



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

IN PRIMO PIANO

3 Due paranoie contemporanee
di Giannelli A.

7 Programma della Società
Italiana di Psichiatria per gli
anni 2015-2018
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 L'ADHD nell'adulto
*Misdiagnosi e incidenza della
patologia nei servizi*
*di Migliarese G., Venturi V., Cerveri G.,
Mencacci C.*

26 Terapia della depressione nei
pazienti anziani
di Zarattini F.

49 L'efficacia del trattamento
psicologico in un campione
di soggetti di età compresa
tra i 14 e i 24 anni afferenti
ad un'UOC di Psicologia
Clinica di un DSM:
uno studio pilota
*di Bellotti M., Palmisano G.L.,
Galbiati C., Valentini T., De Isabella G.*

39 Auto-aiuto: un percorso
di salute mentale
*Esiti quantitativi e qualitativi
di un gruppo sperimentale in
un centro Diurno per persone
con disagio psicosociale*
*di Midili G., Frediani G.P.,
Monti P., Cerveri G., Mencacci C.*

56 La Psichiatria sociale in Italia:
l'XI Congresso della Società
Italiana di Psichiatria Sociale
"Salute mentale in Tempi di
Crisi"
Luciano M., Fiorillo A.

PSICHIATRIA FORENSE

61 Lo psichiatra e le linee guida
di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabiella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Certi (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza
OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita
gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: *Mademoiselle Pogany II*
Constantin Brancusi, 1920
Charlotte A. Watson Fund

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

L'efficacia del trattamento psicologico in un campione di soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni afferenti ad un' UOC di Psicologia Clinica di un DSM: uno studio pilota

Mirco Bellotti *, Giovanni Luca Palmisano **, Caterina Galbiati ***, Tiziana Valentini ****, Giorgio De Isabella *****

1. INTRODUZIONE

In tempi recenti si è accentuata la necessità di raccogliere sistematicamente informazioni circa gli esiti di interventi psicologici e psicoterapeutici effettuati nelle strutture pubbliche della salute mentale (1) (2). Si deve a Smith, Glass e Miller (3) il primo tentativo esaustivo di valutare l'efficacia degli interventi psicoterapeutici. Questi autori, in una meta-analisi effettuata su 475 studi in cui i pazienti che avevano ottenuto un intervento erano confrontati con pazienti che non avevano ricevuto nessun tipo d'intervento o erano in lista d'attesa, trovarono che l'85% del campione che aveva ricevuto una forma di psicoterapia otteneva benefici maggiormente positivi comparati con i pazienti che non erano stati trattati. A loro volta Shapiro & Shapiro (4) in una review meta-analitica effettuata su 143 studi in cui venivano comparati campioni di pazienti assegnati a diversi trattamenti psicoterapici con campioni di pazienti non trattati, dimostrarono come la psicoterapia fosse marcatamente più efficace dell'assenza di trattamento psicologico. In tempi più recenti molti autori hanno evidenziato l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici nei servizi pubblici (5) (6) (7) (8) trovando un netto decremento dei sintomi e un aumento del benessere degli utenti dopo il trattamento.

I primi strumenti utilizzati per la ricerca sugli esiti di un trattamento in psicoterapia sono stati il Symptom Check

List 90-Revised (SCL-90-R) (9), e, più recentemente, il Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (10) (11), e il Cognitive Behavioural Assessment for Outcome Evaluation (CBA-OE) (12). Alla luce di quanto precedentemente discusso, scopo di questo studio pilota è stato la valutazione degli esiti del trattamento psicologico fornito dall'équipe dell'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica (UOCPC) del DSM nell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano. Si è usata come misura dell'esito del trattamento psicologico il CORE-OM, per effettuare la valutazione sia pre trattamento che post, ipotizzando un miglioramento delle condizioni di salute psicologica dei pazienti in seguito al trattamento e attribuibile ad esso in assenza di altre variabili intervenienti. Inoltre è stato previsto, durante la fase diagnostica, l'utilizzo di altri strumenti di assessment psicopatologico in grado di fornire al professionista maggiori informazioni cliniche sui pazienti.

