Rubatta P.; 122  
 Rucci P.; 82; 122; 150  
 Ruggeri G.; 46  
 Ruggeri M.; 131  
 Ruini C.; 43  
 Salmaso A.; 172  
 Santarini F.; 82  
 Scaramelli AR.; 82  
 Scarone S.; 143  
 Scirea M.; 126  
 Sebastiani G.; 150  
 Semerari A.; 46  
 Sibia L.; 69; 175  
 Sileoni A.; 143  
 Sindici C.; 162  
 Sirigatti S.; 169  
 Sleijpen C.; 126  
 Soria S.; 207  
 Spagnolo A.; 150  
 Spandonaro F.; 86  
 Stefanile C.; 169  
 Storace F.; 69  
 Tansella M.; 131; 180  
 Terzian E.; 158  
 Tibaldi G.; 97  
 Tognoni G.; 158  
 Torri V.; 185  
 Tossani E.; 147  
 Trincia V.; 91  
 Tripodi C.; 207  
 Venco C.; 82  
 Vidoni D.; 162  
 Vidotto G.; 231  
 Vio C.; 172  
 Visani E.; 126  
 Vittorielli M.; 126  
 Volpini L.; 150  
 Zimmermann C.; 63

*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità  
e Direttore responsabile: Enrico Garaci*

*Coordinamento redazionale:  
Paola De Castro e Sandra Salinetti*

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali  
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988*

*Roma, settembre 2001 (n. 3) 10° Suppl.*

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici  
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*