2. IL CORE-OM

Il CORE-OM è uno strumento self-report adatto alla valutazione dell'esito dei trattamenti psicologici ampiamente usato in Gran Bretagna. L'attendibilità del CORE-OM è stata esaminata in differenti setting clinici (13) (14) e in diverse fasce d'età quali bambini e ragazzi (Young Person's CORE) (15), adulti, e anziani (16). Lo strumento è stato tradotto in diverse lingue e validato nei setting clinici di differenti nazioni europee. In questo studio è stata utilizzata la versione italiana dello strumento la cui traduzione e validazione è stata curata da Palmieri e colleghi (17). La versione italiana del CORE-OM ha una buona consistenza interna (Spearman's rho > .07). La scala totale è costituita da 4 fattori: Benessere soggettivo (4 item); Problemi/Sintomi (12 item); Funzionamento (12 item) e Rischio (per sé e per gli altri; 6 item). Il *cut-off* clinico del punteggio medio totale è 1,09 per i maschi e 1,22 per le femmine. Valori superiori possono indicare un disagio clinicamente significativo dell'individuo. Gli

autori (10) (11) raccomandano la somministrazione dello strumento all'inizio e alla fine del trattamento psicologico o della psicoterapia, ma potrebbe essere utile ripetere la sua somministrazione durante trattamenti di lunga durata ed in caso di follow-up. Il CORE-OM presenta una buona consistenza interna con α di Cronbach compresa tra 0.77 e 0.94 (10) e un'eccellente stabilità test-retest ad un mese con ρ di Spearman compreso tra 0.87 e 0.91 eccetto per la scala del Rischio con ρ di Spearman di 0.64 (18). Lo strumento presenta inoltre un'ottima validità convergente con il Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) (9). Il test infine non è suscettibile all'effetto dell'età ma lo è per quanto riguarda il genere nella scala Rischio. Lo strumento CORE-OM è stato utilizzato in questo studio perché possiede buone caratteristiche psicometriche, perché adatto alla misura dell'outcome terapeutico e alla rilevazione del cambiamento clinico statisticamente significativo. Differenti studi hanno dimostrato l'efficacia del CORE-OM nella valutazione degli esiti del trattamento e del mantenimento dei benefici dell'intervento al tempo del follow-up, in pazienti reclutati nei servizi sanitari nazionali di salute mentale inglesi che hanno usufruito di trattamento cognitivo comportamentale (19) e psicodinamico interpersonale (20). Non vi sono inoltre riferimenti in letteratura all'uso del CORE-OM per la fascia di età oggetto del presente studio, 14-24 anni, benché sia stato validato uno strumento più indicato per l'età adolescenziale, il CORE-YP (15).

3. METODO

3.1. Partecipanti

I soggetti considerati in questo studio pilota sono 105 di cui 40 afferenti ad un programma di valutazione,

consultazione e/o presa in carico psicologica rivolto alla popolazione giovanile (14-24 anni) sottoposta a procedimento penale (avendo commesso reato da minorenni) di tutta la Lombardia, sia ristretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria" di Milano) sia arrestati/fermati nel Centro di Prima Accoglienza, o, infine, impegnati in percorsi alternativi negli anni 2013, 2014 e 2015¹. Sono inoltre coinvolti nel presente studio altri 65 pazienti ammessi ai Programmi Innovativi assegnati all'UOCPC dell'AO "Ospedale San Carlo Borromeo". I programmi sono dedicati agli interventi precoci sulla sofferenza psicologica in soggetti dai 14 ai 24 anni condotti negli anni 2012, 2013 e 2014. Tutti i partecipanti hanno aderito in forma volontaria allo studio e hanno firmato il consenso informato sul trattamento dei dati, essendo stati precedentemente resi edotti sulla possibilità che i dati raccolti fossero utilizzati ai fini di ricerca scientifica.

Tutti i questionari sono stati somministrati in modo tale da garantire l'anonimato dei partecipanti e le analisi statistiche sono state effettuate da un ricercatore esterno previa eliminazione dei dati sensibili suscettibili di riconoscimento.

3.2. Profilo clinico

I soggetti partecipanti allo studio hanno svolto un percorso di assessment preliminare all'intervento psicologico. Il processo diagnostico ha comportato l'utilizzo di strumenti di valutazione della sintomatologia clinica, della struttura di personalità e di altre condizioni psicologiche e/o psicopatologiche di interesse clinico, come il tratto di impulsività, l'uso o abuso di sostanze stupefacenti. Seguendo i principi del multimethod assessment si è prediletto l'utilizzo di diverse tipologie di strumenti come

1. I percorsi alternativi sono misure cautelari in area penale eterna, come il Collocamento in comunità, la Permanenza in casa e le Prescrizioni; la Messa Alla Prova (MAP) che è misura sospensiva del processo e, in termini residuali, le misure alternative alla detenzione, come l'Affidamento in Prova. Tali misure sono previste dal DPR 448/1988 e dall'Ordinamento Penitenziario.

self-report, interviste somministrate dal clinico e colloqui psicologici al fine di ottenere una maggiore completezza di dati diagnostici su cui formulare ipotesi di funzionamento. Questo ha permesso la definizione di una diagnosi categoriale secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) e, successivamente, di effettuare una conversione delle diagnosi verso il sistema di Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi di Salute Correlati, decima edizione (ICD-10) (21), maggiormente utilizzato nell'ambito ospedaliero. Seguendo una classificazione diagnostica per cluster si è rilevato che il 29,52% del campione (N=105) presenta un disturbo di personalità (F60.0-F60.9), l'11,43% dei soggetti non presenta disturbi psicologici, l'11,43% ha un disturbo d'ansia (F40.00-F43.1), l'11,43% un disturbo di altra categoria rispetto a quelli citati, il 10,48% un disturbo del comportamento alimentare (F50.0, F50.2, F50.9), il 9,52% un disturbo della condotta (F91.8) e il 2,86% ha un disturbo dell'umore (F30.x, F31.x, F32.x, F33.x, F34.x, F39).

Il 22,86% della totalità dei soggetti (N=105) manifesta tratti di stato e/o di personalità disfunzionali, ma non raggiunge i criteri sindromici per rilevare la presenza di una psicopatologia. Oltre a questo dato è importante osservare come l'11,43% dei soggetti presenta una comorbilità con altre patologie, in particolare disturbi di personalità (6,67%), disturbi del comportamento alimentare (2,86%) e tratti di stato o di personalità disfunzionali (1,90%).

È stata svolta un'ulteriore analisi dei dati diagnostici al fine di individuare caratteristiche cliniche utili all'indicazione al trattamento. Il 51,43% di tutti i soggetti ha una problematica afferente ai disturbi di personalità di tipo antisociale, borderline, istrionico e narcisistico (F60.2, F60.31, F60.4, F60.8) e, più in generale, riguardante il discontrollo emotivo e degli impulsi. Questo dato deve essere analizzato considerando la popolazione clinica in oggetto, che per il 38,1% è riconducibile all'area del penale minorile e quindi particolarmente rappresentativa di un elevato tasso di psicopatologie esternalizzanti (22).

3.3. Strumenti e misure

1. Scheda dei dati sociodemografici: i dati sociodemografici (età, genere, grado d'istruzione) sono stati raccolti all'inizio della fase di assessment clinico sia per quanto riguarda i partecipanti del Programma Innovativo sia per quanto concerne i soggetti dell'area del Penale Minorile destinatari di interventi di tutela della salute mentale.
2. CORE-OM (vedere paragrafo 2)

3.4. Trattamento

L'indicazione al trattamento si è focalizzata sulla sintomatologia caratterizzante l'individuo. I due terzi dei soggetti dello studio hanno intrapreso una psicoterapia, il 27,62% un percorso di consultazione psicologica e/o un monitoraggio della situazione clinica. La restante parte del campione ha svolto unicamente il percorso di *assessment*. Il percorso consultativo è riconducibile ai lavori di Aliprandi, Pelanda e Senise (23) e si è focalizzato su *life event* riportati dai pazienti come traumi, lutti e separazioni familiari. Per i pazienti del Penale Minorile, la consultazione si è realizzata nel potenziamento delle abilità metacognitive di autoriflessività, teoria della mente e *mastery* che sono notoriamente carenti nei soggetti con disturbo della personalità conclamato o anche tratti disfunzionali della personalità (25). La presa in carico psicoterapeutica è stata effettuata dall'equipe dell'UOCPC operante nel contesto ambulatoriale e del penale minorile. Rispetto all'indirizzo teorico dei terapeuti coinvolti nello studio si può affermare che, nell'area del penale minorile, vi è una prevalenza di 3/4 di psicologi-psicoterapeuti formati in senso cognitivo-comportamentale mentre il restante degli operatori è costituito in misura pari da terapeuti con formazione sistemico-relazionale e da terapeuti con formazione psicodinamica. Anche all'interno del programma innovativo i terapeuti ad indirizzo cognitivo-comportamentale sono presenti in misura leggermente superiore rispetto ai terapeuti con formazione psicodinamica o sistemico-relazionale.

Per i pazienti che hanno seguito un percorso consultativo, psicoterapico o di monitoraggio la cadenza delle sedute è stata settimanale nell'83,81% dei casi e bisettimanale per il restante 16,19%. La durata media dell'intervento psicologico e/o psicoterapeutico è stata di 8,51 mesi (DS = 7,45; Range 1-40 mesi).

4. METODI STATISTICI

Per la valutazione delle differenze nelle variabili socio-demografiche tra il gruppo Programma Innovativo e il gruppo Penale Minorile sono state utilizzate le statistiche: test T di Student per la valutazione delle differenze nell'età media, negli anni di scolarizzazione e per la differenza negli *outcomes* della terapia tra maschi e femmine; il test Chi Quadrato (χ^2) è stata utilizzato per valutare la differenza nelle frequenze rispetto al genere.

Per la valutazione dell'efficacia del trattamento si è utilizzato il test di Wilcoxon per campioni appaiati dipendenti. L'assenza di normalità delle distribuzioni dei punteggi delle scale del CORE-OM non ci ha permesso di utilizzare statistiche parametriche (la normalità univariata delle scale del CORE-OM è stata valutata con il test di Kolmogorov-Smirnov).

Per la valutazione della significatività del passaggio da punteggi superiori al *cut-off* del CORE-OM nel pre-trattamento a punteggi inferiori al *cut-off* post-trattamento si è utilizzato il test χ^2 .

Infine si è calcolato il Reliable Change Index (RCI) come consigliato da Jacobson e Truax (24), per valutare se il cambiamento nei punteggi al Global Score Index e nelle quattro sottoscale del CORE-OM possa essere considerato realmente attendibile.

Le analisi statistiche sono state effettuate usando il programma statistico per personal computer SPSS, versione 19.0.

5. RISULTATI

La *Tabella 1* mostra le statistiche descrittive relative alle variabili sociodemografiche del campione totale, del

campione afferente al Penale Minorile e del campione afferente al Programma Innovativo. Com'è possibile osservare non sono state trovate differenze statisticamente significative tra il gruppo Penale Minorile ed il gruppo Programma Innovativo nell'età media, mentre il genere maschile è maggiormente rappresentato nel gruppo Penale Minorile rispetto al gruppo Programma Innovativo. Questa maggiore rappresentanza del genere maschile è l'esito di un duplice processo di selezione operato al di fuori del contesto di ricerca: il trasferimento della sezione femminile dall'IPM di Milano a quello di Pontremoli nel 2010; una maggiore frequenza di uno stile di vita delinquenziale o anche di singole manifestazioni comportamentali antisociali negli uomini che nelle donne. Gli anni di scolarità e i titoli di studio sono maggiori nel gruppo Programma Innovativo. Infine il gruppo Penale Minorile presenta una maggiore percentuale di inoccupati, di lavoratori e di studenti/lavoratori rispetto al gruppo Programma Innovativo. Questi dati si possono spiegare con la considerazione che il drop-out scolastico, già avvenuto o "in fieri", è una caratteristica della quasi totalità delle storie di vita dei ragazzi sottoposti a procedimento penale, transitati in CPA e/o in IPM. D'altra parte, nel corso del procedimento penale, sia detentivo che in area penale esterna, gli operatori dell'area socio-educativa riattivano percorsi scolastici e professionali, coadiuvati dalla scuola e da operatori dell'ENAIIP.

Com'è possibile vedere nella *Tabella 2* i risultati del test di Wilcoxon per due campioni appaiati dipendenti effettuato sul totale dei 105 partecipanti allo studio hanno evidenziato un decremento dei punteggi nel Global Score Index e nelle scale Benessere, Funzionamento, Problemi/Sintomi e Rischio tra il tempo 1 e il tempo 2, ovvero dalla fase di prima somministrazione del test CORE-OM alla fase di seconda somministrazione avvenuta alla fine del trattamento psicologico. I risultati si ripetono per il sottocampione di soggetti afferenti all'area del penale minorile (*Tabella 3*) e per i soggetti del sottocampione

Tabella 1 - Variabili sociodemografiche – campione totale: statistiche descrittive

Variabili	CT (N = 105)	PI (N = 65)	PM (N = 40)	T	df	p
Età	18,73 (2,68)	18,78 (2,99)	18,65 (2,08)	0,271	103	n.s.
Range Età	14-24	14-24	14-24			
Anni di scolarità	9,6 (2,78)	10,5 (2,79)	8,2 (2,11)	4,416	103	< 0.001
<i>Genere</i>						
Femmine	63 (60%)	52 (80%)	11 (27,5%)	28,438	1	< 0.001
Maschi	42 (40%)	13 (20%)	29 (72,5%)			
<i>Scolarità</i>						
Licenza elementare	6 (5,7%)	0	6 (15%)			
Licenza media	64 (60,9%)	35 (53,8%)	29 (72,5%)			
Diploma di scuola superiore	33 (31,4%)	28 (43,1%)	5 (12,5%)			
Laurea	2 (1,9%)	2 (3,1%)	0			
Studente	60 (57,1%)	47 (72,3%)	13 (32,5%)			
<i>Occupazione</i>						
Lavoratore	8 (7,6%)	3 (4,6%)	5 (12,5%)			
Inoccupato	31 (29,5%)	10 (15,4%)	21 (52,5%)			
Servizio civile	1 (1%)	1 (1,5%)	0			
Studente lavoratore	5 (4,8%)	4 (6,2%)	1 (2,5%)			

Note: CT = Campione Totale; PI = Gruppo Programma Innovativo; PM = Gruppo Penale Minorile; T = Test t di student; df = Gradi di libertà; p = Probabilità

Statistiche: Media \pm DS per età e anni di scolarizzazione; frequenza e percentuale per genere, scolarità e occupazione. Test t di Student per la comparazione tra il gruppo afferente al Programma Innovativo e il gruppo afferente al Penale Minorile per l'età e gli anni di scolarizzazione; Test Chi Quadrato per le differenze tra il gruppo afferente al Programma Innovativo e il gruppo afferente al Penale Minorile per il genere.

di pazienti partecipanti al Programma Innovativo (Tabella 4). Anche in questi due sottocampioni, infatti, è possibile sottolineare una diminuzione statisticamente significativa dei punteggi al Global Score Index e nelle sottoscale Benessere, Funzionamento, Problemi/Sintomi e Rischio valutati tramite il test di Wilcoxon per due campioni appaiati dipendenti.

Rivolgendo ora l'attenzione alla percentuale di pazienti significativamente migliorati, nella valutazione pre-trattamento 62 utenti (N=105) superavano il *cut-off* clinico del CORE-OM mentre 43 si attestavano al di sotto

di tale *cut-off*. Dopo il trattamento il numero di soggetti che superavano il *cut-off* è passato da 62 a 25 e quello di soggetti che si attestavano al di sotto da 43 a 80. 37 pazienti hanno dunque beneficiato di un miglioramento significativo dopo il trattamento passando dal livello di interesse clinico a livello non clinico e tale differenza di frequenze risulta essere statisticamente significativa ($\chi^2 = 52,059$; $p < 0,0001$). La percentuale di miglioramento, sempre secondo le linee guida del modello Improved Access to Psychological Therapies (IAPT), si attesta al 60% (N = 63) su un totale di 105 soggetti del campione totale. Per quanto riguarda i soggetti afferenti all'area del

Tabella 2. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento

Variabili (N = 105)	M	DS	Z	p
Global Score Index tempo 1	1,492	0,063	-5,919	< .0001
Global Score Index tempo 2	1,104	0,053		
Benessere tempo 1	2,160	0,088	-5,443	< .0001
Benessere tempo 2	1,630	0,090		
Funzionamento tempo 1	1,660	0,067	-5,396	< .0001
Funzionamento tempo 2	1,263	0,058		
Sintomi tempo 1	1,744	0,085	-5,569	< .0001
Sintomi tempo 2	1,249	0,070		
Rischio tempo 1	1,653	0,074	-6,561	< .0001
Rischio tempo 2	1,142	0,062		

Indice: N = Numerosità campionaria; M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità/significatività della differenza pre-post.

Tabella 3. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento, soggetti penale minorile

Variabili (N = 40)	M	DS	Z	p
GSI tempo 1	1,270	0,604	-3,392°	< .001
GSI tempo 2	0,958	0,427		
Benessere tempo 1	1,780	0,838	-3,177°	< .001
Benessere tempo 2	1,370	0,882		
Funzionamento tempo 1	1,450	0,652	-2,287°	< .05
Funzionamento tempo 2	1,184	0,523		
Sintomi tempo 1	1,418	0,818	-2,684°	< .01
Sintomi tempo 2	1,070	0,654		
Rischio tempo 1	1,331	0,711	-3,638°	< .0001
Rischio tempo 2	0,989	0,574		

Indice: N = numerosità campionaria; M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità; GSI = Global Score Index.

penale minorile, 11 soggetti sono passati da punteggi al di sopra del *cut-off* del CORE-OM prima del trattamento a punteggi al di sotto del *cut-off* dopo il trattamento e tale differenza di frequenze risulta statisticamente significativa

($\chi^2 = 19,673$; $p < 0,0001$). La percentuale di guarigione seguendo il modello IAPT è del 65% del totale di 40 soggetti (N = 26). Infine per quanto concerne i soggetti afferenti al Programma Innovativo, 26 soggetti su un

Tabella 4. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento; soggetti Programma Innovativo

Variabili (N = 65)	M	DS	Z	p
GSI tempo 1	1,629	0,638	-4,852	< .0001
GSI tempo 2	1,194	0,585		
Benessere tempo 1	2,400	0,855	-4,389	< .0001
Benessere tempo 2	1,780	0,925		
Funzionamento tempo 1	1,800	0,671	-4,999	< .0001
Funzionamento tempo 2	1,312	0,630		
Sintomi tempo 1	1,945	0,844	-4,924	< .0001
Sintomi tempo 2	1,359	0,739		
Rischio tempo 1	1,851	0,722	-5,553	< .0001
Rischio tempo 2	1,236	0,658		

Indice: M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità; GSI = Global Score Index.

totale di 65 sono passati da punteggi al di sopra del *cut-off* del CORE-OM prima del trattamento a punteggi al di sotto del *cut-off* dopo il trattamento e tale passaggio è statisticamente significativo ($\chi^2 = 28,602$; $p < 0,0001$) con una percentuale di guarigione per il modello IAPT del 58% (N = 38). Tuttavia va sottolineato che il Reliable Change Index (RCI) per il Global Score Index e per le scale Benessere, Funzionamento, Sintomi/Problemi e Rischio del CORE-OM non ha superato il limite di 1,96 che decreta una maggiore probabilità di cambiamento reale (6). I punteggi RCI infatti sono rispettivamente di 1,3 per il Global Score Index, di 1,33 per la scala Benessere, di 1,29 per la scala funzionamento, di 1,23 per la scala Sintomi/Problemi e di 1,5 per la scala Rischio. Anche se tali risultati vanno presi con cautela per via delle variabili intervenienti che non è stato possibile controllare, possiamo affermare che l'intervento psicologico sembra abbia sortito effetti statisticamente significativi nel decrementare la gravità della sintomatologia, diminuendo altresì il rischio di psicopatologia e di ricaduta.

Infine abbiamo valutato, utilizzando il test T di Student per campioni indipendenti, se ci fossero delle differenze

tra il pre e il post trattamento nei maschi e nelle femmine. Com'è possibile evincere dalla *Tabella 5*, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra maschi e femmine in nessuna delle variabili del CORE-OM.

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

L'analisi dei dati pre-post ha evidenziato che l'intervento psicologico effettuato dall'équipe dell'UOCPC ha un'efficacia statisticamente significativa nella diminuzione della sintomatologia, del rischio di psicopatologia e di ricaduta. Tuttavia i risultati vanno letti anche alla luce dei limiti di questo studio pilota. Prima di tutto il fatto di non aver potuto utilizzare delle statistiche parametriche limita la portata dei risultati perché non si è potuto controllare l'eventuale effetto di variabili quali il genere, l'età e la durata del trattamento, covariandole nel modello. In secondo luogo, essendo uno studio sugli effetti del trattamento, sappiamo che il trattamento è stato efficace nel 60% dei casi, ma non avendo studiato variabili di processo, non possiamo risalire ai meccanismi sottostanti tale miglioramento. Per quanto riguarda, in particolare, l'area del Penale Minorile, l'anamnesi recente di molti pazienti

Tabella 5 - Differenza pre post intervento in base al genere.

Variabili	Femmine (N = 63)		Maschi (N = 42)		T	df	p
	M	DS	M	DS			
Δ GSI	-0,33	0,67	-0,48	0,53	-0,226	103	n.s.
Δ Benessere	-0,53	0,96	0,56	0,83	-0,165	103	n.s.
Δ Funzionamento	-0,40	0,73	-0,41	0,61	-0,067	103	n.s.
Δ Sintomi	-0,44	0,84	-0,58	0,81	-0,906	103	n.s.
Δ Rischio	-0,10	0,65	-0,26	0,59	-1,247	103	n.s.

Indice: Δ = differenza punteggi pre-post intervento; GSI = Global Score Index; t = test T di Student; df = gradi di libertà; p = probabilità; M = media; DS = Deviazione Standard.

che transitano dall'area penale esterna (MAP o misure alternative alla detenzione) a quella interna (esecuzione pena) evidenzia un miglior funzionamento degli stessi in IPM (impegno in attività professionalizzanti, costanza nell'attività sportiva, attribuzione di importanza alla relazione con gli operatori, rispetto delle regole) che all'esterno. Occorre capire se tale migliore funzionamento possa essere attribuibile alla capacità del contesto detentivo (dove per contesto si intende anche l'intero gruppo di lavoro che gestisce il giovane) di produrre il milieu terapeutico della "struttura", visto che i pazienti che hanno mostrato il funzionamento summenzionato sono stati destinatari sia "fuori" che "dentro" di interventi di tutela della salute mentale.

Un altro limite dello studio è quello di aver usato un'unica misura self-report. In linea di principio infatti tali strumenti sono vulnerabili a distorsioni: i pazienti possono esagerare il loro disagio nella fase di valutazione prima del trattamento o esagerare il loro miglioramento dopo il trattamento (6). Inoltre l'assenza di misure di follow-up non offre informazioni circa il mantenimento degli esiti migliorativi del trattamento. Infine, dato che gli indici RCI non superano il limite di 1,96 e si attestano in un range compreso tra 1,3 e 1,5, non si può essere certi che il cambiamento sia ascrivibile al processo terapeutico, ma formulare ipotesi interpretative riguardo

al cambiamento terapeutico. Pur tuttavia i risultati sembrano essere in linea con quelli ottenuti da altri autori che hanno valutato l'efficacia del trattamento di routine nel servizio sanitario nazionale con lo stesso strumento (6) (7) (8) evidenziando come il trattamento di routine sia efficace in una percentuale di pazienti che supera abbondantemente il 50%.

Concludendo, pur essendo uno studio pilota, questo esperimento di valutazione messo in atto dall'UOCPC nella fascia di età 14-24 anni va nella direzione delle linee guida internazionali sulla necessità di valutare gli esiti degli interventi psicologici di routine nei servizi sanitari nazionali. Come prospettiva futura si potrebbe valutare l'efficacia del trattamento utilizzando disegni di ricerca con trial randomizzati e gruppi di controllo in lista d'attesa. Sarebbero utili, altresì, adeguate misure di follow-up a 6 mesi e 1 anno di distanza dal termine del trattamento. Si potrebbero misurare gli effetti di altre variabili di processo, preventivando la misura con strumenti standardizzati di tali variabili ad intervalli regolari, valutando l'efficacia del trattamento e il perché di tale efficacia.

RINGRAZIAMENTI

Un caloroso ringraziamento viene indirizzato alla Dr.ssa Antonella Curatolo e a tutta l'equipe di psicologi-psicoterapeuti dell'UOCPC che ha collaborato attivamente alla raccolta dei dati per la presente ricerca: Eleonora Bianchi, Claudia Bonomo, Elena Catenacci, Susanna Costa, Stefania Cristinelli, Nunzia D'Aloja, Federico Ferrari, Cristina Pirola, Giovanna Pizzinato e Giulia Rizzato.

* Psicologo, Specializzando in "Psicologia del ciclo di vita",

UNIMIB.

** Psicologo, Dottore di Ricerca, Università degli Studi di Bari "A. Moro"

*** Psicologo Consulente UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano

**** Psicologo Dirigente UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano

***** Direttore UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano

Riferimento mail: deisabella.giorgio@sancarlo.mi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Parry G., Richardson A., *NHS psychotherapy services in England: Review of strategic policy*. Department of Health, London, 1996.
2. Roth A., Fonagy P., *What works for whom: A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. Guilford Press, New York, 2005.
3. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I., *The Benefits of Psychotherapy*. MD: John Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
4. Shapiro D.A., Shapiro D., *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement*. Psychological Bulletin, 1982; 92: 581-604.
5. Clark D.M., Fairburn C.G., Wessely S., *Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles et al.* (2007). Psychological Medicine, 2008, 38 (5), 629-634.
6. Stiles W.B., Leach C., Barkham M., Lucock M., Iveson S., Shapiro D.A., Iveson M., Hardy G., *Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions : practice-based evidence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003, 71, 14-21.
7. Clark D.M., Layard R., Smithies R., Richards D.A., Suckling R., Wright B., *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behaviour Research and Therapy, 2009, 47(11): 910-920.
8. Layard R., Clark D., Knapp M., Mayraz G., *Cost-benefit analysis of psychological therapy*. National Institute Economic Review, 2007, 202(1), 90-98.
9. Derogatis L.R., *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1983.
10. Barkham M., Evans C., Margison F., McGrath G., *The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research*. Journal of Mental Health, 1998, 7 (1), 35.
11. Evans C., Mellor-Clark J., Margison F., Barkham M., Audin K., Connell J., McGrath G., *CORE: Clinical outcomes in routine evaluation*. Journal of Mental Health, 2000, 9(3), 247-255.

12. Michielin P., Vidotto G., Altoè G., Colombari M., Sartori L., Bertolotti G., Sanavio E., Zotti A.M., *Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2008, 30(1), 98-104.
13. Barkham M., Margison F., Leach C., Lucock M., Mellor-Clark J., Evans C., Benson L., Connel J., Audin K., McGrath G., *Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001, 69, 184-196.
14. Evans C., Connell J., Barkham M., Marshall C., Mellor-Clark J., *Practice-based evidence: benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2003, 10(6): 374-388.
15. Twigg E., Barkham M., Bewick B.M., Mulhern B., Connell J., Cooper M., *The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people*. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2009, 9(3), 160-168.
16. Barkham M., Culverwell A., Spindler K., Twigg E., *The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility*. *Aging & Mental Health*, 2005, 9(3), 235-245.
17. Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M., *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2009, 16(5), 444-449.
18. Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K., *Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM*. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 180(1), 51-60.
19. Cavanagh K., Shapiro D.A., Berg S., Swain S., Barkham M., Proudfoot J., *The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care*. *British Journal of Clinical Psychology*, 2006, 45(4), 499-514.
20. Paley G., Cahill J., Barkham M., Shapiro D., Jones J., Patrick S., Reid E., *The effectiveness of psychodynamic-interpersonal therapy (PIT) in routine clinical practice: A benchmarking comparison*. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 2008, 81(2), 157-175.
21. World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva, 1993.
22. Krueger R.F., Hicks B.M., Patrick C.J., Carlson S.R., Iacono W.G., McGue M., *Etiologic connections among substance dependence, antisocial behaviour, and personality: Modeling the externalizing spectrum*. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, 111: 411-424.
23. Aliprandi M., Pelanda E., Senise T., *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*. Feltrinelli, Milano, 1990.
24. Jacobson N.S., Truax P., *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1991, 59(1), 12.
25. Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Procacci M., Nicolò G., *Toward a model of self pathology underlying personality disorders: narratives, metarepresentation, interpersonal cycles and decision-making processes*. *Journal of Personality Disorders*, 2006, 20, 597-617.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.
Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi