

Laurea triennale in Scienze Statistiche Popolazione e Società
Bachelor degree in Statistics Population and Society

**TRADUZIONE FIAMMINGA DELLA MINI PAS-ADD:
AFFIDABILITA' E VALIDITA'**

Flemish Translation of the MINI PAS-ADD: Reliability and Validity

Laureanda: Francesca Russo
Matricola 555938

Relatore: Prof. Lorenzo Bernardi

Anno Scolastico: 2008 - 2009

INDICE

1 Introduzione.....	3
1.1 Problema.....	4
1.2 Studi precedenti.....	5
1.3 MINI PAS-ADD.....	6
1.4 Scopo dello studio.....	7
1.5. Dati	8
1.6. Metodo di rilevazione.....	8
1.7. Note iniziali sui dati	9
1.8. Sviluppo dello studio	9
2. Statistiche Descrittive: Caratteristiche iniziali.....	10
2.1. Genere, Età, Eventi della Vita.....	10
2.2. Questionario Iniziale.....	12
2.2.1. Quoziente Intellettivo.....	12
2.2.2. Livello di Disfunzione.....	13
2.2.3. Quoziente Intellettivo e Livello di Disfunzione.....	14
2.2.4. Diagnosi Specifiche.....	16
2.2.5. Tipo di Medicamento.....	17
2.2.6. Tipo di Residenza.....	18
2.2.7. Tipo di Attività Giornaliera.....	20
2.2.8 Tipo di Sostegno.....	21
2.2.9 Caratteristiche specifiche del gruppo in cui vive.....	22
3. Affidabilità.....	23
3.1. Struttura della MINI PAS-ADD.....	24
3.2. Analisi Fattoriale.....	26
3.3. Stratificazione per i Diversi Gruppi.....	32
3.3.1. Statistiche Descrittive.....	32
3.3.2. Coerenza Interna.....	34
3.3.3. Concordanza fra gli Osservatori.....	38
3.4. Stratificazione per Livello di Disfunzione.....	49
3.4.1. Statistiche Descrittive.....	49
3.4.2. Coerenza Interna.....	51

3.4.3. Concordanza tra gli osservatori.....	52
4. Validità.....	58
4.1 REISS.....	59
4.1.1. Struttura del REISS	59
4.1.2. Statistiche Descrittive	61
4.1.3. Relazione della MINI PAS-ADD con il REISS.....	62
4.2.Diagnosi.....	65
4.2.1 Statistiche Descrittive	65
4.2.2 Confronto con le Diagnosi.....	71
4.2.3. Soglie della MINI PAS-ADD.....	74
4.2.4. AXIS	79
5. Conclusioni.....	84
Bibliografia.....	87

1. INTRODUZIONE

1.1 Problema

Le persone con disabilità intellettuale hanno spesso anche problemi psicologici/psichiatrici.

E' importante conoscere i sintomi dei problemi mentali per individuare il tipo di disturbo. Il riconoscimento è particolarmente difficile a causa di limiti linguistici che spesso rendono difficile da parte del soggetto la descrizione del male. Inoltre persone con ritardo mentale hanno manifestazioni atipiche dei disturbi psichiatrici. La loro disabilità mentale influenza il modo in cui loro esprimono le emozioni. Sentimenti di agitazione, paura, dolore,... sono spesso espressi in un modo molto differente da quello tradizionale. I problemi ed i disturbi si presentano anche in modo diverso. Il comportamento che è considerato come difficile, o sintomi fisici che si manifestano, sono interpretati, non correttamente, come parte della loro disabilità mentale.

Inoltre le persone che notano subito i sintomi di un disordine psichiatrico in persone con problemi mentali spesso mancano di conoscenza o esperienza in questo campo. Il disordine è, così, spesso percepito tardi da coloro che possono curarlo.

Attualmente non c'è uno strumento ufficiale delle Fiandre, affidabile, per esaminare il comportamento e il disordine psichiatrico in persone con disabilità mentali.

1.2 Studi precedenti alla MINI PAS-ADD.

Negli anni c'è stata carenza di misure psicometriche di psicopatologie in persone con ritardo mentale. E' difficile capire e diagnosticare persone con ritardo nell'apprendimento poiché esse hanno problemi ad esprimere le loro emozioni verbalmente.

Moss, nel 1993, modificò la Scheda di Valutazione Psichiatrica (Psychiatric Assessment Schedule, PAS; Dean et al,1983 ; Gask, 1988). Questa era un'intervista clinica semi-strutturata da somministrare a intervistati con disordini nell'apprendimento. La nuova intervista clinica (PAS-ADD) ha alcune importanti caratteristiche:

- Una struttura a tre livelli per fornire un'intervista flessibile adeguata al livello intellettuale del paziente, cioè un buon sistema per evitare di avere interviste interrotte.
Il primo livello è una lista di domande designate per mettere il paziente a suo agio. Il secondo ha lo scopo di costituire il minimo set di domande utili per identificare i possibili casi. L'ultimo livello è il set di domande completo.
- Un'intervista parallela del paziente e dell'informatore.
L'uso di un memorabile "evento ancora" nella vita del paziente per aumentare il focus temporale.
- Riorganizzazione e miglioramento della disposizione delle domande.
- L'uso di parole semplificate.

Recentemente è stato fatto il più corto questionario PAS-ADD checklist (Moss et al,1998). Esso è composto da 29 domande relative a sintomi di disordini psichiatrici, divisi in cinque scale (A - E). Disordine affettivo/neurologico, possibile disordine organico e disordine psicotico sono i tre risultati che le scale combinate producono. Ulteriori analisi hanno rivelato che c'è un fattore principale che caratterizza le domande riferite all'umore.

1.3 MINI PAS-ADD

La Mini Scheda di Valutazione Psichiatrica per Adulti con Sviluppata Disabilità (Mini Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities ; H. Prosser, 1998) è un questionario di 66 domande diviso in sette scale.

La MINI PAS-ADD è diversa dalla PAS-ADD intervista clinica semi-strutturata per due ragioni:

- Essa non è un'intervista. Quindi la sua gestione non è limitata a psicologi e psichiatri specifici. Un individuo o un gruppo di persone si riuniscono per raccogliere le informazioni riguardanti i sintomi specifici di ogni disordine senza bisogno di intervistare nessuno.
- In secondo luogo la MINI PAS-ADD ha lo scopo di identificare il singolo caso non di valutare le diagnosi della Classificazione Internazionale dei Disordini. (International Classification of Diseases,IC-10)

La MINI PAS-ADD non è uno strumento diagnostico, ma vuole migliorare la sensibilità riguardo disordini psichiatrici clinicamente significativi in coloro, non psichiatri, che si prendono cura delle persone con ritardo mentale. E' il collegamento tra la competenza degli psichiatri e degli psicologi riguardo la salute mentale, e la dettagliata conoscenza di ogni singolo paziente posseduta dallo staff di supporto. In questo modo non-psichiatri possono prendere decisioni informate riguardo i pazienti.

E' uno screening per disturbi comportamentali e psichiatrici nelle persone con disabilità intellettuali. Questa lista valuta la presenza di un numero di AXIS disordini descritti nel IC-10 nelle persone con ritardo mentale. Essi sono: depressione, ansietà, ipomania/mania, disordine ossessivo compulsivo, psicosi, autismo e un disordine non specifico. L'algoritmo solitamente divide ogni criterio in un numero di sintomi individuali. Poi un procedimento complesso determina, sulle basi dei punteggi alle singole domande, la soddisfazione di un criterio.

Ogni scala non ha lo stesso numero di sintomi. L'algoritmo del punteggio mostra che alcuni sintomi sono clinicamente più significativi di altri. Qualche volta un gran numero di sintomi può non essere significativo mentre altre volte pochi sintomi possono essere molto significativi. Quasi tutte le scale comprendono alcune sub-scale.

La MINI PAS-ADD è scritta con un linguaggio comune. Ogni malattia è ben descritta con un differenti domande riferite ai sintomi. C'è una scala con sei punti che indica con quale grado i sintomi compaiono nello screening. Gli eventi occorsi nella vita del paziente sono anche inclusi nello strumento.

1.4 *Scopo dello studio*

L'obiettivo dello studio è di analizzare la validità e l'affidabilità della versione in lingua olandese della MINI PAS-ADD per le Fiandre e per l'Olanda. Si vuole, quindi, valutare le proprietà psicometriche e l'utilità dello strumento nella rilevazione di bisogni di salute mentale in persone con deficienza mentale. Le misure di affidabilità includono la concordanza tra i due osservatori e la coerenza interna. La validità è stata determinata comparando i punteggi della MINI PAS-ADD con le diagnosi che erano state fatte precedentemente da psichiatri e comparando i valori della MINI PAS-ADD con i punteggi del REISS nel gruppo clinico. Se la MINI PAS-ADD fosse valida e affidabile sarebbe più semplice identificare un numero di disordini in persone con ritardo mentale.

1.5 *Dati*

Ogni individuo è identificato con una lettera e con un numero. Questo codice permette di capire l'origine dei dati. La lettera si riferisce all'istituto di appartenenza mentre il numero alla persona.

Per interpretare i dati in modo corretto è necessario avere alcune informazioni supplementari sull'individuo, quelle date dal background questionario: età, genere, diagnosi, quoziente intellettivo, livello di funzionamento, tipo di residenza, tipo di diagnosi, tipo di medicinali assunti, tipo di supporto, attività durante il giorno e caratteristica specifica del gruppo in cui vive.

Le analisi sono fatte con due differenti tipi di persone: quelle con disabilità intellettive e con disturbi psichiatrici e quelle con ritardo mentale ma senza alcun disturbo psichiatrico. Le persone non sono divise in gruppi secondo la loro situazione. Sarà così possibile verificare che la traduzione olandese è un indicatore adeguato di questi disturbi. Il campione è diviso in due gruppi: il gruppo clinico e il gruppo dell'agenzia delle fiandre.

Le persone del primo gruppo sono residenti in una speciale unità di osservazione all'interno di un ospedale psichiatrico (Residenti). Ci sono anche alcuni individui in cura in un centro di salute mentale (Ambulanti). Non tutti i pazienti hanno disturbi psichiatrici. E' compito della MINI PAS-ADD rilevare chi di loro ha al meno un disturbo.

Nel gruppo dell'agenzia delle Fiandre ci sono persone che si trovano in comunità. Sono tutti individui che possono avere un ritardo mentale, ma non tutti con problemi psicologici.

Il campione è stato scelto in modo casuale. Questo perché, per calcolare l'affidabilità correttamente, non ci devono essere basi logiche nella selezione. E' importante evitare che la MINI PAS-ADD sia condotta solo se il paziente è sospettato di avere un disturbo psichiatrico.

1.6 Metodo di Rilevazione

La MINI PAS-ADD è stata tradotta in olandese e implementata con servizi offerti nelle Fiandre. E' stato fatto un corso intensivo dall'autore originale della MINI PAS-ADD. In seguito lo strumento è stato somministrato da membri dello staff durante interviste fatte a persone che si occupano della cura del paziente. La MINI PAS-ADD è stata completata in modo indipendente, sulla stessa persona, da due soggetti preposti all'assistenza dell'individuo osservato. Ciò è stato fatto per 377 persone con ritardo mentale selezionate in modo casuale in 37 comunità. Mentre la MINI PAS-ADD, come anche il REISS, sono stati completati da un unico membro dello staff per gli individui che fanno parte del gruppo dei Residenti.

1.7 Note iniziali sui dati

L'analisi è stata fatta utilizzando il package SAS. I dati si trovavano in file excel differenti in base al gruppo d'appartenenza (*Flemish Agency group, Clinical group_residential, Clinical group_ambulant*). Il primo problema è stato unire i differenti data-set. Durante questo processo ci sono state alcune differenze che mi hanno portato ad effettuare alcuni cambiamenti ai data-set originali.

I nomi delle variabili della MINI PAS-ADD sono state modificate perché sembrava esserci un errore. Le differenti sotto-quesiti della domanda numero 30 erano prive di un nome o erano chiamate come P31-P38.

Inoltre il valore 'TRUE' è stato considerato come indicante un *missing value*.

Più tardi mi è stato dato un altro file excel, chiamato *Total group*. Inizialmente c'è stato un problema nella comprensione del tipo di dati inclusi nel data-set. Infine è stato definito come l'unione di tutti gli altri data-set. Quindi non è stato utilizzato poiché altrimenti si sarebbero perse le informazioni relative all'origine del dato.

Osservando i dati ho notato che c'era un paziente (1 2) al quale sono stati diagnosticati tutti e otto i disordini (come tutti le cure mediche). E' uno strano caso,ma sembra essere corretto.

1.8 Sviluppo dello studio

L'analisi è divisa in tre parti:

- Nella prima ci sono alcune statistiche descrittive relative alle informazioni iniziali del paziente (Genere, Età, Eventi che sono occorsi nell'arco della vita, Questionario iniziale).
- Poi sono presentate le tabelle relative all'affidabilità, per gruppo e livello di disfunzione, valutata come:
 - i.* la coerenza interna dello strumento di misurazione (MINI PAS-ADD);
 - ii.* la concordanza tra le persone che hanno completato lo strumento per uno stesso paziente;
 - iii.* analisi fattoriale.
- Nella terza parte è analizzata la validità della MINI PAS-ADD attraverso:
 - i.* lo schermo REISS per i comportamenti disadattivi;
 - ii.* le Diagnosi.

2. STATISTICHE DESCRITTIVE: Caratteristiche iniziali

2.1. *Genere, Età, Eventi della Vita*

Il campione è composto da 476 individui, 377 nel gruppo dell'Agenzia delle Fiandre, 90 nel gruppo clinico dei residenti e 9 nel gruppo clinico degli ambulantanti. Quest'ultimo gruppo ha pochi pazienti così ognuno di essi ha un peso maggiore nella media delle variabili del background.

La popolazione studiata è composta per la maggior parte da maschi. La percentuale è più alta nel gruppo di controllo (60%) e nel gruppo clinico degli ambulantanti (67%).

L'età media della popolazione è di 40 anni. Sia per il gruppo dei residenti che per quello degli ambulantanti essa è di 36 anni, mentre è inferiore nel gruppo dei residenti (56%).

Nella stessa tabella sono stati analizzati gli eventi che possono essere occorsi nella vita di un individuo e che si pensa possano aver portato ad una malattia psicologica. Le variabili identificative di questi eventi richieste nel questionario sul background sono: 'La morte di una persona della famiglia', 'La perdita o il furto di qualcosa di valore', 'Un serio problema e/o la morte e/o la malattia di una persona vicina', 'La fine di una relazione', 'Problemi con la polizia', 'Disoccupazione', 'Separazione/Divorzio', 'Una seria malattia/ferita', 'Un serio problema finanziario', 'Pensione', 'Problemi con l'alcool', 'Problemi sessuali', 'Licenziamento', 'Problemi di droga', 'Trasferimento di casa', 'Altri problemi che possono aver causato angoscia/preoccupazione' e 'Nessuno degli eventi indicati sopra'.

Nel secondo e nel terzo gruppo le persone osservate hanno avuto più problemi con persone vicine (rispettivamente il 47% e il 44%) durante la loro vita. Mentre nel primo gruppo un numero maggiore di individui ha avuto la morte di una persona vicina (22%) o non ha ancora affrontato nessuno di questi eventi (24%).

Coloro che sono nel gruppo clinico degli ambulantanti sembra siano incorsi in molti altri avvenimenti che possono aver portato preoccupazione nell'arco della loro vita (44%). E' da ricordare, però, che essi sono solo in 9 e che la percentuale è influenzata dal numero degli individui considerati. Gli ambulantanti hanno una percentuale maggiore su tutte le variabili

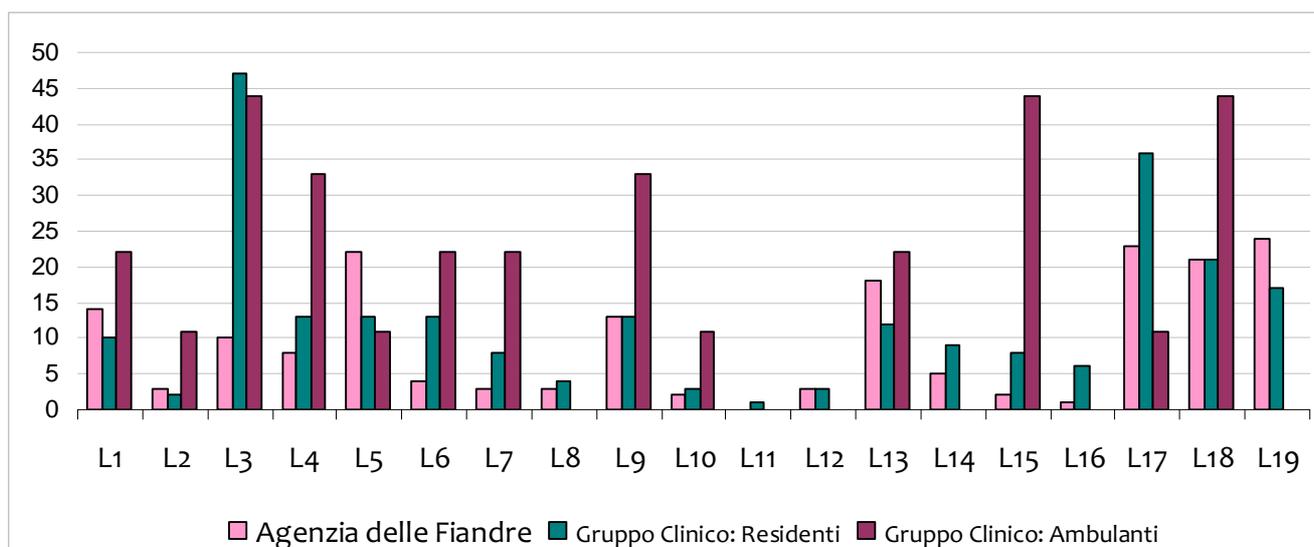
degli ‘Eventi della vita’ a eccezione di un paio (‘Problemi con i vicini’ e ‘Trasferimento di casa’) dove il gruppo dei residenti, invece, ha la più alta percentuale (rispettivamente 47% e 36%).

Ci sono alcune situazioni (‘Separazione’, ‘Pensione’, ‘Problemi con l’alcool’, ‘Problemi Sessuali’, ‘Problemi di droga’) in cui nessuno dei 9 individui del terzo gruppo ha avuto ancora una qualche esperienza. Comunque, anche negli altri due gruppi, sono molto poche le persone che vi sono incorse, infatti si riscontrano le più basse proporzioni.

Tab. : 1. Percentuale della presenza degli eventi caratteristici e età media nei vari gruppi.

VARIABILE	Gruppo dell’Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Genere (maschi)	60	56	67
Età (in anni)	42	36	36
Eventi della Vita			
L1: Morte in Famiglia	14	10	22
L2: Perdita o Furto	3	2	11
L3: Problemi con I vicini	10	47	44
L4: Fine di una Relazione	8	13	33
L5: Morte persona vicina	22	13	11
L6: Polizia	4	13	22
L7: Disoccupazione	3	8	22
L8: Separazione	3	4	-
L9: Problemi di Salute	13	13	33
L10: Problemi Finanziari	2	3	11
L11: Pensione	0	1	-
L12: Alcol	3	3	-
L13: Salute persona vicina	18	12	22
L14: Problemi Sessuali	5	9	-
L15: Licenziamento	2	8	44
L16: Droga	1	6	-
L17: Trasferimento di casa	23	36	11
L18: Altri Eventi	21	21	44
L19: Nessuno	24	17	-

Fig. : 1. Eventi della vita per gruppo d'appartenenza.



2.2 Questionario iniziale

Alcune informazioni sul individuo sono ottenute tramite un questionario iniziale. Esso non è la MINI PAS-ADD. Infatti non sono presenti informazioni sui sintomi, ma bensì sul livello di ritardo mentale, sulle medicine assunte, sulla struttura e, se presente, sulla diagnosi.

Di seguito sono riportate le statistiche descrittive per le varie variabili del questionario divise per gruppo d'appartenenza.

2.2.1 Quoziente Intellettivo

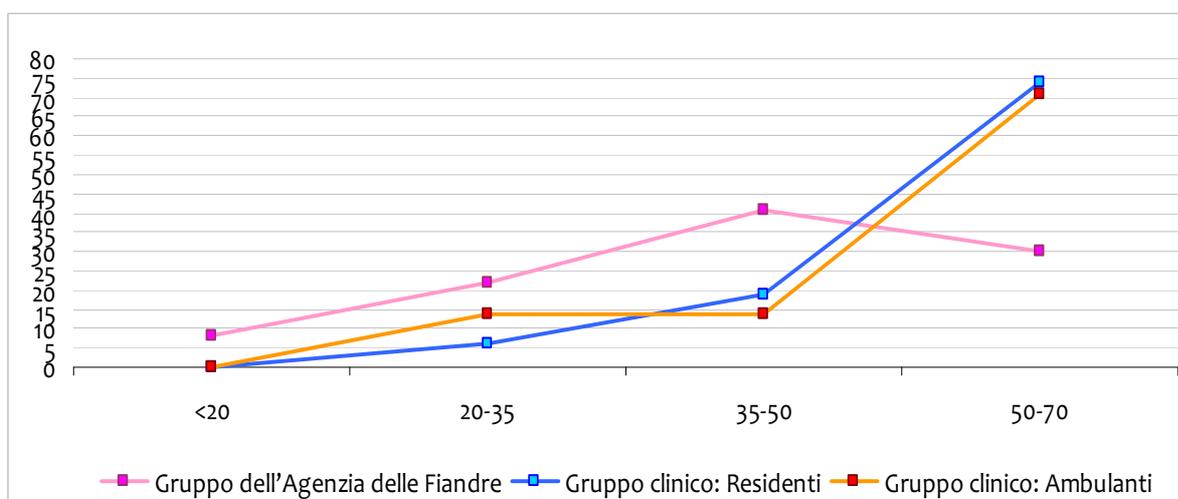
Gli individui dell'Agenzia delle Fiandre sono i meno intelligenti. Infatti in questo gruppo c'è sia il maggior numero di persone con un punteggio inferiore ai 20 punti al test (8%) sia il minor numero di persone che hanno ottenuto un punteggio maggiore di 50-70 punti (30%).

Nel gruppo clinico, invece, ci sono i più intelligenti; in particolare in quello dei residenti. Infatti quasi i tre quarti di loro ha ottenuto 50-70 al test del IQ (74% dei residenti e 71% degli ambulati). Nessuno di loro ha ottenuto meno di 20-30 punti.

Tab. : 2. Percentuale del punteggio al test del Quoziente Intellettivo per gruppo.

IQ	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo clinico: Residenti (N=90)	Gruppo clinico: Ambulanti (N=9)
<20	8	-	-
20-35	22	6	14
35-50	41	19	14
50-70	30	74	71

Fig. : 2. Punteggio al test del Quoziente Intellettivo per gruppo.



2.2.2 Livello di Disfunzione

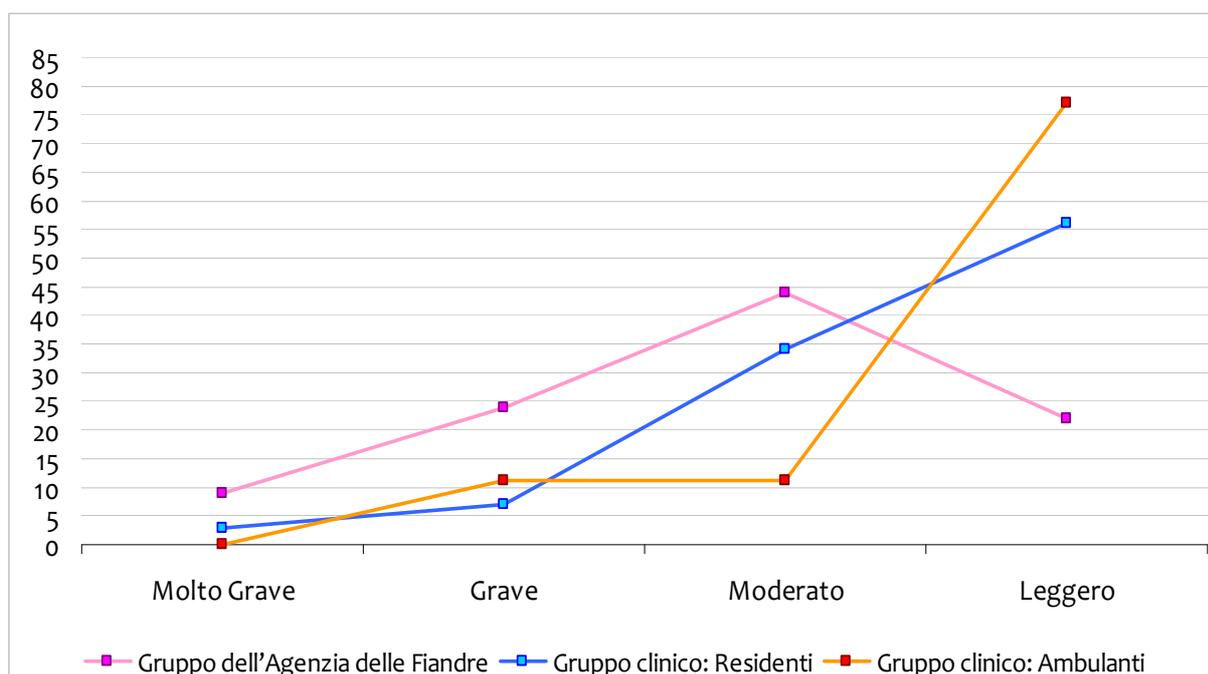
Il livello di disfunzione è minore (“Leggero”) per le persone appartenenti al Gruppo Clinico, in particolare per gli Ambulanti (77%) mentre gli individui del Gruppo dell’Agenzia delle Fiandre hanno, per la maggior parte, una disfunzione moderata (44%).

Le persone con più gravi problemi di funzionamento si trovano anch’esse in quest’ultimo gruppo.

Tab : 3. Percentuale del Livello di Disfunzione per gruppo.

LIVELLO DI DISFUNZIONE	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Molto Grave	9	3	-
Grave	24	7	11
Moderato	44	34	11
Leggero	22	56	77

Figure 3. Livello di Disfunzione per gruppo.



2.2.3 Quoziente Intellettivo e Livello di Disfunzione.

Osservando le tabelle precedenti sembrerebbe esserci una relazione tra il Quoziente Intellettivo e il Livello di Disfunzione. Infatti le persone più intelligenti hanno anche un leggero livello di disfunzione mentre quelle con un basso punteggio di IQ hanno maggiori problemi di funzionamento. Quindi è stata fatta una tabella incrociata e il test del Chi-quadrato per verificare l'associazione.

C'è un'associazione tra le due variabili (Chi-quadrato del Gruppo Totale è $<,0001$).

La relazione è molto significativa per tutti i gruppi. Essa è più forte per il Gruppo Clinico degli Ambulanti (il Chi-square è $<,0001$) infatti tutte (100%) le persone di questo gruppo

che hanno un “Grave” problema di disfunzione hanno ottenuto 20-30 nel test dell’IQ, mentre (100%) le persone che hanno un “Moderato” livello di disfunzione hanno 35-50 punti nell’IQ. Infine tutti coloro che hanno avuto un punteggio alto al test sull’intelligenza risultano avere una ”Leggera” disfunzione.

Nel gruppo Clinico non c’è nessuno con un punteggio minore di 20 di Quoziente Intellettivo.

Il Gruppo dell’Agenzia delle Fiandre ha la correlazione minore tra le due variabili anche se è comunque maggiore del 99%.

Tab. : 4. Livello di Disfunzione e punteggio al test del Quoziente Intellettivo per il Gruppo Totale e per il Gruppo Clinico e Non-Clinico.

GRUPPO	<20	20-35	35-50	50-70
Gruppo Totale				
Molto Grave	90	3	3	3
Grave	0	86	14	0
Moderato	0	1	80	19
Leggero	0	0	0	100
Agenzia Fiandre Gr.				
Molto Grave	93	3	3	0
Grave	0	21	3	0
Moderato	0	1	84	14
Leggero	0	0	0	100
C.G.:Residenti				
Molto Grave	-	0	0	100
Grave	-	83	17	0
Moderato	-	0	52	48
Leggero	-	0	0	100
C.G.:Ambulanti				
Molto Grave	-	-	-	-
Grave	0	100	0	0
Moderato	0	0	100	0
Leggero	0	0	0	100

Tab. : 5. Grado di Associazione tra Quoziente Intellettivo e Livello di Disfunzione per gruppo.

CHI-QUADRATO	DF	Valore	Probabilità
Gruppo Totale	9	994,8072	<,0001
Agenzia delle Fiandre	9	821,64	0,0073
Residenti	6	94,55	<,0001
Ambulanti	4	14,00	<,0001

2.2.4 Diagnosi specifiche

Nel questionario iniziale viene richiesta la diagnosi per malattie psichiatriche del paziente (Depressione, Ansietà, Ipomania, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Psicosi, Autismo, Disturbo della Personalità, Demenza). Essa è utile per confrontare la diagnosi della MINI PAS-ADD con quella data dagli specialisti. Nessuno degli Ambulanti ha una malattia psichiatrica ; è possibile che non sia ancora stata fatta oppure che nessuno di loro abbia queste malattie.

La diagnosi più frequente nell'Agenzia delle Fiandre è l'autismo (14%) ; nonostante ci sia un'alta frequenza di persone con questa prognosi (17%), si rileva, tra i residenti, che è però il disturbo della personalità quello che ha una frequenza maggiore (22%).

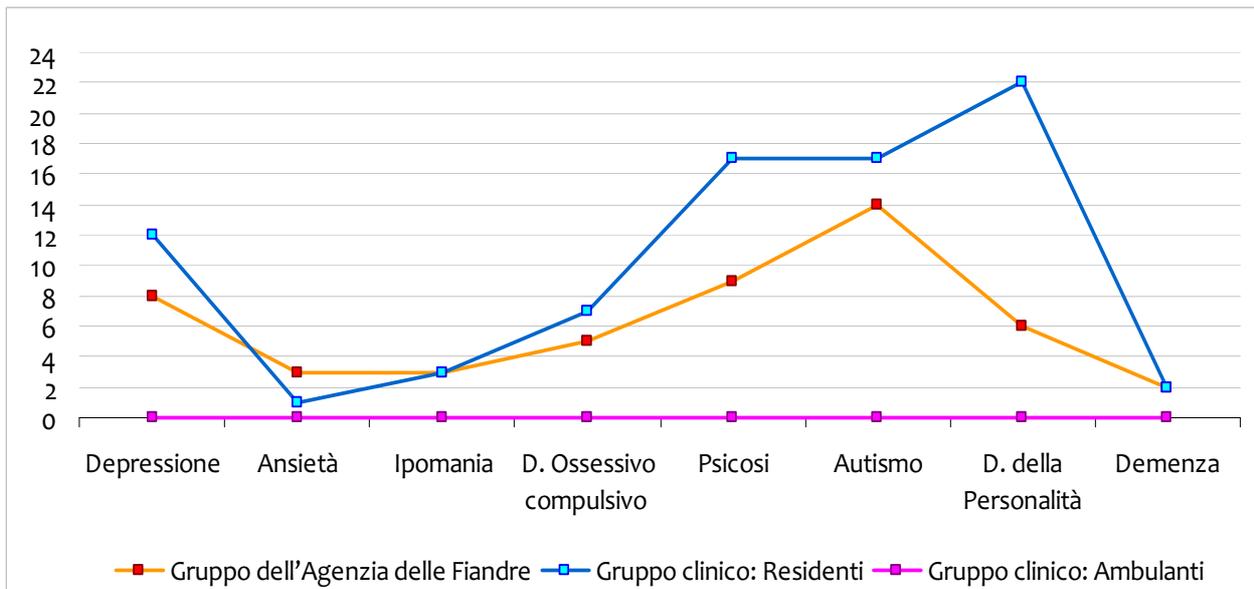
Le diagnosi hanno una distribuzione simile nei due gruppi. Infatti le due rette spezzate del grafico hanno un andamento simile a eccezione delle prognosi di psicosi e del disturbo della personalità dove, in percentuale, sono state date molte più diagnosi tra i residenti (17% e 22% tra i Residenti contro 9% e 6% nell'Agenzia delle Fiandre).

La demenza nel primo e l'ansietà nel secondo gruppo sono i disturbi che hanno percentuale minore.

Tab. : 6 . Percentuale di ciascuna tipologia di Diagnosi specifica, per gruppo.

DIAGNOSI	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Depressione	8	12	-
Ansietà	3	1	-
Ipomania	3	3	-
D. Ossessivo compulsivo	5	7	-
Psicosi	9	17	-
Autismo	14	17	-
D. della Personalità	6	22	-
Demenza	2	2	-

Fig. : 4. Diagnosi specifica per gruppo.



2.2.5 Tipo di Medicamento

Il Neurolettico è il medicinale che è prescritto con frequenza maggiore in tutti i gruppi, in particolare si noti che, tra i Residenti , il 91% degli individui ne fa uso; sembrerebbe che questo sia il modo più efficace per curare qualsiasi tipo di disordine.

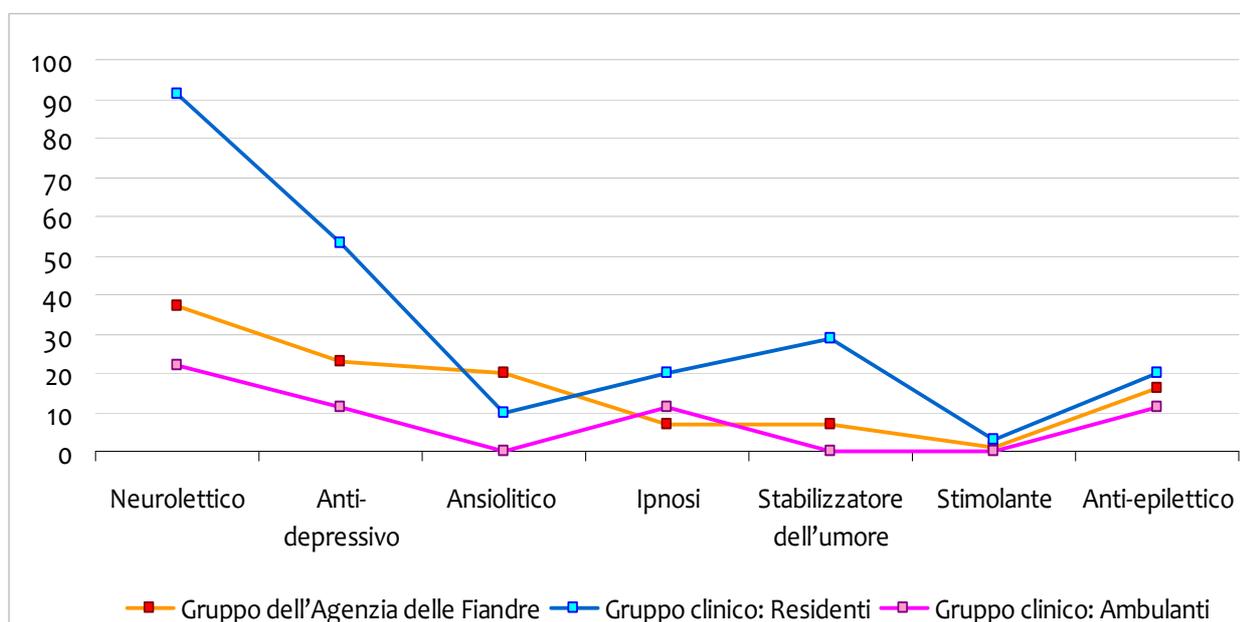
Inoltre più della metà dei Residenti sono curati con l'Anti-Depressivo nonostante solo al 12% delle persone sia stata diagnosticata la depressione. Esso è il medicinale preso con frequenza maggiore dopo il Neurolettico.

Invece lo stimolante è il farmaco che è meno prescritto (1% Agenzia delle Fiandre e 3% Residenti). Tra gli Ambulanti metà delle tipologie di cura non sono presenti. E' da ricordare che essi sono solamente in nove.

Tab. : 7. Percentuale del Tipo di Medicamento, per gruppo.

MEDICAMENTO	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Neurolettico	37	91	22
Anti-depressivo	23	53	11
Ansiolitico	20	10	-
Ipnosi	7	20	11
Stabilizzatore dell'umore	7	29	-
Stimolante	1	3	-
Anti-epilettico	16	20	11

Fig. 5. Tipo di Medicamento per gruppo.



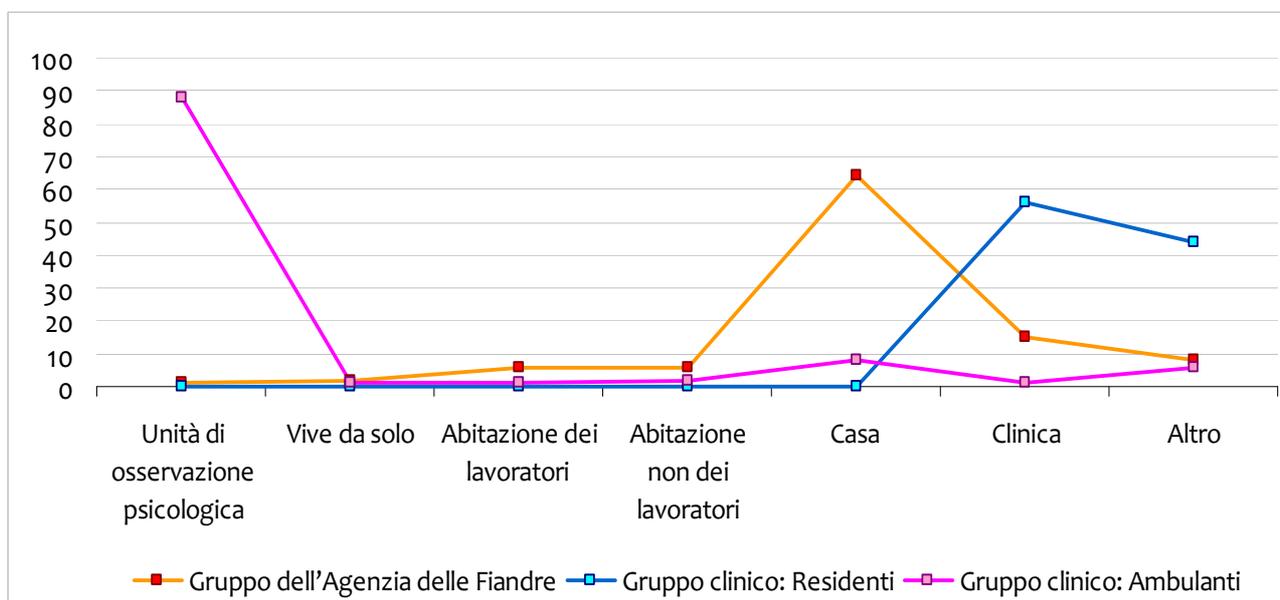
2.2.6 Tipo di Residenza

Le tre classificazioni sono state fatte in base all'origine dei dati. Non stupisce quindi che il 56% dei Residenti risieda in una clinica, che l'88% degli Ambulanti risieda in un unità psicologica e il 64% degli appartenenti all'Agenzia delle Fiandre risieda in casa con i genitori o in affidamento.

Tab. : 8. Percentuale del Tipo di Residenza per gruppo.

RESIDENZA	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Unità di osservazione psicologica	1	0	88
Vive da solo	2	0	1
Abitazione dei lavoratori	6	0	1
Abitazione non dei lavoratori	6	0	2
Casa	64	0	8
Clinica	15	56	1
Altro	8	44	6

Fig. : 6. Tipo di Residenza per gruppo.



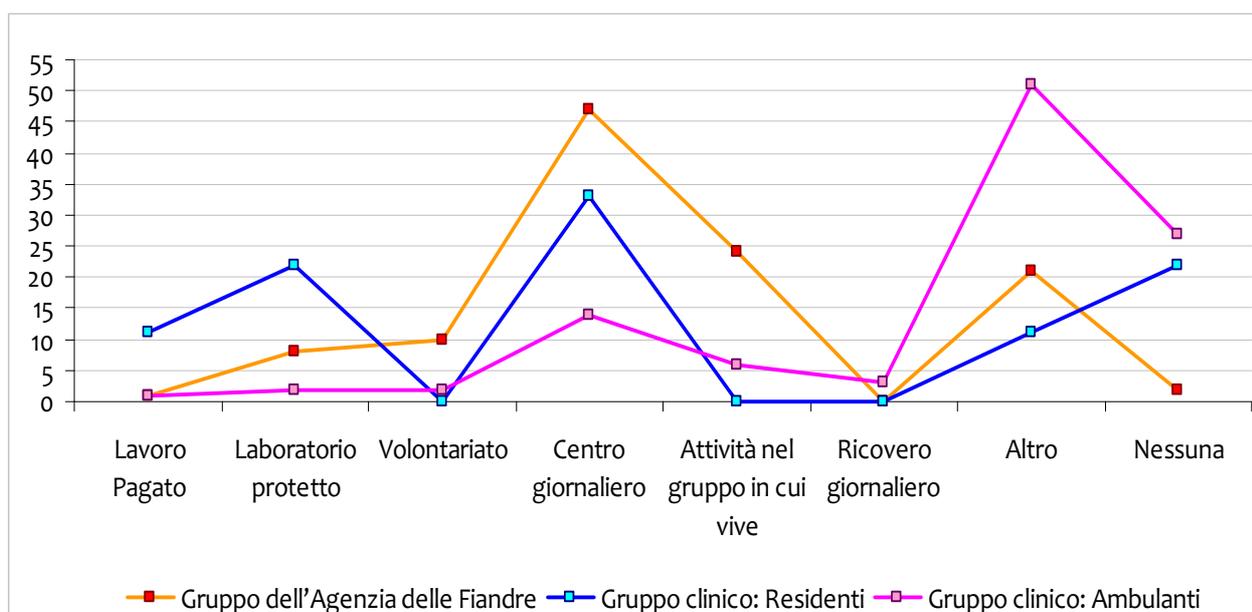
2.2.7 Tipo di Attività Giornaliera

L'attività svolta durante il giorno dalle persone dell'Agenzia delle Fiandre e dai Residenti è in un centro giornaliero-comunità (rispettivamente il 47% e il 33%). Mentre gli ambulantisti si occupano, durante il giorno, prevalentemente di attività non indicate nel questionario. Coloro che non sono residenti in clinica hanno nuovamente due spezzate con un andamento simile, nonostante le percentuali del primo gruppo siano maggiori e il picco sia diverso.

Tab. : 9. Percentuale del Tipo di Attività Giornaliera per gruppo.

ATTIVITA' GIORNALIERA	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Lavoro Pagato	1	11	1
Laboratorio protetto	8	22	2
Volontariato	10	0	2
Centro giornaliero	47	33	14
Attività nel gruppo in cui vive	24	0	6
Ricovero giornaliero	0	0	3
Altro	21	11	51
Nessuna	2	22	27

Fig. : 7. Grafico del Tipo di Attività Giornaliera per gruppo.



2.2.8 Tipo di Sostegno

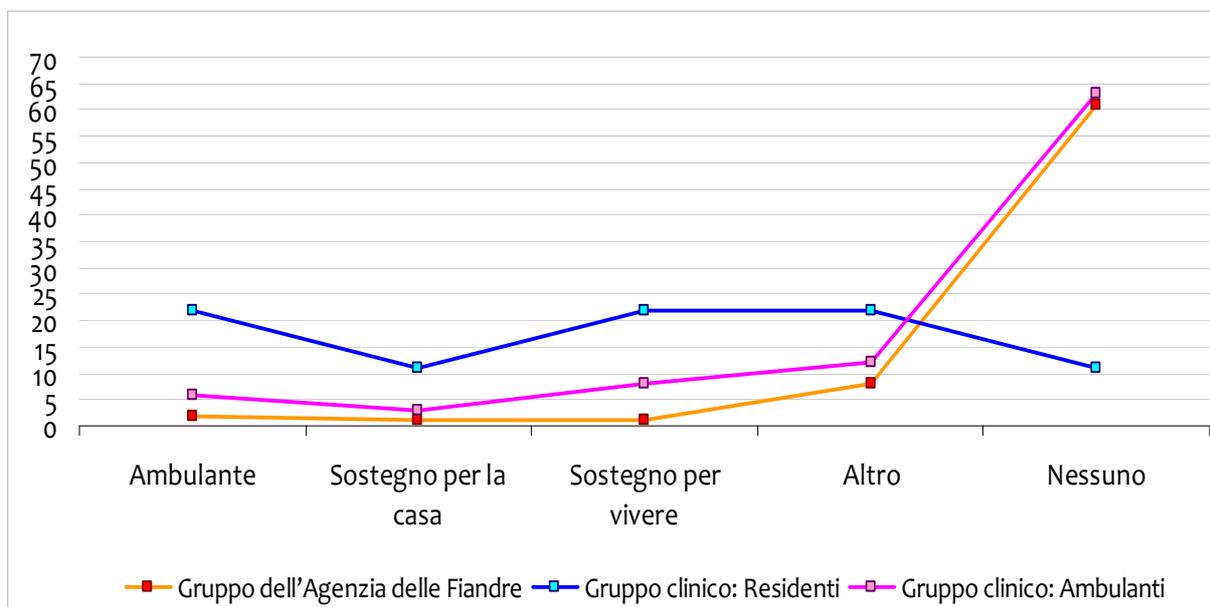
Non viene dato nessun tipo di sostegno a più del 60% delle persone del primo e del terzo gruppo. L'andamento del grafico per l'Agenzia delle Fiandre e per gli Ambulanti è molto simile probabilmente perché non vivono in una clinica.

Nel gruppo dei residenti il tipo di sostegno è vario: non c'è ne è nessuno che abbia una frequenza rilevante.

Tab. : 10. Percentuale del Tipo di Sostegno per gruppo.

TIPO DI SOSTEGNO	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Ambulante	2	22	6
Sostegno per la casa	1	11	3
Sostegno per vivere	1	22	8
Altro	8	22	12
Nessuno	61	11	63

Fig. : 8. Tipo di Sostegno per gruppo.



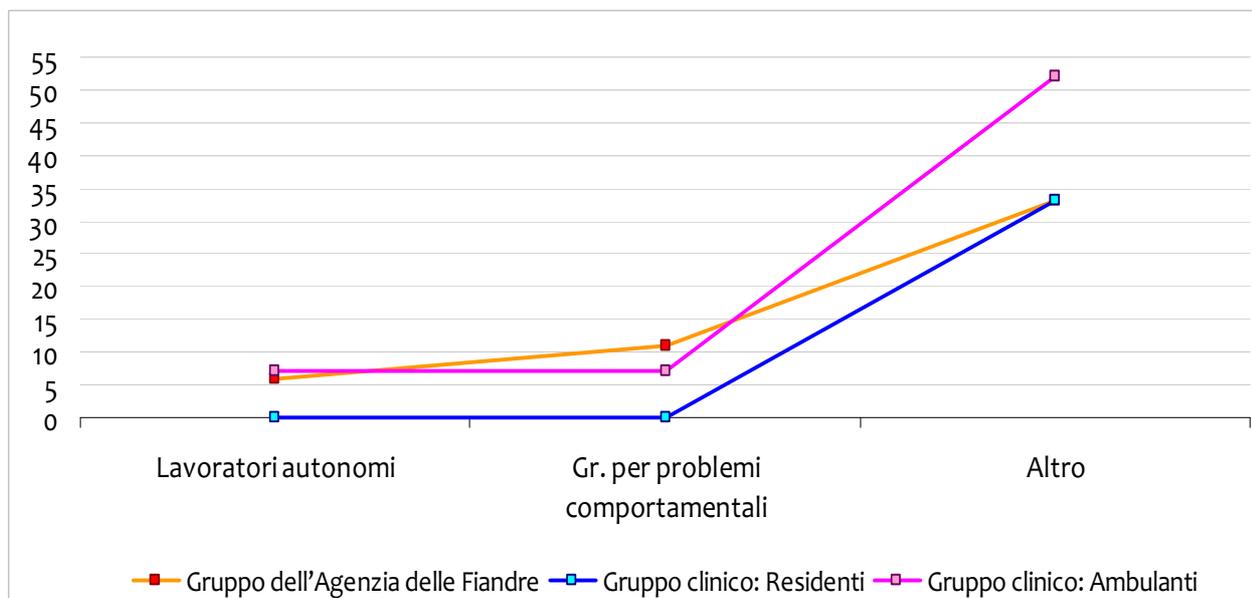
2.2.9 Caratteristiche Specifiche del Gruppo in cui Vive

Nessuno dei tre gruppi ha una considerevole parte della popolazione di lavoratori autonomi o di un gruppo di persone aventi problemi comportamentali. Tra i Residenti non è presente nessuno avente un gruppo di vita con le caratteristiche richieste.

Tab. : 11. Percentuale delle Caratteristiche Specifiche del Gruppo di Vita, per gruppo.

CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DI VITA	Gruppo dell'Agenzia delle Fiandre (N=377)	Gruppo Clinico: Residenti (N=90)	Gruppo Clinico: Ambulanti (N=9)
Lavoratori autonomi	6	0	7
Gr. problemi comportamentali	11	0	7
Altro	33	33	52

Fig. : 9. Caratteristiche Specifiche del Gruppo di vita, per gruppo.



3. AFFIDABILITA'

L'affidabilità è la capacità di un sistema di indicatori o di un indicatore di ottenere gli stessi risultati in diverse analisi con le stesse condizioni. Ci sono differenti sistemi che possono essere utilizzati per calcolarla:

- C'è la tecnica del test-retest che consiste nel somministrare più volte lo stesso test alle stesse persone valutando poi la stabilità dei punteggi.
- Un altro metodo è quello dello split-half nel quale si dividono le domande di una misurazione in due gruppi e si considerano come due misurazioni distinte. L'analisi di quest'ultima tecnica si effettua con l'alpha di Cronbach che calcola la media di tutti i possibili coefficienti ottenuti dalla divisione. La formula predittiva di Spearman-Brown è un alpha di Cronbach dove si suppone che tutte le divisioni abbiano lo stesso numero di items.
- L'affidabilità può essere calcolata anche tramite la concordanza fra gli osservatori. Essa consiste nel valutare quanto gli osservatori siano stati concordi nelle risposte.
- Infine c'è l'analisi della coerenza interna cioè la correlazione della risposta ad ogni domanda con le risposte a tutte le altre (E.G. Carmines,1979).

Prima di studiare l'affidabilità della MINI PAS-ADD è stata presentata la struttura dello strumento. Poi è stata fatta un'analisi fattoriale a cinque fattori con rotazione varimax. In seguito, dopo alcune analisi descrittive iniziali del questionario per i diversi gruppi e per gli osservatori, è stata studiata l'affidabilità dello strumento tramite l'analisi della coerenza interna e della concordanza tra i due individui preposti all'assistenza della stessa persona osservata, che hanno completato la MINI PAS-ADD in modo indipendente, distinguendo per il gruppo di appartenenza. Successivamente, dopo alcune analisi descrittive, è stata studiata l'affidabilità per il livello di disfunzione dell'individuo (variabile del questionario iniziale).

3.1. *Struttura della MINI PAS-ADD*

La MINI PAS-ADD è un questionario che cerca di identificare la presenza dei sintomi di sei disturbi specifici e uno non specifico in persone con disturbi mentali. Ogni scala è la somma dei punteggi ottenuti da diverse domande. Alcuni quesiti sono usati per più scale. L'affidabilità dello strumento può essere influenzata da domande uguali.

Le domande che risultano uguali a più scale sono:

P6. Difficoltà nel concentrarsi in attività, come guardare la televisione, leggere o altri hobby.

P7. Irrequietezza, difficoltà a stare fermo. E' sempre in movimento.

P10. Difficoltà ad addormentarsi, impiega almeno un'ora prima di riuscire a prendere sonno.

P11. Si sveglia molto presto e non riesce a riaddormentarsi.

P12. Si sveglia la notte e impiega almeno un'ora per riaddormentarsi.

P13. Perdita di interesse o piacere nelle attività preferite.

Le domande P6-P7 vengono utilizzate per identificare la presenza di depressione, di ansietà, di ipomania e di un disturbo non specifico. Queste sono le domande più presenti in scale diverse. Nella prima scala sei delle domande sono comuni a più disturbi (33%).

Nella seconda le domande comuni sono meno (tre), ma esse costituiscono il 38%.

Per l'ipomania i quesiti comuni sono il 18%. Infine per il disturbo non specifico esse sono il 62%. Ciò vuol dire che quest'ultimo dipende molto da queste domande. Una persona che rispondesse positivamente alle domande P6-P7-P10-P11-P12-P13 avrebbe un buone probabilità di essere diagnosticato depresso e ansioso. Inoltre egli avrebbe quasi certamente un disturbo non specifico.

Tab. : 12. Struttura delle domande della MINI PAS-ADD.

N°	TIPO DI SCALA	DOMANDE
1	Depressione	<u>P6</u> <u>P7</u> <u>P10</u> <u>P11</u> <u>P12</u> <u>P13</u> P14 P15 P16 P17 P18 P19 P20 P21 P22 P23 P24a P24b
2	Ansia	<u>P6</u> <u>P7</u> <u>P10</u> P26 P27 P28 P29 P30
3	Ipomania/mania	<u>P6</u> <u>P7</u> P8 P9 P35 P36 P37 P38 P39 P40 P41
4	D.Ossessivo Compulsivo	P31 P32 P33 P34
5	Psicosi	P42 P43 P44 P45 P46 P47 P48 P49
6	D. non specifico	P3 P4 P5 <u>P6</u> <u>P7</u> <u>P11</u> <u>P12</u> <u>P13</u>
7	Autismo Spettro	P50 P51 P52 P53 P54 P55 P56 P57 P58 P59 P60 P61 P62 P63 P64 P65 P66

NOTA: Domande comuni a diverse scale sono sottolineate.

3.2. *Analisi Fattoriale*

L'analisi fattoriale riassume l'informazione contenuta in una matrice di correlazione o di varianza/covarianza, individuando statisticamente le dimensioni latenti e non direttamente osservabili (Stevens, 1986).

L'analisi fattoriale può essere: Esplorativa o Confermativa.

i. La prima viene usata quando non si ha un'esatta conoscenza del numero di fattori da estrarre e non si hanno ipotesi da valutare relative al legame tra le variabili e i fattori. Quindi quando si vuole trovare dei raggruppamenti in un gruppo di variabili inizialmente privo. I metodi possibili di estrazione dei fattori si dividono in base alla tipologia dei dati in:

- *Analisi delle componenti principali.* I fattori estratti sono in numero uguale alle variabili di partenza. Questo metodo garantisce la riproduzione totale della varianza da parte dei fattori.
- *Analisi dei fattori principali.* La matrice di variabili originaria viene trasformata in un'altra che contenga il numero maggiore possibile di fattori così da eliminare eventuali ridondanze presenti nelle variabili. Quest'analisi necessita della specificazione di un modello di stima delle variabili latenti.
- *Analisi fattoriale canonica.* Ha come obiettivo massimizzare la correlazione tra gli ipotetici fattori e le variabili. Questo metodo è applicato sulla matrice di correlazione parziale, invece che sulla matrice di correlazione totale delle variabili come il precedente.

(L. Fabbri, 1997)

ii. Nell'Analisi fattoriale confermativa, invece, si procede da assunti definiti in relazione al numero di fattori da estrarre. Le dimensioni non devono essere fra loro correlate mentre solo con alcuni gruppi di variabili e non con altri la variazione dell'uno deve corrispondere alla variazione dell'altro. Questo tipo di analisi ha come obiettivo trovare le differenze presenti tra le variabili di ciascun gruppo. Inoltre permette di verificare il ruolo e l'importanza delle varie variabili di ogni gruppo e aiuta a stabilire l'appartenenza ad un determinato gruppo di variabili che necessitano ancora di una classificazione. Nello studio

dell'affidabilità della MINI PAS-ADD è stata fatta un'analisi confermativa poiché si conoscono già le varie dimensioni latenti.

L'analisi esplorativa per definire il numero di fattori utili è stata fatta con lo *scree plot* (*rappresentazione grafica degli auto-valori*). Il grafico ha sulle ordinate gli auto-valori mentre in ascissa l'ordine di estrazione dei fattori. Esso mostra quanto siano importanti i primi auto-valori nell'ordine così ricavato. I fattori che si trovano sulla spezzata quasi parallela alle ascisse non vengono considerati. L'esame dello *scree plot* suggerisce che la struttura a cinque fattori è accettabile, poiché tutti i fattori spiegano in piccole quantità la varianza generale.

Un altro criterio raccomandato per la scelta delle dimensioni latenti è quello di Kaiser (1960) di scegliere solo i fattori di una matrice di correlazione ai quali è associato un auto-valore maggiore o uguale a 1,0. Quindi sono considerati i fattori che spiegano più varianza di quanta non ne introduca una singola variabile poiché in una matrice di correlazione ciò corrisponde a 1. Tutte le cinque dimensioni studiate hanno auto-valori maggiori di 1,0. Quindi i fattori interpretano cinque dimensioni latenti (in questo caso identificano cinque scale) che si correlano alle variabili. Esse, in ordine, sono: *Depressione, Autismo, Ansia, Ipomania, Psicosi*.

Scelti i fattori, il modello opera una rotazione degli stessi per renderli maggiormente interpretabili poiché, in una soluzione non ruotata, ogni variabile è spiegata da due o più fattori comuni mentre, in una soluzione ruotata, ogni variabile è spiegata da un singolo fattore comune.

Vi sono vari metodi di rotazione dei fattori:

- i. *Metodo varimax*. E' il metodo più comunemente accettato poiché ruota i fattori in modo tale da favorire un'interpretazione dei fattori più che delle variabili. E' la tecnica che è stata utilizzata in questo studio poiché si è più interessati all'analisi delle scale, i fattori, che non alle variabili, domande.
- ii. *Metodo quartimax*. Minimizza il numero dei fattori favorendo l'interpretazione delle variabili.

iii. *Metodo equamax*. Riunisce i due metodi precedenti.

iv. *Metodo oblimin*. La rotazione degli assi non è più ortogonale, come per i metodi precedenti, ma obliqua. Quindi i fattori sono correlati fra loro.

I cinque fattori insieme spiegano il 22,82% della varianza complessiva. Non c'è nessuna varianza che si distingua particolarmente dalle altre. Infatti il primo fattore che ne spiega di più esprime solo il 5,82 %, 0,40% in più del secondo. Gli altri hanno percentuali che diminuiscono all'aumentare del numero del fattore.

La prima dimensione è correlata positivamente, con un valore superiore allo 0,3 %, con 16 items. Essi sono tutti relativi alla depressione ad eccezione della variabile P5 (Disturbo non Specifico) e P8 (Ipomania). La prima dimensione latente è la Depressione.

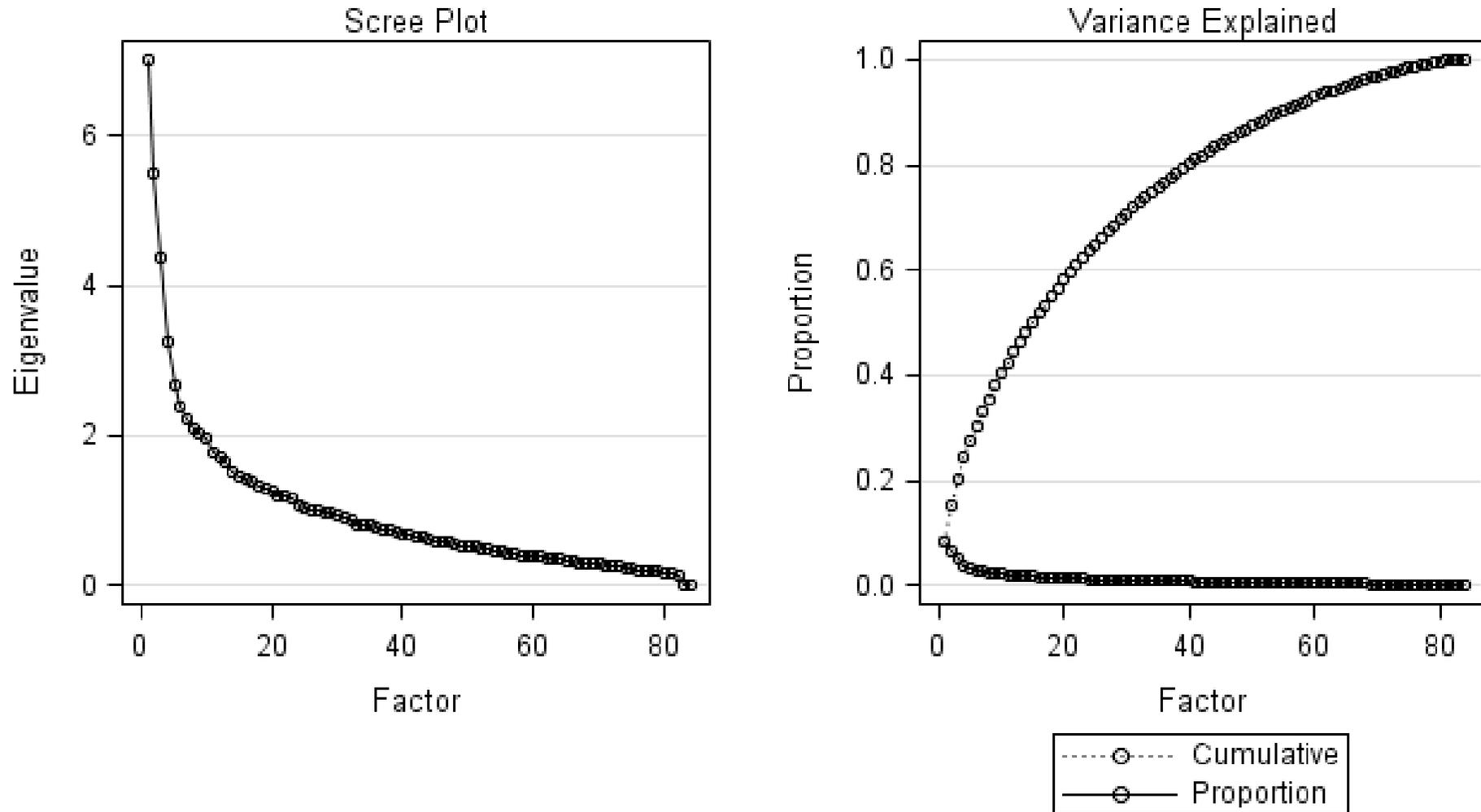
La seconda scala identificata dall'analisi fattoriale è l'Autismo. Infatti il disturbo è correlato positivamente, con valori superiori allo 0,3%, con 14 domande. Inoltre dei 18 quesiti, che hanno una correlazione positiva con il secondo fattore, 17 sono domande relative all'Autismo. Solo la variabile P31(D. Ossessivo Compulsivo) non appartiene alla scala.

Dieci items, con valori superiori al 0,3 %, identificano l'Ansia come terzo fattore latente della MINI PAS-ADD. Ci sono alcune variabili che sono correlate positivamente con esso, ma che non sono della scala: sono otto domande che non definite e una variabile del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

La quarta dimensione è l'Ipomania poiché tutte le variabili con cui il fattore è positivamente correlato, ad eccezione di due (P24B e P11; scala relativa alla Depressione), sono di questa scala.

Infine l'ultimo fattore latente dell'analisi fattoriale a cinque fattori della MINI PAS-ADD è la Psicosi infatti quattro su sette delle domande correlate positivamente alle variabili, con valori superiori allo 0,3 %, appartengono a questa scala (P3 e P4 del disturbo non specifico e P29 dell'Ansia).

Fig. : 10. Scree plot degli autovalori e varianza spiegata.



NOTA: il grafico è in inglese perché è stato fatto con una versione inglese di SAS

Tab. : 13. Analisi Fattoriale a cinque fattori della Mini PAS-ADD dopo la rotazione varimax.

DOMANDA	SCALA	Fattore				
		1	2	3	4	5
P14	Depressione	0,79	-0,01	-0,02	-0,08	0,01
P13	Depressione, D. non specifico	0,70	0,08	0,03	0,08	0,10
P15	Depressione	0,67	0,08	0,00	-0,03	0,09
P23	Depressione	0,62	0,03	0,03	-0,03	0,19
P20	Depressione	0,61	-0,11	-0,03	0,02	-0,02
P17	Depressione	0,58	-0,09	-0,08	0,08	-0,06
P6	Depressione, Ansia, Ipomania, D. non specifico	0,55	0,07	0,00	0,11	0,09
P16	Depressione	0,55	-0,07	0,16	0,07	0,20
P5	D. non specifico	0,53	0,12	-0,08	-0,09	0,33
P22	Depressione	0,52	0,09	0,08	-0,02	0,13
P12	Depressione, D. non specifico	0,43	-0,10	0,12	0,28	-0,02
P24A	Depressione	0,42	-0,03	0,16	-0,09	0,12
P10	Depressione, Ansia	0,41	-0,17	0,09	0,32	-0,16
P18	Depressione	0,34	0,011	0,04	0,22	0,12
P8	Ipomania	0,34	0,00	0,11	0,28	0,03
P19	Depressione	0,32	-0,07	0,01	0,20	0,14
P21	Depressione	0,29	0,01	-0,17	-0,03	0,03
kg+	-	0,15	-0,05	0,12	-0,10	-0,11
kg-	-	0,15	-0,05	0,12	-0,10	-0,11
P53	Autismo	0,10	0,76	-0,04	0,03	0,01
P55	Autismo	0,23	0,74	-0,01	-0,06	-0,02
P57	Autismo	0,11	0,71	0,06	0,00	-0,08
P58	Autismo	0,05	0,69	-0,01	0,04	-0,06
P52	Autismo	0,03	0,68	-0,03	-0,12	0,06
P54	Autismo	-0,00	0,67	-0,03	0,01	-0,03
P56	Autismo	0,03	0,65	0,10	0,14	0,05
P50	Autismo	0,15	0,61	0,02	-0,19	-0,12
P51	Autismo	0,06	0,61	0,08	-0,00	-0,12
P64	Autismo	-0,12	0,40	0,12	-0,01	0,04
P62	Autismo	-0,12	0,37	-0,09	-0,07	-0,02
P66	Autismo	-0,13	0,33	0,31	0,11	-0,00
P59	Autismo	-0,18	0,30	0,06	0,09	0,30
P63	Autismo	-0,18	0,30	0,09	-0,02	0,23
P31	D. Ossessivo Compulsivo	-0,03	0,29	0,20	0,01	0,10
P65	Autismo	-0,24	0,28	0,25	-0,02	0,01
P61	Autismo	-0,04	0,28	0,02	0,00	0,00
P60	Autismo	-0,06	0,21	0,01	0,13	0,05
P26	Ansia	-0,00	0,08	0,64	0,12	0,03
P30_e	Ansia	0,01	-0,04	0,61	0,04	0,07
P27	Ansia	0,09	0,15	0,56	-0,11	0,02
P25a	-	0,12	0,08	0,52	-0,12	-0,12
P25c	-	0,262	0,02	0,52	-0,16	-0,14
P30_d	Ansia	0,03	-0,04	0,51	0,04	0,013

P30_c	Ansia	0,04	-0,06	0,51	0,21	0,11
P25i	-	0,03	0,11	0,49	0,15	0,05
P30_h	Ansia	0,15	-0,08	0,49	-0,01	0,21
P30_a	Ansia	-0,02	-0,11	0,46	0,05	-0,05
P25d	-	0,06	-0,00	0,42	0,20	-0,09
P30_f	Ansia	-0,05	0,13	0,42	0,17	-0,03
P30_i	Ansia	0,18	-0,07	0,39	-0,02	0,14
P25j	-	-0,13	-0,09	0,38	-0,07	0,22
P25f	-	0,16	0,10	0,38	-0,21	-0,19
P25b	-	0,21	0,09	0,37	-0,09	-0,00
P30_g	Ansia	-0,06	-0,09	0,36	0,19	-0,02
P34	D. Ossessivo Compulsivo	0,22	0,10	0,33	0,09	0,23
P25h	-	-0,181	0,07	0,32	-0,05	-0,022
P30_b	-	0,25	0,05	0,29	-0,00	0,19
P32	D. Ossessivo Compulsivo	-0,06	0,09	0,27	0,08	0,15
P25e	-	-0,08	0,10	0,26	-0,02	0,09
P33	D. Ossessivo Compulsivo	-0,06	0,07	0,13	-0,03	-0,03
P40	Ipomania	0,03	0,04	0,02	0,63	0,04
P36	Ipomania	-0,05	0,07	0,06	0,57	0,14
P35	Ipomania	-0,01	0,04	0,18	0,57	0,16
P7	Depressione, D. non specifico, Ansia, Ipomania	0,19	0,05	0,03	0,54	-0,06
P9	Ipomania	0,15	-0,09	0,02	0,53	0,001
P37	Ipomania	0,02	-0,03	0,04	0,45	0,11
P38	Ipomania	-0,08	0,00	0,01	0,45	-0,03
P11	Depressione, D. non specifico	0,37	-0,08	-0,04	0,42	-0,20
P39	Ipomania	0,05	-0,05	-0,10	0,37	0,01
P41	Ipomania	-0,02	-0,03	0,07	0,35	0,01
P24B	Depressione	0,10	0,06	-0,019	0,33	-0,13
P28	Ansia	0,01	0,04	0,18	0,21	0,08
P25g	-	0,10	-0,07	0,11	-0,14	-0,04
P42	Psicosi	0,07	0,04	0,06	0,05	0,62
P43	Psicosi	0,11	-0,03	0,05	0,05	0,61
P46	Psicosi	0,20	-0,05	0,08	0,14	0,59
P47	Psicosi	0,01	-0,02	-0,05	-0,04	0,52
P3	D. non specifico	0,20	0,14	0,09	0,18	0,46
P29	Ansia	0,07	-0,01	0,16	0,01	0,45
P4	D. non specifico	0,18	0,10	0,03	0,12	0,32
P45	Psicosi	0,09	0,03	-0,03	-0,11	0,29
P49	Psicosi	0,02	-0,07	-0,08	0,06	0,27
P48	Psicosi	0,05	-0,08	0,05	-0,05	0,21
P44	Psicosi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autovalore	-	7,01	5,49	4,38	3,25	2,68
Varianza (%)	-	5,82	5,42	4,93	3,58	3,07

3.3. Stratificazione per i diversi gruppi

3.3.1. Statistiche descrittive

Prima di procedere con la coerenza interna e la concordanza tra gli osservatori sono state fatte delle statistiche descrittive sulle varie scale, divise per gruppo e informatore. E' stato calcolata la media, la variazione standard dei punteggi e il range.

La MINI PAS-ADD è stata completata da due persone incaricate della cura del paziente solo per il gruppo dell'Agenzia delle Fiandre. Nel gruppo clinico c'è un unico informatore.

Nel primo gruppo sono stati studiati 377 individui però in alcune scale (Disturbo Ossessivo Compulsivo, Psicosi e Autismo) ci sono dei *missing values*. La scala relativa alla psicosi ha il numero maggiore di mancate risposte sia per il primo che per il secondo osservatore (rispettivamente tre e quattro *missing*). I due informatori sembrano essere abbastanza concordi. Infatti le medie dei punteggi sono uguali tra i due a eccezione della scala dell'ipomania che ha un valore 0,1 % in media in meno per il secondo osservatore. C'è, però, una diversa variazione standard dei punteggi nelle varie scale: per il primo informatore è maggiore l'ansia, mentre, per il secondo, è maggiore l'autismo.

Nel gruppo clinico i punteggi medi sono quasi tutti superiori rispetto al gruppo dell'agenzia delle Fiandre, in particolare, nella scala relativa alla depressione che è più del doppio.

Tab. : 14. Statistiche Descrittive della MINI PAS-ADD per gruppo e informatore.

SCALA	N	MEDIA	STD	MIN	MAX
Gruppo di Controllo (N =377)					
PRIMO INFORMATORE					
Depressione	377	2,5	3,6	0	20
Ansia	377	2,4	3,9	0	22
Ipomania	377	1,2	2,1	0	12
D.Ossessivo compulsivo	376	0,8	1,4		7
Psicosi	373	0,3	1	0	8
D. non Specifico	377	0,8	1,6	0	10
Autismo	374	3,5	3,7	0	15
SECONDO INFORMATORE					
Depressione	377	2,5	3,5	0	19
Ansia	377	2,4	3,7	0	20
Ipomania	377	1,1	1,8	0	14
D. Ossessivo compulsivo	374	0,7	1,4	0	10
Psicosi	372	0,3	1,1	0	9
D. non Specifico	377	0,8	1,4	0	9
Autismo	375	3,5	3,8	0	16
Gr. Clinico: Residenti (N =90)					
PRIMO INFORMATORE					
Depressione	90	6,7	5,1	0	19
Ansia	90	2,9	3,6	0	14
Ipomania	90	2,0	2,4	0	15
D. Ossessivo compulsivo	90	0,4	0,9	0	5
Psicosi	89	0,3	1,3	0	9
D. non Specifico	90	1,7	1,8	0	7
Autismo	90	3,1	3,4	0	12
Gr. Clinico: Ambulanti (N =9)					
PRIMO INFORMATORE					
Depressione	9	5,9	3,6	0	11
Ansia	9	3,8	3,7	0	10
Ipomania	9	2,2	2,1	0	6
D. Ossessivo compulsivo	9	0,8	1,1	0	3
Psicosi	9	0,4	0,8	0	2
D. non Specifico	9	1,4	1,3	0	4
Autismo	9	2,7	2,7	0	7

Ci sono significative differenze, al 99% , tra i gruppi per le scale relative alla Depressione, al disturbo non Specifico e all'Ipomania inoltre ciò si verifica anche nella scala relativa al disturbo Ossessivo Compulsivo al 96% (p-value: 0,0377); invece si accetta l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra i vari gruppi per le altre tre scale (Ansia,Psicosi, Autismo) infatti i p-value sono maggiori di 0,01 (rispettivamente 0,2891; 0,6328;0,4529).

Quindi è utile la stratificazione che è stata fatta per origine del dato. Si può allora procedere all'analisi dell'affidabilità della MINI PAS-ADD per questi gruppi.

Tab. : 15. ANOVA relativa alla differenza dei punteggi della MINI PAS-ADD tra i tre gruppi di pazienti (Agenzia delle Fiandre, Gruppo clinico: Residenti e Ambulanti).

SCALA	F-test		p-value
Depressione	$F(2,473)=$	41,62	<,0001
Ansia	$F(2,473)=$	1,24	0,2891
Ipomania	$F(2,473)=$	5,30	0,0053
D. Ossessivo compulsivo	$F(2,473)=$	3,30	0,0377
Psicosi	$F(2,468)=$	0,46	0,6328
D. non Specifico	$F(2,473)=$	10,47	<,0001
Autismo	$F(2,470)=$	0,79	0,4529

3.3.2. Coerenza Interna

La misura più comune per calcolare la coerenza interna è l'alpha di Cronbach. Esso è un coefficiente che valuta quanto bene un gruppo di variabili misuri un singolo costrutto latente. L'alpha di Cronbach è utilizzato quando le variabili che si vuole misurare sono di tipo dicotomico. Esso varia tra 0 e 1.

Lo strumento ha un' affidabilità adeguata se i valori sono superiori dello 0,70 (Nunnally, 1978), buona se maggiori dell'0,80 ,ma non è affidabile se è troppo vicino ad 1. Infatti, se così fosse, questo indicherebbe che tutte le domande chiedono la stessa cosa. Esse sarebbero perciò ridondanti. Comunque, essendo questa un' indagine esplorativa, con una soglia dello 0,6 la scala è considerata affidabile (J. M. Cortina, 1993).

In questo caso le variabili considerate sono le varie domande. Il costrutto è l' ipotetica variabile non esplicita che si vuole misurare, cioè il singolo disturbo. In questo studio ce ne sono una pluralità. I quesiti sono raggruppati in base alla scala che vogliono analizzare, come è stato precedentemente mostrato. Pertanto si vuole verificare che le domande poste per riconoscere un disagio riescano effettivamente a identificarlo.

E' stato considerato solo l'alpha di Cronbach dei punteggi non standardizzati perché la varianza non è molto diversa tra i vari gruppi, in particolare tra i due osservatori (Kaiser,1968). Essa è abbastanza omogenea tra i gruppi.

Le scale relative all'Autismo e alla Depressione hanno, nel gruppo totale, il valore più alto (.85 e .82) quindi le persone esaminate hanno un atteggiamento coerente riguardo a ciascun item dell'insieme. Le altre hanno tutte un'alpha minore del valore soglia. In particolare il Disturbo Ossessivo Compulsivo ha un valore molto basso. Sembra non esserci coerenza interna tra gli items usati per identificare questa scala. Si noti, però, che il disturbo Ossessivo Compulsivo è spiegato tramite solo quattro domande mentre i costrutti con valori maggiori sono anche quelli con un numero elevato di quesiti.

I due informatori hanno valori del coefficiente molto simili e per la maggior parte superiori al gruppo dei residenti. Il secondo osservatore ha sempre un punteggio maggiore dei Residenti, mentre il primo ha una coerenza interna degli items del Disturbo Ossessivo Compulsivo minore del gruppo clinico. Nonostante ciò, i valori del gruppo di controllo sono superiori allo 0,7 solo per la Depressione e per l'Autismo mentre sono maggiori dello 0,6 anche per l'Ansia, l'Ipomania e il Disordine non Specifico.

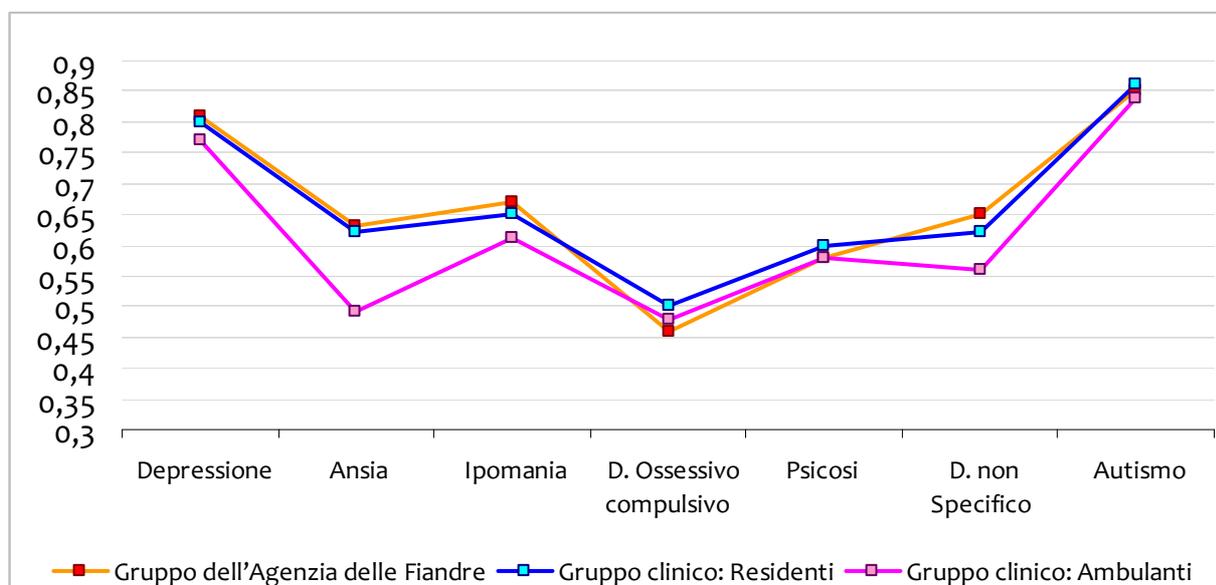
La scala relativa all'Autismo risulta quindi essere la scala nel quale c'è più coerenza tra gli item. Inoltre essa ha anche una correlazione totale superiore con le altre domande (Mediana: 0,60). La correlazione totale tra le domande è maggiore di 0,30 per sei scale su sette. Gli items per identificare l'Ansia sono quelli meno correlati con gli altri quesiti (Mediana: 0,27) quindi più del 50% delle domande della seconda scala hanno una correlazione totale minore dello 0,3.

Tab. : 16. Alpha di Cronbach (punteggi grezzi) per le scale della MINI PAS-ADD ,per gruppo e osservatori.

SCALA	N _{domande}	Gruppo di Controllo		Residenti (N=90)	Gruppo Totale (N=476)	Correlazione Totale tra le domande	
		OSS. 1 (N=377)	OSS. 2 (N=377)			Range	Mediana
Depressione	18	0,81	0,80	0,77	0,82	0,19 - 0,69	0,41
Ansia	8	0,63	0,62	0,49	0,63	0,08 - 0,44	0,27
Ipomania	11	0,67	0,65	0,61	0,67	0,19 - 0,53	0,34
D. Ossessivo compulsivo	4	0,46	0,50	0,48	0,46	0,19 - 0,43	0,30
Psicosi	8	0,58	0,60	0,58	0,58	0,11 - 0,48	0,38
D. non Specifico	8	0,65	0,62	0,56	0,65	0,12 - 0,50	0,39
Autismo	17	0,85	0,86	0,84	0,85	0,52 - 0,64	0,60

NOTE: Gruppo Totale = primo osservatore + residenti + ambulant
Residenti = Residenti per il primo osservatore

Fig.: 11. Alpha di Cronbach per le scale della MINI PAS-ADD per gli informatori del gruppo di controllo e per il gruppo clinico dei residenti.



L'alpha di Cronbach è influenzato dal numero di variabili utilizzate per l'analisi. Più elevato è il loro numero, maggiore sarà il valore del coefficiente. Infatti un numero elevato di variabili riuscirà meglio ad identificare tutte le sfaccettature di un concetto. Le scale della MINI PAS-ADD non hanno lo stesso numero di domande. La scala relativa alla depressione ha diciotto domande mentre il disturbo ossessivo compulsivo è identificato solo da quattro domande. La coerenza interna è minore in quest'ultimo caso mentre è molto alta per la Depressione. Spearman (1910) e Brown (1910) hanno trovato indipendentemente

una formula predittiva che permette di valutare la coerenza interna nell'ipotesi in cui tutte le scale abbiano lo stesso numero di domande:

$$\rho_{xx'}^* = \frac{N\rho_{xx'}}{1 + (N - 1)\rho_{xx'}}$$

dove $\rho_{xx'}$ è l'alpha di Cronbach esistente, non predittivo, mentre N indica quanti items ci sono in più rispetto alla scala originale.

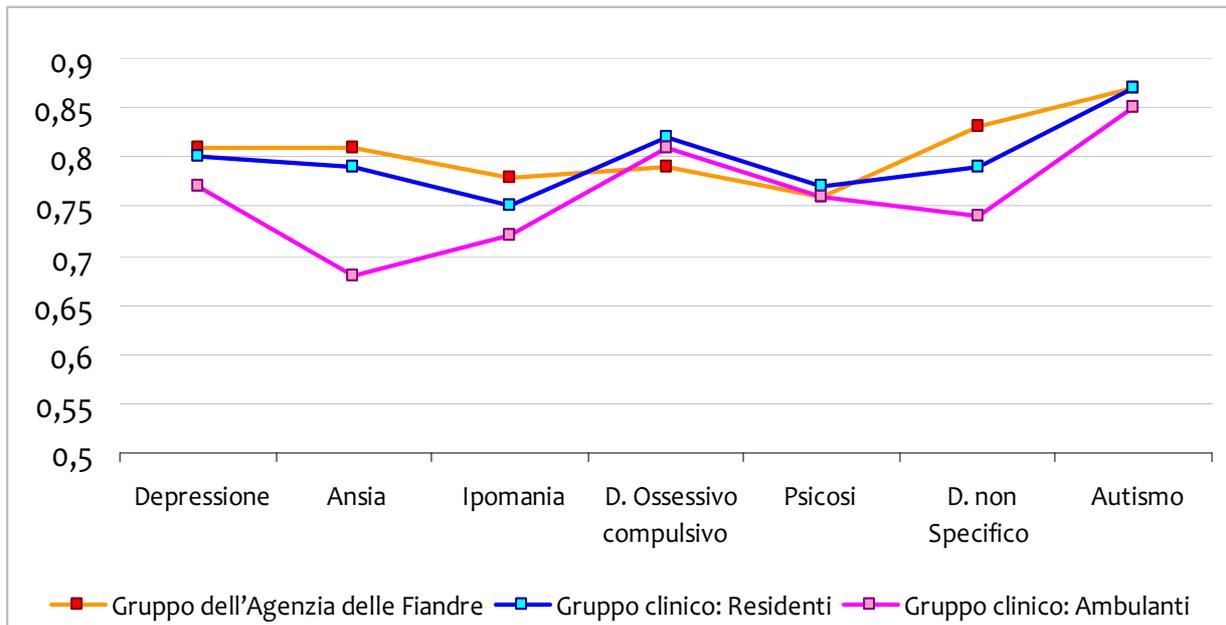
Nel test si suppone che le domande abbiano le stesse proprietà di quelle utilizzate nell'analisi precedente. La scala ha un'affidabilità adeguata se il valore è uguale o superiore di 0,80. E' considerata buona se è superiore dello 0,90. Nelle indagini esplorative spesso è accettato anche un valore minimo dello 0,60.

E' stata fatta un'analisi in cui si ipotizza che ogni disturbo sia identificato da 18 domande, la quantità massima di domande delle scale considerate. Si nota che i valori sono tutti alti. Il valore soglia di 0,6 è superato in tutte le scale mentre lo 0,80 in tre scale (Depressione, Disturbo non specifico e Autismo) su sette.

Tab. : 17. Alpha di Cronbach (punteggi grezzi) per le scale della MINI PAS-ADD nell'ipotesi che tutte le scale contengano 18 domande, per gruppo (formula predittiva Spearman-Brown).

SCALA	N _{domande}	Gruppo di Controllo		Residenti (N=90)	Gruppo Totale (N=476)
		OSS. 1 (N=377)	OSS. 2 (N=377)		
Depressione	18	0,81	0,80	0,77	0,82
Ansia	18	0,81	0,79	0,68	0,79
Ipomania	18	0,78	0,75	0,72	0,77
D. Ossessivo compulsivo	18	0,79	0,82	0,81	0,79
Psicosi	18	0,76	0,77	0,76	0,76
D. non Specifico	18	0,83	0,79	0,74	0,81
Autismo	18	0,87	0,87	0,85	0,86

Fig.: 12. Alpha di Cronbach (formula predittiva Spearman-Brown) per le scale della MINI PAS-ADD per gli informatori del gruppo di controllo e per il gruppo clinico dei residenti.



3.3.3. Concordanza fra gli osservatori

La MINI PAS-ADD è uno strumento soggettivo che è stato completato in modo indipendente, sulla stessa persona, da due persone preposte all'assistenza dell'individuo osservato. Quindi è possibile osservare quanto i punteggi tra due osservatori siano simili per valutare la loro concordanza quindi l'affidabilità del questionario.

I due informatori hanno dato una risposta nello stesso modo in media nel 90% dei casi. Nel 10% delle domande c'è stata una concordanza quasi totale (99-98%) mentre solo a due quesiti, 3% dei casi, (P31. Ha rituali o azioni ripetitive, come toccare, contare, controllare; P57. Rispetto ai coetanei fa fatica a stabilire amicizie e relazioni sociali) i due osservatori si sono trovati d'accordo solo al 77%, comunque in più di tre-quarti dei casi.

Tab. : 18. Percentuale di concordanza tra gli osservatori della MINI PAS-ADD.

Domanda	Concordanza
P3	97
P4	98
P5	94
P6	93
P7	84
P8	87
P9	95
P10	93
P11	93
P12	93
P13	86
P14	80
P15	89
P16	82
P17	86
P18	79
P19	88
P20	90
P21	98
P22	92
P23	84
P24A	90
P24B	95
KG+	84
KG-	85
P25A	96
P25B	97
P25C	97
P25D	92
P25E	99
P25F	95
P25G	99
P25H	92
P25I	88
P25J	80
P26	86
P27	90
P28	97
P29	95
P30A	94
P30B	97
P30C	86
P30D	86
P30E	88
P30F	90

P30G	96
P30H	91
P30I	92
P31	77
P32	88
P33	95
P34	92
P35	95
P36	93
P37	90
P38	94
P39	95
P40	88
P41	91
P42	95
P43	96
P44	99
P45	99
P46	95
P47	98
P48	99
P49	98
P50	89
P51	85
P52	81
P53	80
P54	86
P55	85
P56	81
P57	77
P58	85
P59	87
P60	91
P61	90
P62	89
P63	91
P64	88
P65	81
P66	82

La concordanza tra i due osservatori è stata valutata anche a livello delle varie scale. La differenza assoluta in media tra i punteggi degli osservatori per ogni scala è di 1,1 punto. In particolare i due informatori hanno dato un punteggio in media molto simile per la Psicosi (0,3 punti medi di differenza) mentre per l'Ansia hanno dato i pareri più diversi

(1,8 punti medi di differenza). All'interno di ogni scala le differenze assolute hanno una variabilità standard in media di 1,6 punti con picco di 2,9 punti per l'Ansia.

La media è un indicatore non robusto. Esso è influenzato dai valori estremi, cioè dai punteggi massimi e da quelli minimi. I vari disturbi hanno punteggi di scala molto diversi tra loro infatti una persona con la Depressione può ottenere anche 30 punti, nella relativa scala, mentre nel Disturbo non specifico si può raggiungere al massimo 11 punti. Quindi è stato fatto un indicatore, ottenuto dal rapporto tra media e valore massimo della scala, che rendesse le differenze assolute delle scale confrontabili. Non è stato considerato il valore minimo in quanto è zero per tutte le scale.

L'Autismo, così, è la scala dove c'è stata una differenza di parere maggiore in media (0,09), non l'Ansia (0,08) come risultava dalle medie. I due informatori, invece, hanno avuto un grado di concordanza maggiore per i malati di Psicosi (0,02). Le differenze sono comunque molto piccole, di pochi centesimi tra le varie scale.

Tab. : 19. *Statistiche Descrittive relative alle differenze assolute delle scale tra i due informatori della MINI PAS-ADD.*

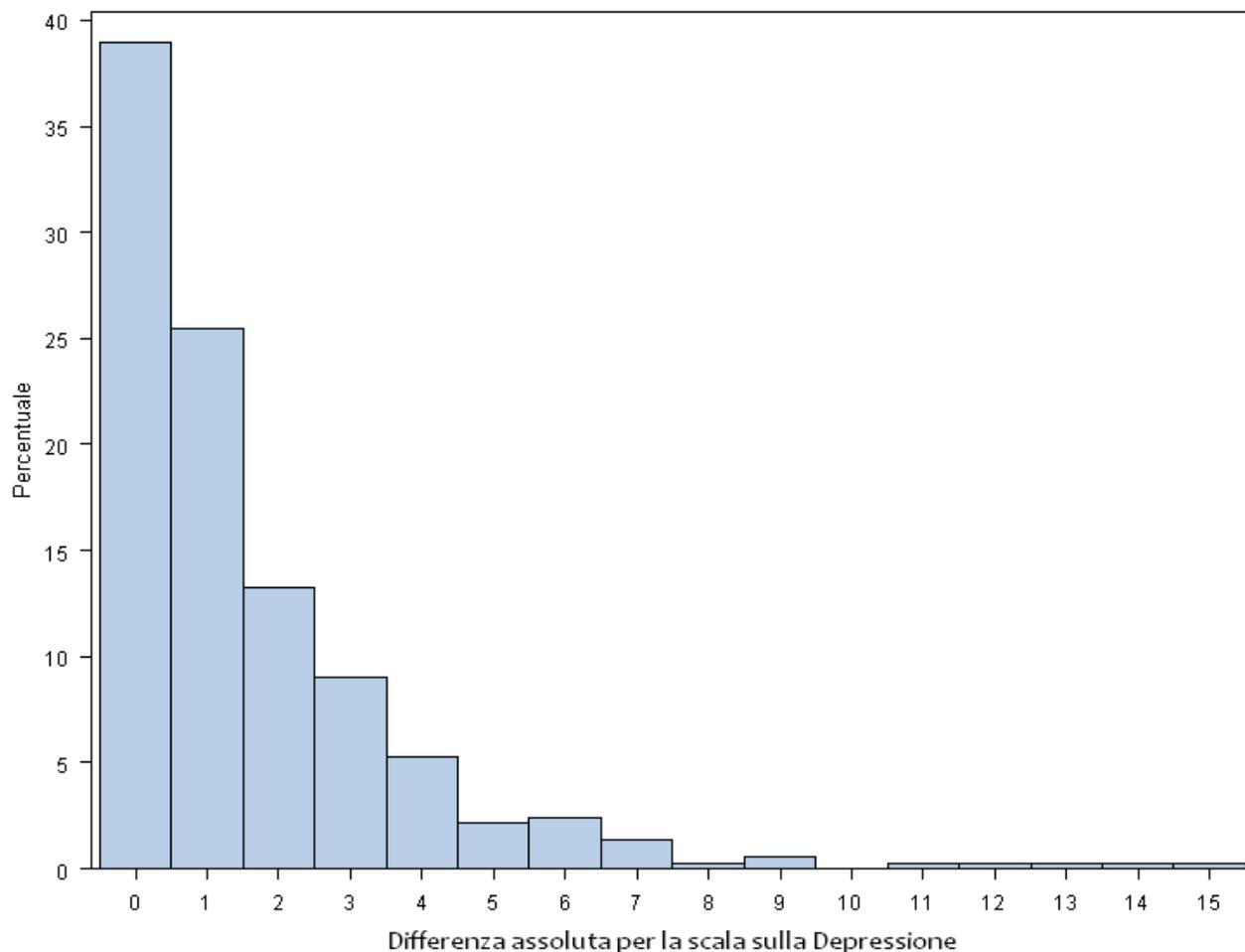
SCALA	N_{persone}	N_{domande}	Massimo della Scala	Media	STD	MIN	MAX	Media/Max Scala
Depressione	377	18	30	1,6	2,2	0	15	0,05
Ansia	377	8	22	1,8	2,9	0	19	0,08
Ipomania	377	11	19	0,9	1,5	0	11	0,05
D. Ossessivo compulsivo	373	4	10	0,6	1,1	0	10	0,06
Psicosi	371	8	13	0,3	0,9	0	6	0,02
D. non Specifico	377	8	11	0,6	0,9	0	7	0,06
Autismo	373	17	17	1,6	1,8	0	12	0,09

Le differenze assolute tra i giudizi degli osservatori si distribuiscono in modo diverso per ogni scala. Nonostante risulti, per tutte, una buona concordanza tra i due osservatori ci sono differenze massime e minime diverse, in base alla variabile latente che si vuole analizzare.

Sono stati fatti alcuni istogrammi che mostrano la concordanza all'interno dei vari disturbi.

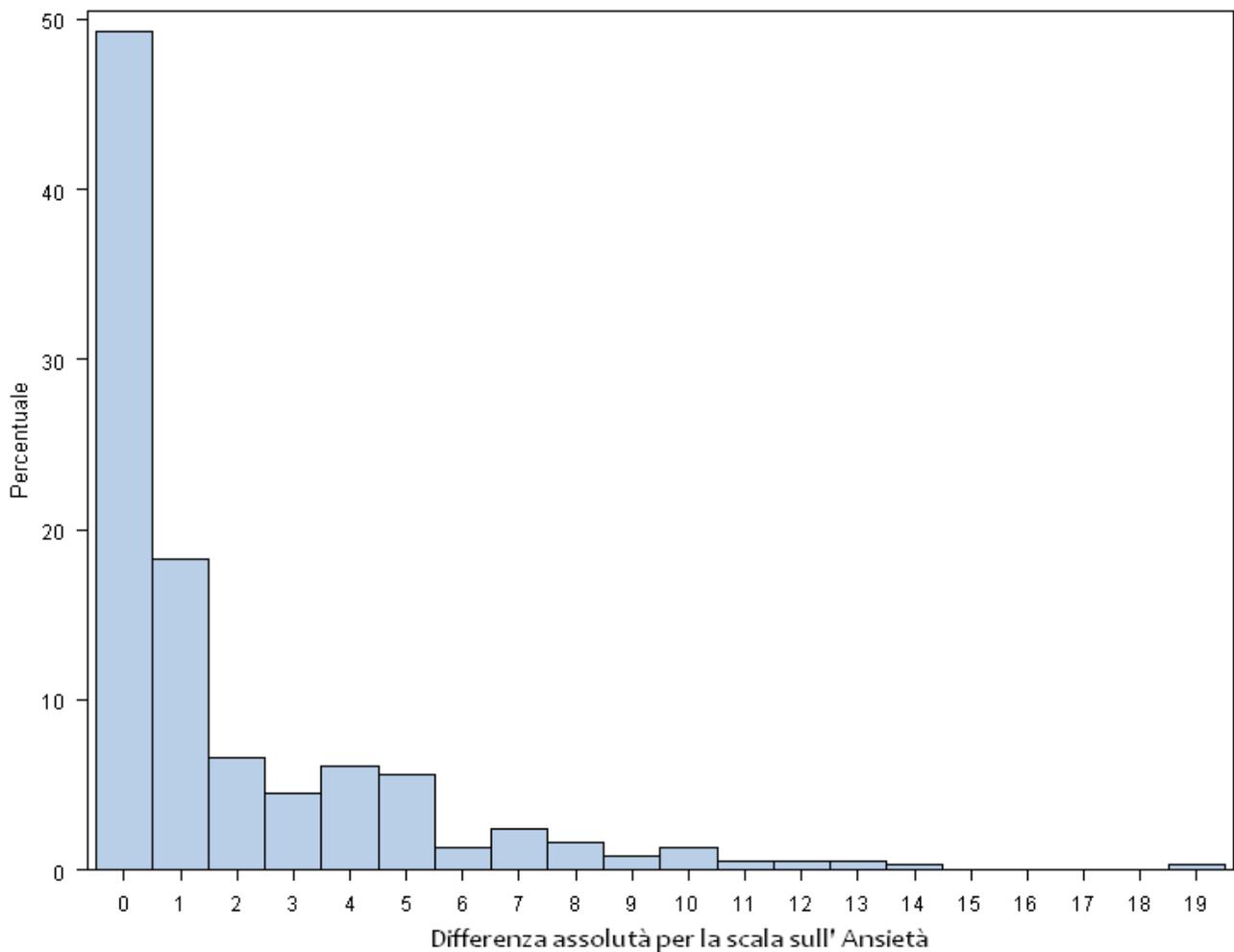
Nella prima scala in più del 35% dei casi i due informatori hanno zero punti di differenza. Inoltre per più del 60% degli individui la discordanza è minore di due punti. Ci sono, però, persone che hanno avuto punteggi molto diversi dai due. Nella scala della Depressione infatti ci sono differenze anche di quindici punti nonostante essi siano in percentuale molto limitata. Nonostante ciò i due osservatori non sono mai in disaccordo di dieci punti.

Fig. : 13. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sulla Depressione.*



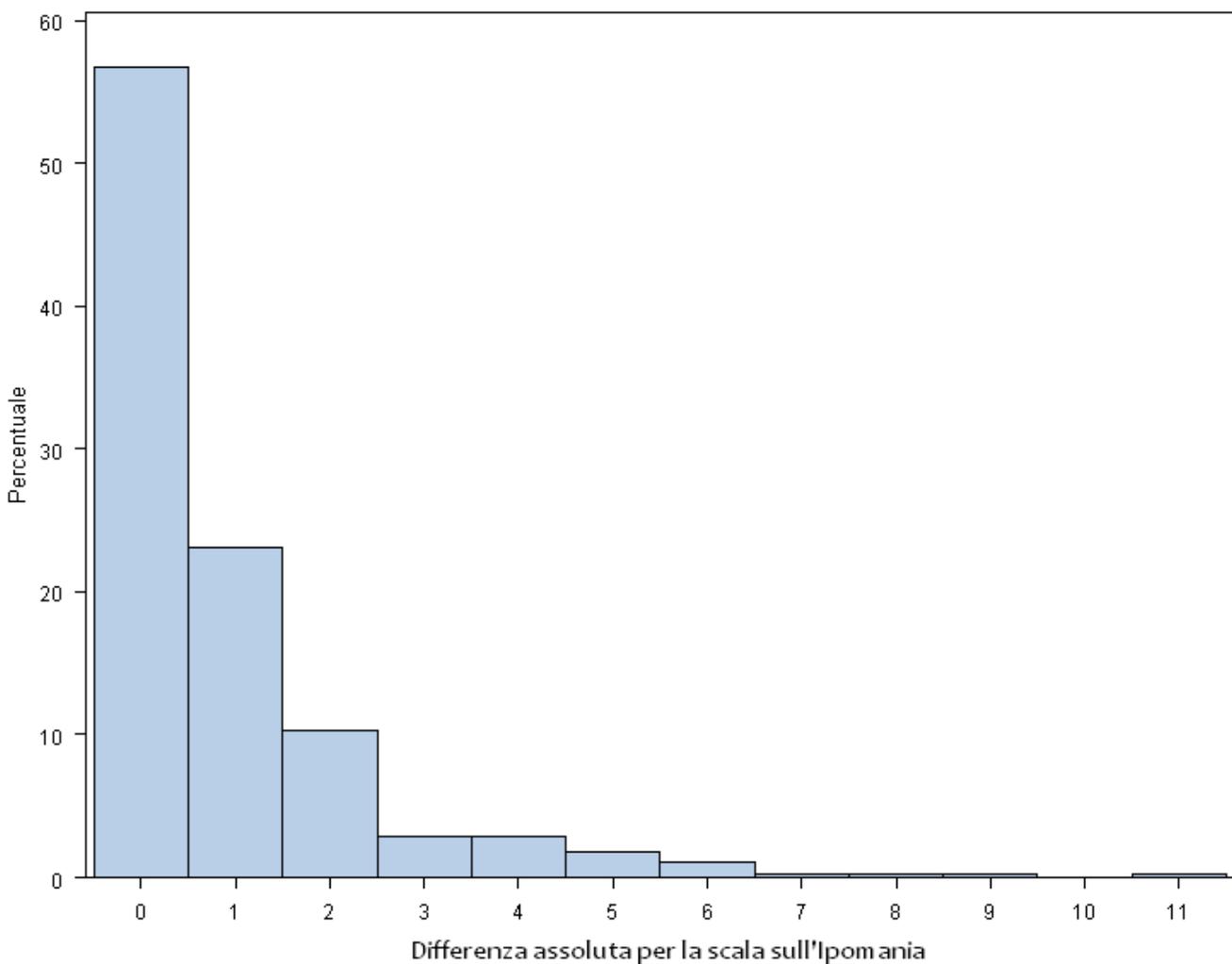
Nell'Ansia la concordanza è maggiore della Depressione infatti c'è in quasi il 50% dei casi. Inoltre per quasi tre-quarti delle persone la differenza assoluta non è superiore di due punti percentuali. Quindi le discordanze superiori sono in percentuali molto basse (circa il 6% per due, quattro, cinque punti). E' la scala dove la variabilità tra le differenze è maggiore (STD = 2,9) infatti c'è discordanza per qualche caso fino ai 14 punti. Non ci sono differenze assolute per 15-16-17-18 punti, ma esistono anche differenze molto alte, per pochissimi casi. Infatti c'è, probabilmente, un solo soggetto nel quale ci sono 19 punti di differenza per la seconda scala tra l'uno e l'altro osservatore. Quindi uno ritiene il paziente affetto dall' Ansia mentre l'altro lo considera sano.

Fig. : 14. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sull'Ansia.*



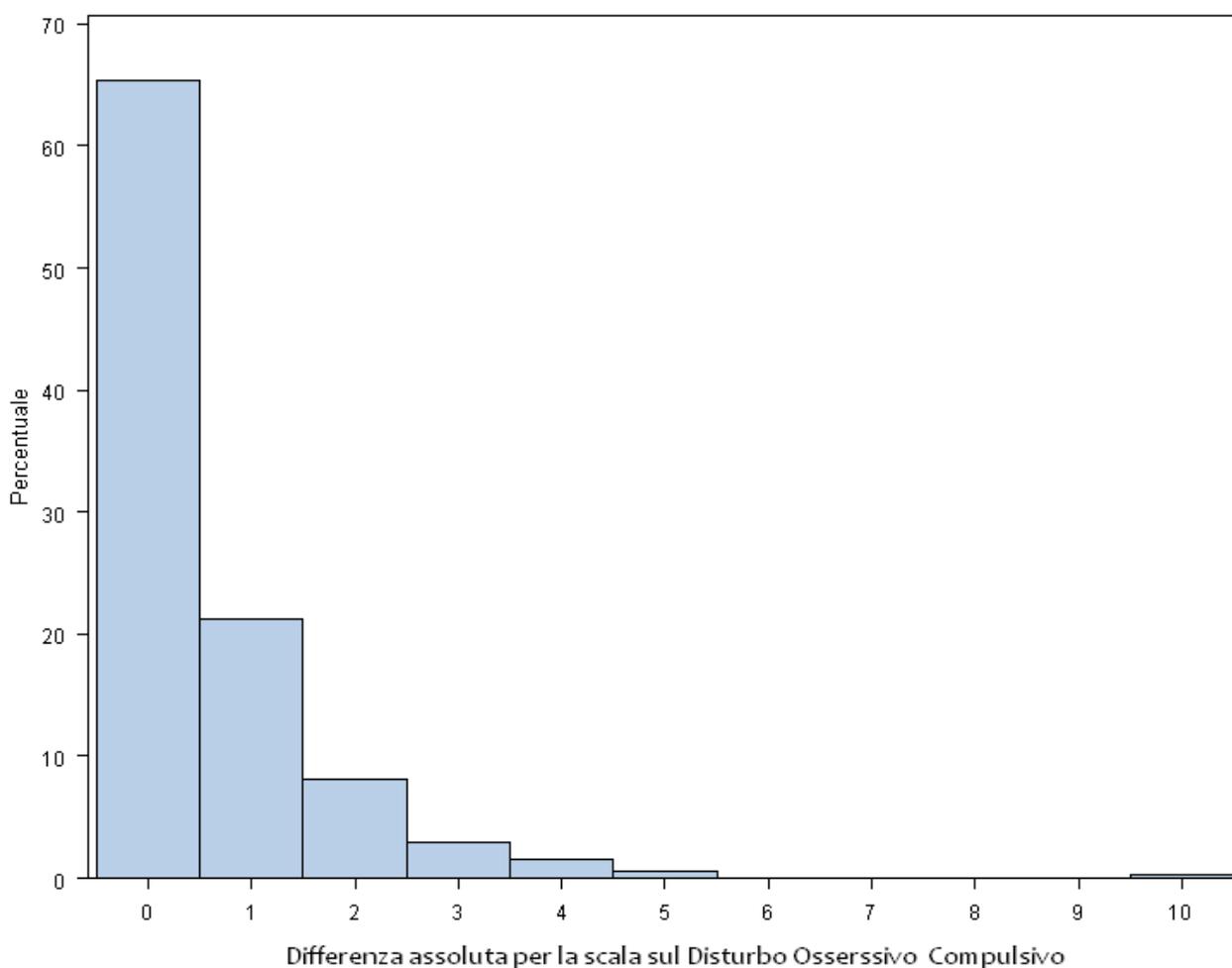
La percentuale di concordanza tra i due informatori è più del 55% nella terza scala . C'è una discordanza maggiore o uguale a due punti per il 25% delle persone. Ci sono pochissime differenze tra i due di vari punti. In almeno un caso, però, un osservatore ha dato tutti i punti possibili nella scala (11) mentre l'altro neanche uno. Quindi l'individuo è stato considerato decisamente malato di Ipomania da uno e totalmente sano dall'altro. Nonostante ciò non c'è stata alcuna persona per la quale i due intervistati hanno avuto dieci punti di differenza.

Fig. : 15. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sull'Ipomania.*



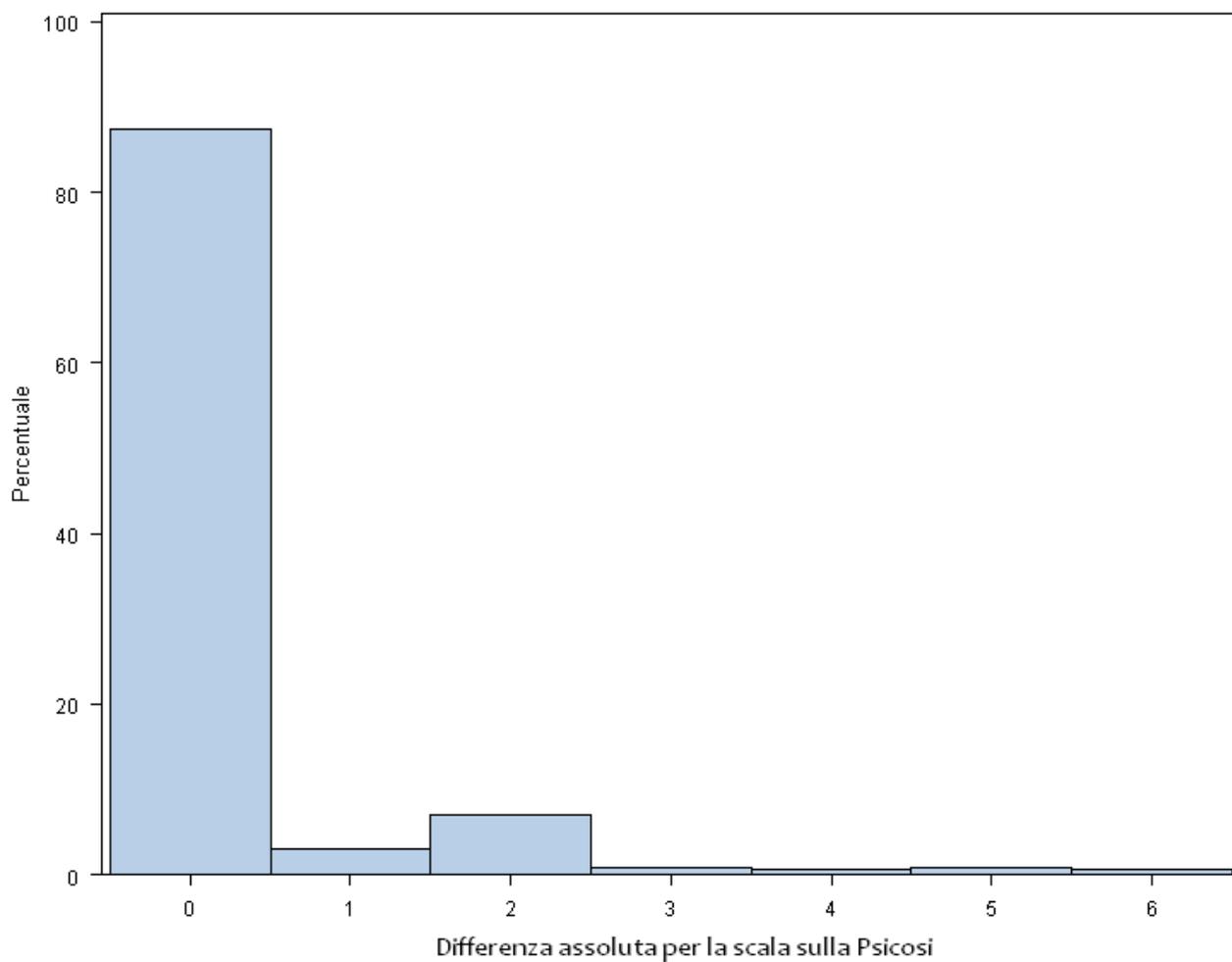
Nel Disordine Ossessivo Compulsivo la percentuale di concordanza è circa del 65%. I due osservatori sono concordi più della metà delle volte. Nonostante ciò, nel 25% dei casi la differenza assoluta tra i punti è maggiore di due. Non c'è disaccordo di 6 – 7 – 8 - 9 punti, ma c'è almeno un caso nel quale hanno pareri totalmente diversi infatti c'è l'un per cento di casi con 10 punti di differenza assoluta. Quindi, almeno per una persona, c'è una totale discordanza tra i due informatori se la persona soffre del disturbo o meno.

Fig. : 16. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sul disturbo Ossessivo Compulsivo.*



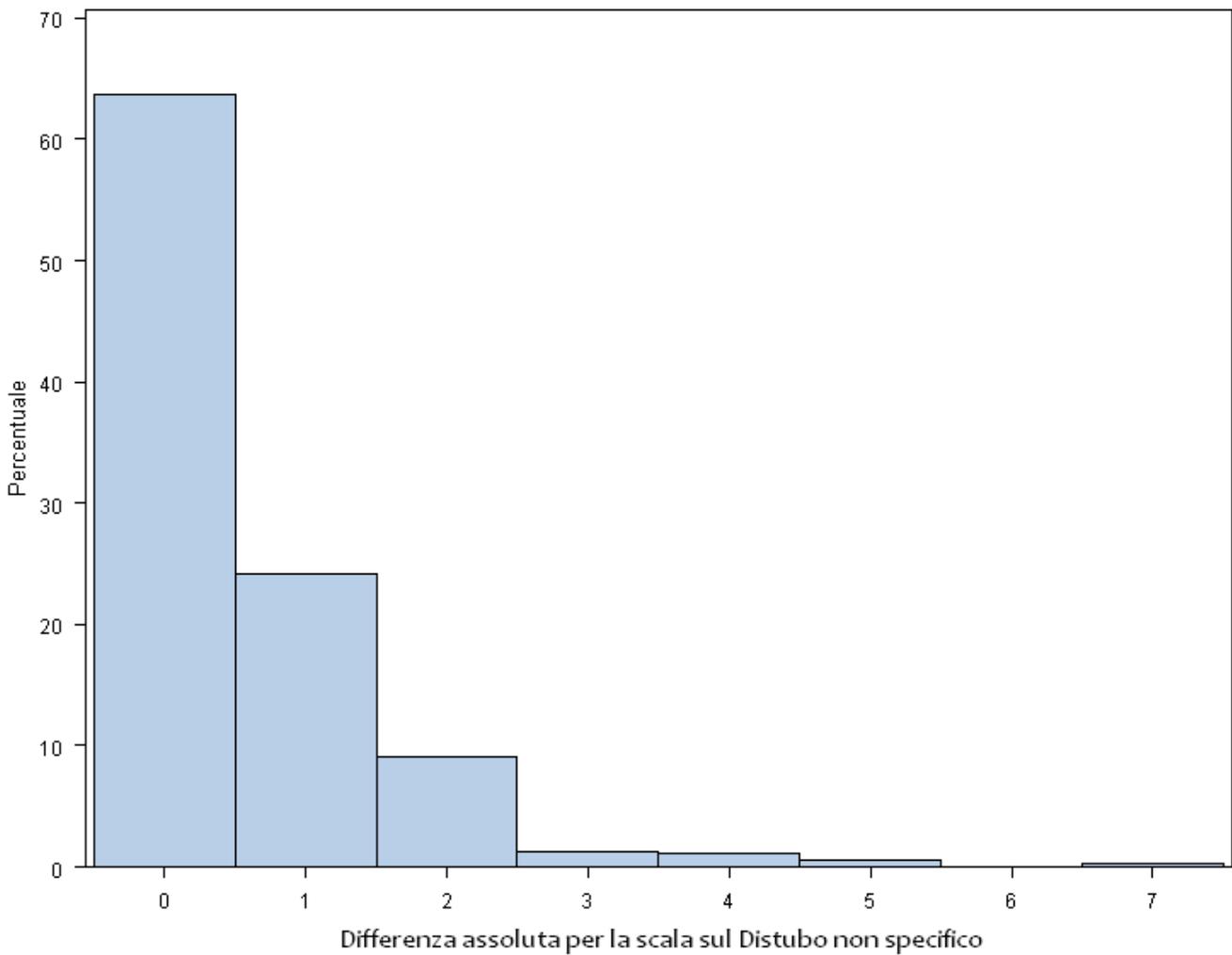
La scala relativa alla Psicosi ha meno variabilità tra i punteggi (STD= 0,9) infatti la concordanza è quasi del 90%. La discordanza maggiore, in circa l'8% dei casi, è di due punti. Inoltre i due osservatori hanno avuto, in meno del 5 % di casi, un disaccordo di 1 - 3 o più punti. La non concordanza maggiore è di 6 punti.

Fig. : 17. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sulla Psicosi.*



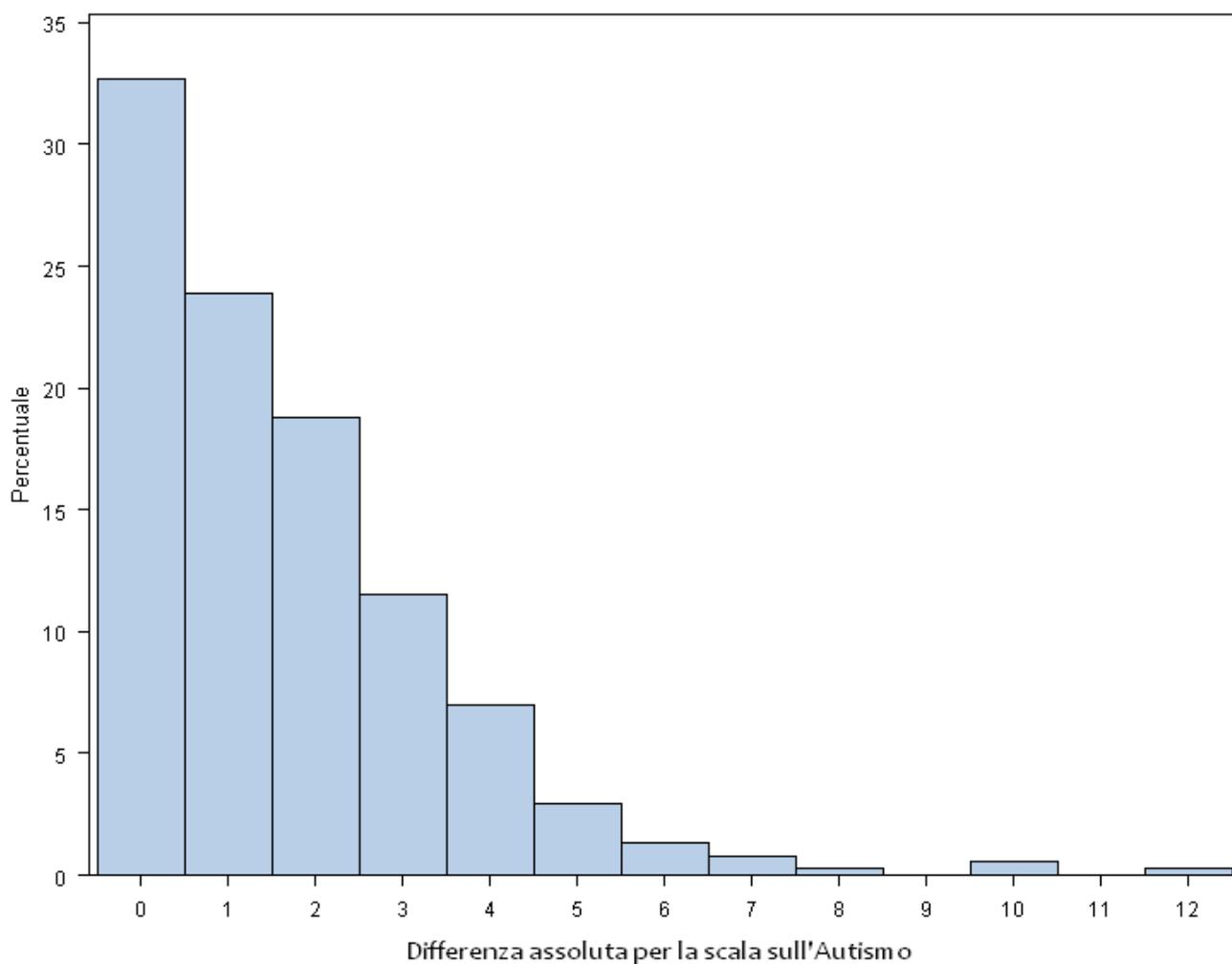
Nel 60% dei casi per il Disturbo non Specifico i due informatori sono concordi, cioè non ci sono differenze tra i pareri. Inoltre per l'85% delle persone hanno al più un punto di differenza. L'8% circa di discordanza si trova per 2 punti, il 3% circa per 3, 2% per 4. Mentre il valore estremo di non concordanza è di 7 punti un disaccordo quasi totale (8 è il punteggio massimo della scala). Non c'è molta variazione nei giudizi dati per il Disturbo non Specifico (STD=0,9).

Fig. : 18. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala dei disturbo non Specifico.*



L'ultimo istogramma è relativo alle differenze assolute tra gli informatori per la scala dell'Autismo. La concordanza tra di loro c'è in più del 30% dei casi. Quindi per il 45% delle persone c'è una discordanza maggiore di un punto. La percentuale di casi di disaccordo diminuiscono con l'aumentare dei punti, ma rimangono superiori al 8% fino ai quattro punti. I valori diminuiscono fino all'ottavo punto di discordanza presente per l'1%. Nonostante ciò il valore di non concordanza massima è di 12 punti. C'è un'alta variabilità tra i punteggi assegnati dai due informatori (STD=1,6).

Fig. : 19. *Differenza assoluta tra i due osservatori per la scala sull'Autismo.*



3.4. *Stratificazione per livello di Disfunzione*

Nell'analisi esplorativa era stata trovata un'ottima relazione tra livello di disfunzione e quoziente intellettivo quindi si è pensato di utilizzare il primo come stratificazione del campione osservato.

3.4.1. *Statistiche Descrittive per livello di Disfunzione*

Grave e Molto Grave sono stati uniti poiché singolarmente sarebbero stati pochissimi casi. Le scale del gruppo Moderato hanno un numero maggiore di mancate risposte nonostante siano solo al più i tre *missing values*. I tre livelli sembrano avere punteggi medi abbastanza simili. Le differenze maggiori sembrano esserci per la Depressione, dove si varia di più di due punti tra Leggero e Grave/Molto Grave. La variabilità dei punteggi medi è simile tra i primi due livelli di disfunzione, nonostante vari di qualche decimo di punto percentuale. L'ultimo livello di disfunzione ha un andamento della deviazione standard diverso tra le scale infatti l'Autismo, invece della Depressione ha variabilità maggiore.

Tab. : 20. *Statistiche Descrittive delle scale della MINI PAS-ADD per gruppo e livello di disfunzione.*

SCALA	N°	MEDIA	STD	MIN	MAX
Gruppo di controllo					
LEGGERO					
Depressione	143	4,7	4,7	0	19
Ansia	143	2,7	4,1	0	22
Ipomania	143	1,8	2,4	0	15
D. Ossessivo compulsivo	143	0,5	1,1	0	5
Psicosi	142	0,5	1,4	0	9
D. non Specifico	143	1,2	1,5	0	7
Autismo	143	2,3	2,8	0	13
MODERATO					
Depressione	195	3,1	4,3	0	20
Ansia	195	2,6	3,7	0	19
Ipomania	195	1,3	2,0	0	9
D. Ossessivo compulsivo	194	0,7	1,4	0	6
Psicosi	192	0,2	0,7	0	5
D. non Specifico	195	1,0	1,6	0	8
Autismo	192	3,3	3,4	0	15
GRAVE E MOLTO GRAVE					
Depressione	134	2,0	3,2	0	14
Ansia	134	2,3	3,7	0	17
Ipomania	134	1,0	2,0	0	12
D. Ossessivo compulsivo	134	0,8	1,4	0	7
Psicosi	134	0,2	0,8	0	8
D. non Specifico	134	0,7	1,7	0	10
Autismo	134	4,8	4,2	0	15

NOTA: E' stato considerato solo il primo osservatore.

Sono molto significative, al 99% , le differenze di punteggio tra i differenti livelli di disfunzione per le scale relative alla Depressione, all'Autismo e all'ipomania. Ciò si verifica anche nelle scale relative alla Psicosi e al Disturbo non Specifico, ma al 95% e al 91% (p-value: 0,05 e 0,01) . Si accetta, invece, l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra i vari gruppi per le altre due scale (Ansia e Disturbo Ossessivo Compulsivo) infatti i p-value sono maggiori di 0,05 (rispettivamente 0,79;0,21).

Quindi la stratificazione tra i differenti livelli di disfunzione è utile. Si può allora procedere all'analisi dell'affidabilità della MINI PAS-ADD con questa divisione.

Tab. : 21. ANOVA relativa alla differenza dei punteggi della MINI PAS-ADD tra i differenti livelli di disfunzione.

SCALA	F-test	p-value
Depressione	$F(3,463)=$ 9,59	<,0001
Ansia	$F(3,463)=$ 0,35	0,79
Ipomania	$F(3,463)=$ 4,12	0,01
D. Ossessivo compulsivo	$F(3,462)=$ 1,49	0,21
Psicosi	$F(3,458)=$ 2,58	0,05
D. non Specifico	$F(3,463)=$ 2,19	0,09
Autismo	$F(3,460)=$ 14,58	<,0001

3.4.2. Coerenza interna

Nel calcolo dell'alpha di Cronbach i livelli di disfunzione Grave e Molto Grave sono stati accorpati perché aventi poche osservazioni.

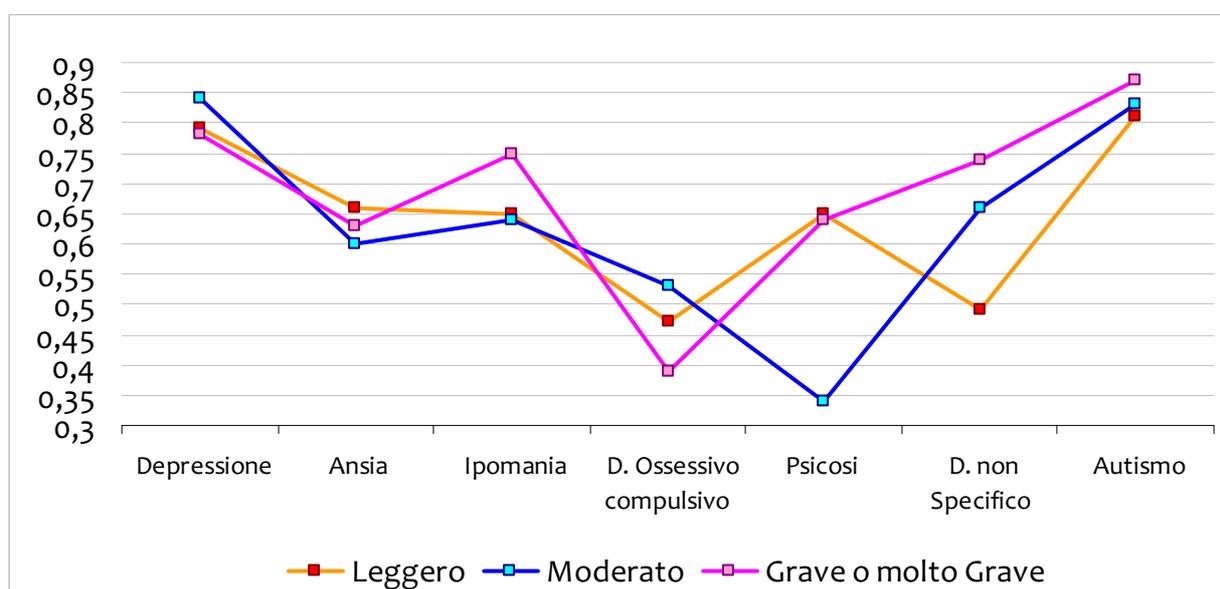
Le scale relative all'Autismo e alla Depressione hanno, per tutti i livelli, il valore più alto (attorno allo .80) quindi le persone esaminate in queste scale hanno un atteggiamento coerente riguardo a ciascun item della scala. Le altre scale hanno tutte, tranne l'Ipomania per il Livello Grave e Molto Grave, un'alpha minore del valore soglia di .70, ma quasi in tutti i casi è superiore alla soglia dello .60 delle analisi esplorative. In particolare il disturbo Ossessivo Compulsivo ha un valore molto basso per tutti i gradi di disfunzione (Leggero=0,47; Moderato=0,53; Grave/Molto Grave=0,39). Sembra non esserci coerenza interna tra gli items usati per identificare questa la scala. Si noti però, che il disturbo Ossessivo Compulsivo è spiegato tramite solo 4 domande mentre le due scale con valori maggiori sono anche quelle con un numero elevato di quesiti. Il livello Moderato ha la coerenza interna minore per la Psicosi (0,34) mentre quello Leggero per il Disturbo non Specifico (0,49).

I tre livelli hanno valori del coefficiente molto diversi.

Tab. : 22. Alpha di Cronbach (punteggi grezzi) sulle scale della MINI PAS-ADD per livello di funzionamento (gruppo di controllo).

SCALA	N _{items}	Leggero (N = 143)	Moderato (N = 195)	Molto Grave o Grave (N=134)
Depressione	18	0,79	0,84	0,78
Ansia	8	0,66	0,60	0,63
Ipomania	11	0,65	0,64	0,75
D. Ossessivo compulsivo	4	0,47	0,53	0,39
Psicosi	8	0,65	0,34	0,64
D. non Specifico	8	0,49	0,66	0,74
Autismo	17	0,81	0,83	0,87

Fig.: 20. Alpha di Cronbach per le scale della MINI PAS-ADD per livello di disfunzione.



3.4.3. Concordanza tra osservatori

I due osservatori hanno pochi valori mancanti nel gruppo clinico, dove sono presenti entrambi. La concordanza tra i due osservatori è buona. Il maggior numero di missing values è nel livello di disfunzione Molto Grave. Le domande con maggiori non risposte sono quelle dalla 25 alla 30, in particolare la 26 e la 30-i. Esse sono gli items relativi all'Ansia:

P25. Situazioni /oggetti che creano panico o paura.

Nelle domande P25 a-j sono presentate le possibili situazioni/oggetti.

P26. Se si è data una risposta affermativa a qualche situazione/oggetto della domanda precedente allora si segni l'intensità della paura.

P27. Evita certe cose, luoghi o attività a causa di ansia.

P28. Attacchi di Panico

P30. I seguenti sintomi si verificano per una persona ansiosa, in preda al panico o alla paura. Si segni qualsiasi sintomo sia stato osservato durante il periodo della valutazione, anche se non è sicuro se sono direttamente causa di una fobia.

Nelle domande P30 a-i sono presentate le possibili situazioni/oggetti.

(P30j. Vertigini, si sente debole e instabile nelle gambe)

In Moderato e Leggero ci sono domande che hanno un' alta percentuale di missing (10%), ma i valori mancanti sono uguali per entrambi gli osservatori.

Tab. : 23. Percentuale di valori mancanti nel gruppo di clinico per informatore e per livello di disfunzione.

Item	Osservatore 1					Osservatore 2				
	Totale	Leggero	Moderato	Grave	Molto Grave	Totale	Leggero	Moderato	Grave	Molto Grave
P3	1	1	1	1	5	1	1	.	.	.
P4	1	-	1	-	3	1	.	.	1	3
P5	0	-	-	-	-	1	.	1	.	.
P6	1	-	1	1	3	1	1	.	.	.
P7	0	-	-	-	-	1	.	1	.	.
P8	0	-	1	-	-	1	.	.	1	.
P9	2	-	2	1	3	3	.	4	2	3
P10	3	2	4	3	3	5	2	7	4	3
P11	3	1	4	4	3	6	4	8	4	3
P12	3	1	3	3	3	6	4	8	3	3
P13	0	1	-	-	-	0	.	.	.	.
P14	1	1	1	-	-	0	.	.	.	.
P15	1	1	1	-	-	0	.	.	.	.
P16	1	-	1	1	5	1	.	1	.	3
P17	2	1	1	1	5	1	.	1	.	3
P18	1	-	2	-	3	1	.	1	.	3
P19	1	-	1	1	-	1	.	1	.	3
P20	1	1	1	-	3	1	.	1	.	3
P21	1	1	1	1	3	1	.	1	.	3

P22	1	-	1	1	3	1	.	1	.	.
P23	1	1	1	1	-	1	.	1	.	.
P24A	2	1	3	-	3	2	1	3	.	.
P24B	2	1	2	-	5	3	4	4	.	.
KG+	0	-	0	-	-	1	.	1	.	.
KG-	0	-	0	-	-	1	.	1	.	.
P25A	5	9	5	3	-	5	9	6	1	.
P25B	5	8	5	3	-	5	9	6	1	.
P25C	5	9	5	3	-	5	9	6	1	3
P25D	6	9	5	3	-	5	10	6	1	.
P25E	6	8	5	3	-	5	9	6	1	.
P25F	5	7	5	3	-	5	9	6	1	.
P25G	6	9	5	3	-	5	9	6	1	.
P25H	5	9	4	3	3	5	9	6	1	.
P25I	6	10	5	2	3	5	9	6	1	.
P25J	5	9	4	3	-	5	7	5	2	.
P26	7	7	10	4	3	7	6	10	3	6
P27	4	4	5	3	3	6	5	9	3	6
P28	4	4	5	2	-	5	5	7	2	3
P29	4	4	5	2	-	6	5	8	2	3
P30A	6	5	8	4	-	7	6	10	2	3
P30B	6	5	9	5	-	7	6	10	2	3
P30C	6	4	8	4	-	7	6	10	2	3
P30D	6	5	8	4	-	7	6	10	2	3
P30E	6	5	9	4	-	7	6	10	2	3
P30F	6	5	9	3	-	7	6	10	2	3
P30G	6	5	9	4	-	7	6	10	2	3
P30H	6	4	8	4	-	6	6	9	2	3
P30I	7	6	10	5	-	7	6	10	3	3
P31	1	1	1	-	-	1	2	1	.	.
P32	2	1	3	-	3	1	2	1	1	.
P33	1	1	1	-	-	2	4	2	.	.
P34	2	1	3	1	3	2	4	2	.	.
P35	1	-	1	-	-	1	.	1	.	.
P36	0	-	1	-	-	1	.	1	.	.
P37	1	-	1	-	3	1	.	1	.	3
P38	0	-	1	-	-	1	.	1	.	.
P39	1	1	1	-	-	1	.	1	.	.
P40	0	-	1	-	-	1	.	1	.	.
P41	1	-	1	-	3	1	.	1	.	3
P42	2	2	2	-	3	2	1	2	.	3
P43	2	1	2	-	3	2	1	2	.	3
P44	2	1	3	-	3	2	2	2	.	3
P45	2	1	2	-	3	2	1	2	.	3
P46	2	1	3	-	5	2	1	2	.	3
P47	2	1	3	-	3	2	1	2	.	3
P48	2	1	2	-	3	2	1	2	.	3
P49	2	1	2	-	3	2	1	2	.	3

P50	1	1	2	-	-	2	1	2	.	.
P51	1	1	2	-	-	2	1	2	2	.
P52	1	1	2	-	-	2	2	2	2	.
P53	2	2	2	-	-	1	1	2	.	.
P54	2	4	2	-	-	2	2	2	.	.
P55	1	1	2	-	-	2	1	2	1	.
P56	1	2	2	-	-	1	.	1	.	.
P57	1	-	2	-	-	1	1	2	1	.
P58	2	1	2	-	3	2	1	2	.	3
P59	1	-	2	-	-	1	1	2	.	3
P60	2	1	2	-	5	2	1	2	.	.
P61	1	1	2	-	-	1	1	2	.	.
P62	1	1	2	-	-	2	1	2	1	.
P63	1	1	2	-	-	2	1	2	.	.
P64	2	1	2	1	-	2	1	2	1	.
P65	2	1	3	-	-	1	.	2	.	.
P66	1	1	2	-	-	2	1	2	.	3

La differenza assoluta in media tra i punteggi degli osservatori per ogni scala e grado di disfunzione è di 1,1 punto. Tra il livello Leggero, quello Moderato, quello Grave e quello Molto Grave non c'è una grande differenza in media di punteggio infatti essi variano di 0,4 al massimo tra l'uno e l'altro. Il punteggio in media più simile è per la Psicosi (STD 0,36;0,31;0,27;0,09) mentre per la Depressione i pareri per i vari gradi sono i più diversi (di 1,9 punti in media). All'interno di ogni scala le differenze assolute hanno una variabilità standard in media di 1,6 punti con picco di 3,08 punti per l'Ansia.

La media è un indicatore non robusto. Ci sono grandi differenze tra i punteggi massimi di ogni scala. Infatti la differenza può essere anche di 10 punti poiché la Depressione ha 30 punti possibili mentre il Disturbo Ossessivo Compulsivo può avere al massimo 10 punti. Quindi è stato fatto un indicatore, ottenuto dal rapporto tra media e valore massimo della scala, che rendesse le differenze assolute delle scale confrontabili per i vari livelli. Non è stato considerato il valore minimo in quanto è zero per tutte le scale.

L'Autismo in ogni livello di disfunzione ha avuto una differenza di parere maggiore (0,10 in media), non la Depressione (0,02 in media). La concordanza massima in media, tra i vari gruppi (0,015) c'è stata per la Psicosi, nonostante per il gruppo Moderato, Grave e Molto Grave singolarmente la Depressione sia maggiore. Quindi le differenze in media per le due

stratificazioni sono uguali. Le differenze sono comunque molto piccole, di pochi centesimi tra le varie scale.

Tab. : 24. Statistiche Descrittive relative alle differenze assolute delle scale tra i due informatori della MINI PAS-ADD per livello di disfunzione (Gruppo di controllo).

SCALA	Massimo della scala	Media (STD)				Media/Massimo della scala			
		Leggero (N = 83)	Moderato (N = 163)	Grave (N = 90)	Molto Grave (N = 34)	Leggero (N = 83)	Moderato (N = 163)	Grave (N = 90)	Molto Grave (N = 34)
Depressione	30	2,06 (2,46)	1,80(2,44)	1,80(2,44)	1,80(2,45)	0,07	0,002	0,002	0,002
Ansia	22	1,78(2,55)	1,88(2,99)	1,80(3,08)	2,03(2,95)	0,08	0,09	0,08	0,09
Ipomania	19	0,83(1,24)	1,05(1,78)	0,78(1,36)	0,59(1,05)	0,04	0,06	0,04	0,03
D. Ossessivo compulsivo	10	0,48(0,71)	0,65(1,32)	0,53(0,82)	0,59(1,02)	0,05	0,07	0,05	0,06
Psicosi	13	0,36(1,09)	0,31(0,86)	0,27(0,87)	0,09(0,39)	0,03	0,02	0,02	0,01
D. non Specifico	11	0,66(0,88)	0,55(0,98)	0,42(0,75)	0,41(0,70)	0,06	0,05	0,04	0,04
Autismo	17	1,28(1,27)	1,77(1,98)	1,73(1,84)	1,71(1,87)	0,08	0,10	0,10	0,10

Non sono presenti significativi valori diversi tra le differenze assolute delle scale dei due informatori stratificati per i livelli di disfunzione. Solo in un caso, la Depressione, c'è una significatività al 99%. Si accetta, invece, l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra i livelli di disfunzione per tutte le altre scale (Ansia, Ipomania, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Psicosi, Disturbo non Specifico e Autismo) infatti i p-value sono molto maggiori di 0,05 (rispettivamente 0,9738; 0,2870; 0,6427; 0,5232; 0,2901).

Quindi non ci sono grandi differenze assolute tra i due informatori della MINI PAS-ADD per i livelli di disfunzione.

Tab. : 25. ANOVA tra le differenze assolute delle scale tra i due informatori della MINI PAS-ADD per i livelli di disfunzione (Leggero, Moderato, Serio, Molto Serio).

SCALA	F-test	p-value
Depressione	$F(3,365) = 4,55$	0,0038
Ansia	$F(3,365) = 0,07$	0,9738
Ipomania	$F(3,365) = 1,26$	0,2870
D. Ossessivo compulsivo	$F(3,361) = 0,56$	0,6427
Psicosi	$F(3,359) = 0,75$	0,5232
D. non Specifico	$F(3,365) = 1,25$	0,2901
Autismo	$F(3,361) = 1,48$	0,2190

4. VALIDITA'

La validità è il livello al quale lo strumento rileva ciò per cui è stato creato piuttosto che riflettere altri fenomeni. Ci sono vari tipi di validità, ma quelli principali sono tre:

- La *Validità rispetto ad un criterio* si avvicina maggiormente al significato comune del termine. Infatti misura il grado di corrispondenza tra il test ed un criterio esterno standard. Lo strumento non è utile a meno che non ci sia una correlazione significativa tra i due. Più alta è la correlazione e maggiore è la validità rispetto al criterio. Questa validità si può dividere in due tipi : Concomitante e Predittiva. La prima è valutata correlando lo strumento con un criterio che si trova nello stesso momento temporale mentre la seconda è una corrispondenza con un evento successivo ad esso connesso.
- La *Validità del contenuto* dipende dalla maniera in cui lo strumento interpreta tutte le dimensioni del concetto.
- La *Validità del costrutto* vuol dire controllare la coerenza tra i risultati che si ottengono e le ipotesi teoriche di partenza. Si calcola quando le prime due validità non sono accettate come totalmente adeguate per definire la qualità che deve essere misurata (E.G. Carminer et al, 1976).

Nello studio della MINI PAS-ADD si sono analizzati i primi due tipi. La validità rispetto ad un criterio è stata studiata tramite la correlazione dello strumento con lo “schermo REISS per i comportamenti Disadattivi” mentre la validità del contenuto è stata valutata con il confronto con le diagnosi psichiatriche (dove presenti).

4.1 REISS

4.1.1. *Struttura del REISS.*

Lo Schermo REISS per i Comportamenti Disadattivi (REISS Screen for Maladaptive Behavior; Reiss 1988) è uno strumento usato per valutare lo stato di salute di adolescenti e adulti con ritardo mentale. Lo strumento è costituito da 38 domande, ognuna rappresentante un sintomo di comportamento disadattivo. Il punteggio di ogni quesito è basato sulla frequenza, l'intensità e le conseguenze del comportamento. Esso ha otto scale, ognuna contenente cinque items: "Comportamento Aggressivo", "Autismo", "Psicosi", "Disordine Compulsivo Ossessivo" (Paranoia), "Depressione - segni nel comportamento", "Disordine della Personalità Dipendente", "Disordine della Personalità Evitante". Inoltre sono incluse nel REISS sei speciali domande sul comportamento disadattivo ("Droga/Abuso d'alcol", "Iper-attività", "Auto-lesionismo", "Problema sessuale", "Demenza", "Tendenza al suicidio"), ognuna identifica un serio problema di salute mentale. Inoltre per misurare la gravità dei disturbi mentali è stato calcolato il punteggio totale. REISS usò il punteggio relativo a 26 domande per computare la somma di tutti i punteggi ottenuti dalle varie domande. Egli esclude le domande dell'Autismo, quelle relative all'"Euforia" e quelle delle sei scale del comportamento disadattivo, poiché, a quel tempo erano disponibili più dati normativi sulle 26 domande (A. van Minnen et al, 1995).

Il REISS ha alcune domande presenti in più scale però esse hanno una frequenza massima di due. Quindi un item è al massimo in due scale perciò non ci sono grandi influenze della struttura del REISS nell'affidabilità dello stesso, però il Disordine Ossessivo Compulsivo ha tutte e cinque gli items presenti in altre scale. Non ha una caratterizzazione univoca.

Tab. : 26. Struttura del REISS

N°	TIPO DI SCALA	DOMANDE
1	Comportamento aggressivo	1, 10, <u>17</u> , 18, 35
2	Autismo	13, 22, 29, 37, <u>38</u>
3	Psicosi	6, 8, <u>16</u> , <u>25</u> , <u>32</u>
4	Disordine Ossessivo Compulsivo	<u>5</u> , <u>16</u> , <u>17</u> , <u>24</u> , <u>25</u>
5	Depressione - comportamento	<u>2</u> , 7, 15, <u>24</u> , 27
6	Depressione – segni fisici	<u>4</u> , 12, <u>20</u> , 26, 31
7	Personalità dipendente	<u>2</u> , 3, <u>4</u> , <u>5</u> , 9
8	D. personalità evitante	19, <u>20</u> , 21, <u>32</u> , <u>38</u>
Comportamento disadattivo		
9	Droga/Abuso d'alcohol	11
10	Iper – attività	23
11	Auto-lesionismo	28
12	Problema sessuale	30
13	Demenza	33
14	Tendenza al suicidio	34
15	Punteggio 26 domande	1-10, 12, 15-21, 24-27, 31-32, 35, 38
16	Punteggio totale (38 domande)	1-38

NOTA: Domande comuni a diverse scale sono sottolineate.

4.1.2. Statistiche descrittive del REISS

Il REISS è stato costruito in modo da avere lo stesso numero di domande per scala. Quindi non sarà necessario calcolare anche la formula predittiva di Spearman - Brown.

Ovviamente i punteggi medi e la variabilità maggiori sono per le due somme degli items, però a livello di scale, la media dei punteggi assegnati è maggiore per il Comportamento aggressivo (3,0). Comunque la Depressione, come nella MINI PAS-ADD, ha un valore medio elevato (2,7). Il punteggio medio minore ce l'ha l'Autismo (1,0) mentre la variabilità minore, anche se di solo 0,1 punto è nella scala della Psicosi. La deviazione standard maggiore si riscontra nella settima scala, cioè nel Disordine della Personalità Evitante (2,3).

Il REISS ha un'alta coerenza interna per il comportamento aggressivo (0,79) e per l'Autismo (0,71) mentre ha un'affidabilità interna molto bassa per la Depressione da segni fisici (0,37). Tutte le domande hanno una discreta relazione l'una con l'altra infatti l'alpha del punteggio totale è 0,73 mentre per le 26 domande considerate da Reiss è leggermente minore (0,69), ma accettabile.

Osservando i valori dell'alpha di Cronbach si nota quanto sia influenzata dal numero degli items. Infatti il Disordine Ossessivo Compulsivo è 0,46 per 4 domande nella MINI PAS-ADD mentre è 0,56 nel REISS con solo un item in più. Le altre scale, che sono presenti in entrambi gli strumenti, hanno una affidabilità maggiore nella MINI PAS-ADD dove hanno un numero superiore di domande.

Tab. : 27. Statistiche Descrittive del REISS

N°	TIPO DI SCALA	N _{Domande}	Media	STD	Alpha
1	Comportamento aggressivo	5	3,0	2,1	0,79
2	Autismo	5	1,0	1,7	0,71
3	Psicosi	5	1,7	1,6	0,50
4	D. Ossessivo Compulsivo	5	2,0	1,8	0,56
5	Depressione - comportamento	5	2,7	1,7	0,37
6	Depressione – segni fisici	5	2,1	2,1	0,62
7	D. Personalità dipendente	5	2,6	1,9	0,52
8	D. Personalità evitante	5	2,4	2,3	0,66
	Punteggio 26 domande	26	11,8	5,8	0,69
	Punteggio Totale	38	14,2	6,9	0,73

4.1.3. *Relazione della MINI PAS-ADD con il REISS*

La MINI PAS-ADD riesce ad identificare bene le persone che soffrono di Autismo e di Depressione. Infatti il primo disordine della MINI PAS-ADD ha una correlazione positiva, dello 0,61 (da segni nel comportamento) e 0,58 (da segni fisici), con persone sottoposte al REISS affette da Depressione. Inoltre c'è il 58% di correlazione per l'Autismo mentre la relazione tra le due scale relative alla Psicosi è solo del 41%. Quindi questo disordine spesso non è riconosciuto univocamente da entrambi i questionari, anzi la relazione della Psicosi (MINI PAS-ADD) è maggiore con l'Autismo (REISS), cioè un soggetto ritenuto psicotico da uno strumento ha maggiori probabilità di essere autistico nell'altro e viceversa infatti tra questi la correlazione è dello 0,43. E' molto interessante notare che la maggiore correlazione (0,67) tra i due strumenti è tra Autismo (MINI PAS-ADD) e il Disturbo della Personalità Evitante (REISS). Si ricordi però, che nella MINI PAS-ADD non c'è la scala relativa a quest'ultimo. Probabilmente le domande utilizzate per identificare la settima scala (MINI PAS-ADD) esprimono meglio i sintomi della Personalità Evitante. Il Disturbo non specifico ha una buona correlazione con la Depressione da segni fisici del REISS (0,55). Inoltre esso ha anche una relazione alta, all'interno della MINI PAS-ADD stessa, con la Depressione (0,65). Quindi spesso le persone il cui disordine non è chiaro sono malate di Depressione.

Non c'è alcuna correlazione positiva tra i due questionari per il Comportamento Aggressivo e per la Personalità Dipendente perciò non sono rilevati in alcun altro disturbo della MINI PAS-ADD. Lo stesso si può dire per l'Ansia e l'Ipomania.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo del REISS non ha alcuna relazione con la corrispondente scala dell'altro strumento anzi ha quasi una correlazione inversa (-0,13).

Alcune scale del REISS hanno una correlazione interessante con altre dello stesso strumento. Infatti una persona con il Disturbo Ossessivo Compulsivo (REISS) sembra avere abbastanza spesso un comportamento aggressivo (0,53) e essere psicotico (0,54). Inoltre un individuo con il Disturbo della Personalità Evitante ha buone probabilità di essere affetto anche da Autismo (0,58) e Psicosi (0,50).

I valori sopra alla diagonale principale sono stati modificati per togliere l'effetto dell'errore di misura così si determina quale sarebbe stata la correlazione tra le due variabili se fossero state perfettamente affidabili. La formula della correzione per attenuazione è:

$$\sigma_{x_t y_t} = \sigma_{x_i y_i} / \sqrt{\rho_{xx'} \rho_{yy'}}$$

dove $\rho_{xx'}$ e $\rho_{yy'}$ sono i due alpha di Cronbach per X e per Y
mentre $\sigma_{x_i y_i}$ è la correlazione osservata.

I valori dopo la correlazione sono tutti aumentati, se erano positivi, o diminuiti, se erano negativi. Le relazioni, però, rimangono le stesse. Infatti la correlazione interna (al REISS) inversa maggiore resta tra Autismo e Depressione in entrambi gli strumenti (REISS -0,24 ;MINI PAS-ADD -0,01). Nel REISS, invece, quella positiva maggiore è tra la Psicosi e il Disturbo Ossessivo Compulsivo mentre nella MINI PAS-ADD tra il Disturbo non Specifico e la Depressione. C'è una relazione perfetta (Depressione da segni fisici) o quasi (Depressione da segni del comportamento) tra le due scale sulla Depressione. Inoltre il Disordine non Specifico (MINI PAS-ADD) corrisponde alla Depressione (MINI PAS-ADD). L'Ansia e il Disordine Ossessivo Compulsivo (REISS), invece , hanno la correlazione inversa maggiore (-0,30).

Tab. : 28. Correlazione tra le scale della MINI PAS-ADD e del REISS.

SCALA	MINI PAS-ADD							REISS						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
MINI PAS-ADD														
1. Depressione	--	0,36	0,46	0,05	0,32	0,89	-0,01	0,10	0,03	0,44	0,21	0,90	1,05	0,29
2. Ansia	0,26	--	0,38	0,46	0,36	0,38	0,29	-0,24	0,36	0,21	-0,30	0,29	0,14	-0,21
3. Ipomania/mania	0,34	0,25	--	0,09	0,24	0,58	0,03	0,07	0,07	0,33	0,08	0,26	0,36	0,17
4. D. Ossessivo Compulsivo	0,03	0,25	0,05	--	0,25	0,09	0,43	-0,10	0,79	0,00	-0,27	0,28	0,17	-0,13
5. Psicosi	0,22	0,22	0,15	0,13	--	0,31	0,10	0,12	0,16	0,76	0,62	-0,23	0,60	0,27
6. Disordine non specifico	0,65	0,24	0,38	0,05	0,19	--	0,12	0,06	0,15	0,49	-0,17	0,60	1,12	-0,05
7. Autismo	-0,01	0,21	0,02	0,27	0,07	0,09	--	0,19	0,75	0,66	0,12	0,12	-0,05	-0,12
REISS														
1. Comportamento aggressivo	0,08	-0,17	0,05	-0,06	0,08	0,04	0,16	--	-0,15	0,37	0,82	0,60	0,18	0,44
2. Autismo	0,02	0,24	0,02	0,45	0,10	0,10	0,58	-0,11	--	0,51	-0,07	-0,08	-0,47	0,87
3. Psicosi	0,28	0,12	0,19	0,00	0,41	0,28	0,43	0,23	0,30	--	1,06	0,46	0,49	0,40
4. D. Ossessivo Compulsivo	0,14	-0,17	0,05	-0,13	0,34	-0,10	0,08	0,53	-0,04	0,54	--	0,67	-0,02	0,70
5. Depressione - comportamento	0,61	0,17	0,16	0,14	-0,13	0,36	0,08	0,40	-0,05	0,24	0,36	--	0,79	0,78
6. Depressione – segni fisici	0,58	0,07	0,18	0,07	0,28	0,55	-0,03	0,10	-0,20	0,21	-0,01	0,36	--	0,68
7. D. Personalità dipendente	0,21	-0,13	0,11	-0,07	0,16	-0,03	-0,09	0,31	-0,24	0,22	0,40	0,46	0,33	--
8. D. Personalità Evitante	0,26	0,15	-0,05	0,35	0,13	0,35	0,67	0,10	0,58	0,50	0,00	0,19	0,28	-0,06

NOTA: Sotto la diagonale principale ci sono i punteggi osservati e sopra di essa essi sono corretti per attenuazione

4.2. Diagnosi.

In questo studio sono presenti tre tipologie diverse di diagnosi: le diagnosi ricavate dal questionario iniziale, le diagnosi cliniche preliminari (v) e quelle finali (d) . Le prime sono presenti per tutto il campione mentre quelle psichiatriche si hanno solo per le persone appartenenti al gruppo clinico dei residenti.

4.2.1. *Statistiche descrittive delle Diagnosi*

La MINI PAS-ADD identifica in modo corretto, osservando le diagnosi finali, solo due gruppi di pazienti, quelli affetti da Depressione e quelli dall' Autismo. Infatti i punteggi medi maggiori nella scala della Depressione li hanno ottenuti le persone diagnosticate depresse così come le persone in cura per Autismo hanno valori medi superiori nella settima scala.

Lo strumento non coglie assolutamente le persone diagnosticate nel Disturbo Ossessivo Compulsivo (0,00) e quelle nella quinta scala (0,8). Inoltre le persone che hanno un Disturbo non Specifico per la MINI PAS-ADD in realtà sono psicotiche (2,8) o depresse (2,3). Sembra che i sintomi della Depressione siano quelli più facilmente confusi. Infatti questa scala ha i punteggi medi maggiori nella MINI PAS-ADD per tutte le diagnosi finali.

Il REISS riesce a riconoscere bene, invece, le persone effettivamente diagnosticate con una determinata malattia. Infatti nella scala sulla Depressione (da segni comportamentali 3,0; da segni fisici 3,6), nel Disturbo Ossessivo Compulsivo (5,0), nel Disturbo della Personalità Dipendente (3,3) il punteggio è superiore per le corrispondenti diagnosi. Il REISS identifica bene anche la non appartenenza del Comportamento Aggressivo a nessuna delle diagnosi finali presenti (3,1).

I soggetti malati di Psicosi sono classificati dal REISS come affetti da Disturbo della Personalità Evitante (3,7). Inoltre questo disturbo, come avevamo già notato, ha un'ottima relazione con l'Autismo (diagnosticato), migliore di quella che ha la quinta diagnosi con la scala relativa. Nonostante ciò, l'ultimo disturbo del REISS identifica meglio il Disturbo Ossessivo Compulsivo (4,5). Sembra non esserci una chiara definizione del disturbo della Personalità Evitante nello strumento. E' interessante che le persone che secondo lo strumento sono affette dal Disturbo della Personalità Dipendente in realtà non hanno alcuna diagnosi (7,0).

Tab. : 29. Punteggio medio delle scale della MINI PASADD e del REISS per diagnosi finale del gruppo clinico (d=1).

DIAGNOSI	Depressione	Ipomania	D. Ossessivo Compulsivo	Psicosi	Autismo	D.Personalità Altro dipendente	Nessuno		
SCALA									
MINI PAS-ADD									
Depressione	8,7	4,3	4,5	7,3	5,3	6,3	5,6	6,0	
Ansia	3,6	7,0	4,0	3,8	4,4	1,0	3,2	0,0	
Ipomania/mania	1,7	2,3	2,5	2,2	1,7	1,5	2,3	0,0	
D. Ossessivo Compulsivo	0,9	0,0	0,0	0,6	0,9	0,2	0,3	0,0	
Psicosi	0,8	0,0	0,0	0,8	0,1	0,2	0,2	0,0	
Disordine non Specifico	2,3	1,3	2,0	2,8	1,2	1,5	1,3	1,0	
Autismo	4,6	2,3	5,0	4,4	6,6	1,9	2,9	1,0	
REISS									
Comportamento Aggressivo	2,6	2,5	3,5	2,3	2,6	3,3	3,1	0,0	
Autismo	1,7	1,8	3,0	1,9	3,2	0,5	0,8	0,0	
Psicosi	1,1	1,0	4,0	3,0	2,3	1,5	1,7	0,0	
D. Ossessivo Compulsivo	1,4	1,0	5,0	2,1	1,9	2,3	1,9	2,0	
Depressione - Comportamento	3,0	2,3	3,5	2,3	1,9	3,1	2,7	3,0	
Depressione – Segni Fisici	3,6	1,0	1,0	2,3	0,8	2,0	1,9	5,0	
D. Personalità Dipendente	2,2	2,3	3,5	1,8	1,9	3,3	2,7	7,0	
D. Personalità Evitante	3,5	1,5	4,5	3,7	4,1	2,1	2,3	1,0	

NOTA: Ansia and Demenza delle diagnosi non hanno osservazioni.

Nella tabella sottostante sono state considerate le statistiche descrittive delle scale, solo dove presenti certe diagnosi preliminari.

Le persone con diagnosticata Depressione o Autismo hanno dei punteggi medi maggiori nelle relative scale della MINI PAS-ADD (rispettivamente 9,8 e 5,7) mentre il Disordine Ossessivo Compulsivo e la Psicosi hanno un valore medio più grande nell'ultima scala (rispettivamente 7,5 e 7,9) e l'Ipomania nella seconda (6,0). La Personalità Dipendente e Altro non sono presenti come scala nello strumento. Le persone con queste diagnosi sono ritenute Depresse nella MINI PAS-ADD. Infatti hanno punteggio medio maggiore nella prima scala (6,2 e 5,7). Per la Demenza non ci sono pazienti. La variabilità maggiore tra i punteggi è nella terza diagnosi per la scala della Depressione (6,4) nonostante essa abbia solo due persone. La deviazione standard minore è nella seconda diagnosi per il Disordine non Specifico e per la Depressione (0,6).

Tab. : 30. *Statistiche Descrittive delle scale della MINI PAS-ADD in funzione delle diagnosi preliminari del gruppo clinico residente (v=1)*

SCALA	Depressione				Ipomania				D. Ossessivo compulsive				Psicosi			
	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range
Depressione	9,8	20	5,6	0 - 19	1,7	3	0,6	0 - 2	4,5	2	6,4	0 - 9	7,9	18	4,5	0 - 16
Ansia	3,1	20	3,9	0 - 14	6,0	3	1,7	0 - 8	0,5	2	0,7	0 - 1	3,8	18	3,7	0 - 12
Ipomania	2,1	20	2,2	0 - 7	1,7	3	1,5	0 - 3	2,5	2	3,5	0 - 5	1,8	18	1,8	0 - 5
D.Ossessivo Compulsive	0,6	20	1,1	0 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	18	1,1	0 - 3
Psicosi	0,5	20	2,0	0 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	17	1,6	0 - 6
Disordine non Specifico	2,4	20	2,3	0 - 7	0,3	3	0,6	0 - 1	2,0	2	2,8	0 - 4	2,4	18	1,9	0 - 6
Autismo	3,0	20	2,7	0 - 8	5,3	3	5,8	0-12	7,5	2	3,5	0-10	4,4	18	3,2	0 - 9

SCALA	Autismo				D. Personalità Dipendente				Altro			
	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range
Depressione	5,0	12	4,1	0 - 12	6,2	15	4,5	0- 15	5,7	31	4,5	0 - 15
Ansia	4,4	12	4,1	0 - 11	0,9	15	2,0	0 - 8	3,0	31	3,5	0 - 14
Ipomania	1,8	12	1,4	0 - 5	1,3	15	1,8	0 - 5	2,8	31	3,1	0 - 15
D.Ossessivo Compulsivo	0,6	12	1,6	0 - 5	-	-	-	-	0,4	31	1,1	0 - 5
Psicosi	0,2	12	0,8	0 - 2	0,1	15	0,5	0 - 3	0,3	31	0,8	0 - 2
Disordine non Specifico	0,6	12	0,8	0 - 2	1,2	15	1,4	0 - 4	1,9	31	2,1	0 - 7
Autismo	5,7	12	3,5	0 - 12	1,7	15	2,7	0-10	2,4	31	3,7	0 - 12

Le statistiche descrittive delle scale, solo dove presenti certe diagnosi nel questionario iniziale, sono nella tabella sottostante .

Le persone con diagnosticata Depressione, Ansia e Autismo hanno dei punteggi medi maggiori nelle relative scale della MINI PAS-ADD (rispettivamente 6,88;8,18; 6,93) mentre il Disordine Ossessivo Compulsivo ha un valore medio superiore nell'ultima scala (4,91), la Psicosi nella prima e nella seconda (5,63)mentre l'Ipomania e la Demenza nella scala della Depressione (5,77 e 6,0). La Personalità Dipendente non è presente come scala nello strumento. Le persone con questa diagnosi sono ritenute spesso Depresse dallo strumento. Infatti hanno punteggio medio maggiore nella prima scala (4,77). I punteggi per le persone affette da Ansia per la corrispondente scala hanno una variabilità molto alta (7,7) mentre la deviazione standard minore è nella quinta scala per la Depressione(0,7).

Tab. : 31. Statistiche Descrittive delle scale della MINI PAS-ADD in funzione delle diagnosi del questionario iniziale (gruppo clinico e di controllo).

SCALA	Depressione				Ansia				Ipomania				D. Ossessivo compulsivo			
	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range
Depressione	6,9	42	5,9	0-20	4,1	11	3,2	0-11	5,8	13	5,3	0-20	4,4	23	4,5	0-14
Ansia	3,7	42	4,0	0-12	8,2	11	7,8	0-22	3,2	13	4,0	0-12	4,2	23	5,4	0-22
Ipomania	2,4	42	2,5	0- 9	2,7	11	2,9	0- 8	0,9	13	2,0	0- 7	1,5	23	1,9	0- 6
D. Ossessivo Compulsivo	1,0	42	1,7	0- 7	1,8	11	2,1	0- 6	0,5	13	0,9	0- 3	2,2	23	2,3	0- 7
Psicosi	0,3	42	0,7	0- 3	0,8	11	1,3	0- 4	0,4	13	0,8	0- 2	0,4	23	1,1	0- 5
Disordine non Specifico	2,0	42	2,2	0- 8	1,2	11	1,4	0- 4	1,7	13	1,8	0- 4	0,4	23	1,1	0- 5
Autismo	3,8	42	3,9	0-13	3,6	11	2,7	1- 8	5,5	13	4,5	0-13	4,9	23	3,8	1-14

SCALA	Psicosi				Autismo				Personalità Dipendente				Demenza			
	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range	Media	N°	STD	Range
Depressione	5,6	48	4,6	0-16	2,1	68	3,0	0-12	4,8	43	4,2	0-17	8,00	10	3,7	0-14
Ansia	5,6	48	4,6	0-22	3,2	68	3,7	0-12	2,1	43	3,3	0-11	3,60	10	4,0	0-12
Ipomania	2,4	48	2,4	0- 8	0,8	68	1,7	0-10	2,0	43	2,3	0- 9	2,20	10	2,7	0- 9
D. Ossessivo Compulsivo	1,2	48	1,7	0- 6	1,0	68	1,5	0- 6	0,6	43	1,5	0- 6	1,00	10	2,2	0- 7
Psicosi	1,1	47	2,0	0- 8	1,0	68	1,5	0- 6	0,4	43	1,5	0- 9	0,20	10	0,6	0- 2
Disordine non Specifico	1,9	48	2,3	0- 9	0,4	68	0,9	0- 5	1,1	43	1,5	0- 7	4,70	10	2,8	0- 9
Autismo	3,9	48	3,7	0-14	6,9	68	4,8	0-15	2,4	43	2,4	0-10	6,00	9	3,6	2-12

4.2.2. Confronto con le diagnosi.

Le diagnosi preliminari e finali sono presenti entrambe solo nel gruppo clinico dei residenti, ma con distribuzione diversa l'una dall'altra infatti le due ANOVA hanno una differente significatività. Quindi è stata fatta un'analisi incrociata tra le diagnosi preliminari e quelle finali. Esse sono in numero diverso infatti sono maggiori i giudizi preliminari (113 contro 105). Soltanto per il Disturbo Ossessivo Compulsivo e per coloro che non hanno nessun disturbo si ha lo stesso numero di valutazioni iniziali e finali, però esse sono per pochissimi soggetti (rispettivamente per due e per uno). Nelle restanti diagnosi si hanno in più casi un numero maggiore di diagnosi preliminari e minore di diagnosi finali. Altro è il gruppo di pazienti con diagnosi preliminari maggiori (34) di cui per 19% rimangono solo preliminari mentre per il 16% ci sono anche quelle finali. 27 persone hanno il Disordine della Personalità come giudizio finale, di cui il 14% lo hanno in entrambe, nonostante solo 17 individui lo abbiano come preliminare. La Psicosi è il disordine del quale si ha una percentuale maggiore di entrambe le diagnosi (16%). La demenza è presente solo in un caso ed è solo una diagnosi preliminare.

Tab. : 32. Numero di Diagnosi (Preliminari e Finali) e percentuale di pazienti con una certa diagnosi, nel gruppo clinico dei residenti.

DIAGNOSI	Diagnosi Preliminari	Diagnosi Finali	Assenti entrambe	Presenti entrambe	Solo Finale	Solo Preliminare
Depressione	22	16	72	12	6	10
Ipomania	3	4	94	2	2	1
D. Ossessive compulsivo	2	2	97	1	1	1
Psicosi	20	19	77	16	3	4
Autismo	13	16	82	11	4	2
Personalità Dipendente	17	27	71	14	12	2
Demenza	1	0	99	0	0	1
Altro	34	20	61	16	4	19
Nessuna	1	1	98	1	1	0

La maggior parte delle scale non ha significative differenze tra le diagnosi preliminari. Infatti solo per la Depressione e per il Disordine non Specifico il p-value è significativo al 99% (i p-value sono rispettivamente 0,0016 e 0,0035). Quindi si accetta l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra le diagnosi preliminari per le scale dell'Ipomania, del Disturbo Ossessivo Compulsivo e della Psicosi.

Non ci sono diagnosi preliminari per l'Ansia. La MINI PAS-ADD riesce ad identificare in modo significativo solo le persone che hanno la Depressione o un Disordine non specifico (probabilmente l'Autismo) nelle diagnosi preliminari.

Tab. : 33. ANOVA delle scale della MINI PAS-ADD in funzione delle diagnosi preliminari (v) nel gruppo clinico dei residenti.

SCALA	F-test	p-value
Depressione	$F(1,88)=$ 10,57	0,0016
Ipomania	$F(1,88)=$ 0,05	0,8303
D. Ossessivo Compulsivo	$F(1,88)=$ 0,29	0,5913
Psicosi	$F(1,88)=$ 1,72	0,1925
Disordine non Specifico	$F(1,88)=$ 9,00	0,0035

Le differenze sono significative al 99% tra le diagnosi del questionario iniziale per quasi tutte le scale (Depressione, Ansia, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Psicosi, Disturbo non Specifico). Si accetta, invece, l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra le diagnosi per la scala dell'Ipomania infatti il p-value è un valore più grande di 0,01 (0,4430).

Quindi lo strumento riesce ad individuare tutte le differenti diagnosi del questionario ad eccezione dell'Ipomania.

Tab. : 34. ANOVA delle scale della MINI PAS-ADD in funzione delle diagnosi del questionario iniziale (gruppo di controllo e clinico).

SCALA	F-test	p-value
Depressione	$F(1,474)=$ 29,31	<,0001
Ansia	$F(1,474)=$ 26,14	<,0001
Ipomania	$F(1,474)=$ 0,59	0,4430
D. Ossessivo Compulsivo	$F(1,473)=$ 36,57	<,0001
Psicosi	$F(1,469)=$ 40,60	<,0001
Disordine non Specifico	$F(1,471)=$ 85,65	<,0001

Due scale hanno significative differenze tra le diagnosi finali. Infatti solo la Depressione e l'Autismo hanno un p-value minore di 0,01. Infatti la prima scala ha un p-value di 0,0991 (significatività al 90%) mentre la seconda è significativa al 99%. Quindi si accetta l'ipotesi nulla di uguaglianza delle varianze tra le diagnosi finali per le scale dell'Ipomania, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Psicosi e del Disordine non Specifico.

Non ci sono valutazioni ultime per l'Ansia. La MINI PAS-ADD riesce ad identificare bene solo le persone che hanno diagnosi finali di Depressione e Autismo come si era visto dai punteggi medi.

Tab. : 35. ANOVA delle scale della MINI PAS-ADD in funzione delle diagnosi finali (d) nel gruppo clinico dei residenti.

SCALA	F-test	p-value
Depressione	$F(1,88)=$ 2,78	0,0991
Ipomania	$F(1,88)=$ 0,06	0,7998
D. Ossessive Compulsivo	$F(1,88)=$ 0,29	0,5913
Psicosi	$F(1,87)=$ 2,03	0,1580
Disordine non Specifico	$F(1,88)=$ 1,02	0,3161
Autismo	$F(1,88)=$ 22,31	<,0001

4.2.3. Soglie della MINI PAS-ADD.

Dopo aver osservato le relazioni tra le scale della MINI PAS-ADD e le Diagnosi preliminari, finali e del questionario iniziale sono state osservate le soglie delle scale. Esse sono i limiti minimi che servono per interpretare i punteggi ottenuti dai pazienti. Infatti lo strumento è stato pensato per identificare il singolo caso, cioè la MINI PAS-ADD dovrebbe trovare tutte quelle persone che superano una qualsiasi delle determinate soglie definite per ogni scala e che quindi dovrebbero soffrire di un qualche disturbo psicologico.

I differenti punteggi della soglia sono stati definiti in base: alla facilità con cui si possono ottenere determinati punti, alla presenza di domande usate in più scale e ai sintomi caratteristici che vengono identificati.

La soglia più elevata è per la scala della Depressione poiché ha il punteggio maggiore però il limite minimo e il valore massimo della scala non sono sempre proporzionali. Infatti, nonostante il punteggio più elevato che è possibile avere per la scala dell'Ansia sia 22, il limite minimo è 7, minore di quello dell'Ipomania (massimo 19). La soglia posta al valore più basso è di 2, relativa alla Psicosi nonostante questa scala abbia un punteggio massimo possibile di 13. Una persona per essere ritenuta affetta dall'Autismo per la MINI PAS-ADD deve aver superato tutti e tre i punteggi delle sue sotto-scale.

Tab. : 36. Soglie della MINI PAS-ADD.

SCALA	Punteggio Massimo				Soglia	
Depressione	30				10	
Ansia	22				7	
Ipomania/mania	19				8	
Ossessivo Compulsivo	10				3	
Psicosi	13				2	
Disordine non Specifico	11				6	
Autismo	8	3	6	4	1	3

NOTA: La soglia dell'Autismo è passata se vengono passate tutte e tre le soglie

Nel questionario iniziale sono presenti anche le diagnosi delle persone osservate, ma si ricordi che sono poche le persone che risultano averne (il 7% per scala, circa 34 persone). Il test infatti è per tutto il campione di 476 individui, non solo per gli appartenenti al gruppo clinico.

Le soglie sono passate dal 9% in media delle persone sotto osservazione per ogni scala cioè per circa 42 individui. Passare una soglia molto spesso non vuol dire avere una diagnosi nel questionario iniziale. Infatti in tutte le scale le persone senza diagnosi che hanno passato i livelli minimi sono in numero maggiore. In particolare nella scala dell'Ansia il 15% delle persone (74 individui) ha passato la soglia della relativa scala di cui il 68 soggetti (il 93%) è senza una diagnosi. Inoltre la maggior parte delle persone con una diagnosi non hanno passato il limite minimo (137 persone contro 67). Le persone che hanno passato la soglia ma non hanno diagnosi dovrebbero essere sottoposte ad un controllo psichiatrico più accurato.

L'Autismo ha il più alto numero di persone con diagnosi. Infatti ha il più elevato valore di persone con diagnosi sopra la soglia (5% cioè 22 soggetti), ma ha anche il più alto sotto (10% cioè 46 individui). Mentre l'Ipomania è la scala giudicata in modo peggiore. Infatti i 12 individui (3%) che hanno superato la soglia sono tutti senza diagnosi. I risultati sembrano avvalorare il risultato dell' ANOVA delle scale della MINI PAS-ADD in funzione del questionario iniziale.

Tab. : 37. Valori assoluti delle diagnosi del questionario iniziale (gruppo di controllo e clinico) che hanno passato le soglie della MINI PAS-ADD.

DIAGNOSI	Soglia Passata		Soglia non passata	
	No diagnosi	Diagnosi	No diagnosi	Diagnosi
Depressione	38	16	396	25
Ansia	68	6	397	5
Ipomania	12	0	451	13
D.Ossessivo Compulsivo	41	9	412	14
Psicosi	28	14	400	34
Autismo	9	22	399	46

Tab. : 38. Percentuali delle diagnosi del questionario iniziale (gruppo di controllo e clinico) che hanno passato le soglie della MINI PAS-ADD.

DIAGNOSI	Soglia Passata		Soglia non passata	
	No diagnosi	Diagnosi	No diagnosi	Diagnosi
Depressione	8	3	83	6
Ansia	14	1	83	1
Ipomania	3	0	95	3
D.Obsessivo Compulsivo	9	2	87	3
Psicosi	6	3	84	7
Autismo	2	5	84	10

Dal confronto con le diagnosi preliminari la Demenza è identificata dalla MINI PAS-ADD perfettamente (100%) come disturbo non specifico, però solo una persona ne è affetta. La Depressione è anche riconosciuta molto bene. Infatti il 55% delle persone con la diagnosi di Depressione hanno superato la soglia relativa mentre per l'Ipomania, il Disturbo Ossessivo Compulsivo e l'Autismo nessuno ha superato la limite minimo della corrispondente scala. Una persona diagnosticata preliminarmente come ipomaniaca nella MINI PAS-ADD è ansiosa (33%) o autistica (33%). Una autistica, secondo lo strumento, è ansiosa (33%).

Il limite minimo più difficile da superare è quello dell'Ipomania mentre quelli della Depressione e dell'Ansia sono i più semplici. La soglia dell'Autismo è passata solo da persone diagnosticate come ipomaniache.

Solamente una persona nel gruppo clinico dei residenti non ha alcuna valutazione, solo due ne hanno una nel Disturbo Ossessivo Compulsivo mentre nessuna persona ha una diagnosi finale per l' Ansia .

Tab. : 39. Percentuale di pazienti con una certa diagnosi preliminare che hanno passato le soglie della MINI PAS-ADD (gruppo clinico).

DIAGNOSI	N_{pazienti}	Depressione	Ansia	Ipomania	D. Ossessivo Compulsivo	Psicosi	D. non Specifico	Autismo
Depressione	20	55	20	0	10	5	20	0
Ipomania	3	0	33	0	0	0	0	33
D. Ossessivo Compulsivo	2	0	0	0	0	0	0	0
Psicosi	18	39	22	0	11	22	11	0
Autismo	12	25	33	0	17	8	0	0
Disordine Personalità	15	27	7	0	0	7	0	0
Demenza	1	0	0	0	0	0	100	0
Altro	31	23	16	3	7	16	7	0
Nessuna	1	0	0	0	0	0	0	0

La Depressione è il disturbo meglio identificato dalla MINI PAS-ADD secondo il confronto con le diagnosi finali. Infatti il 42% delle persone con la diagnosi di Depressione hanno passato anche il relativo limite minimo mentre per l' Ipomania e il Disturbo Ossessivo Compulsivo nessuno ha superato la soglia della corrispondente scala, ma hanno entrambe il 50% di persone oltre il limite minimo dell'Ansia. Il numero di pazienti con queste diagnosi sono, però, pochissimi (rispettivamente 4 e 2). Le persone con valutazione Autismo hanno passato un po' tutte le soglie, in particolare quella dell'Ansia (29%), ma si trova sopra il limite minimo della corrispondente scala.

La soglia del Disturbo non Specifico non è stata superata da nessuno diagnosticato Altro ed è stata passata solo dal 4% di coloro con il Disturbo della Personalità. Il limite minimo più difficile da superare è quello dell'Ipomania mentre quelli della Depressione e dell'Ansia sono i più semplici.

Solamente una persona nel gruppo clinico dei residenti non ha alcuna valutazione mentre nessuna persona ha una diagnosi finale in Demenza e Ansia .

Tab. : 40. Percentuale di pazienti con una certa diagnosi finale che hanno passato le soglie della MINI PAS-ADD (gruppo clinico).

DIAGNOSI	N_{pazienti}	Depressione	Ansia	Ipomania	D. Ossessivo Compulsivo	Psicosi	D. non Specifico	Autismo
Depressione	14	42	29	0	14	14	7	7
Ipomania	4	25	50	0	0	0	0	0
D. Ossessivo Compulsivo	2	0	50	0	0	0	0	0
Psicosi	17	35	24	0	12	24	18	0
Autismo	14	21	29	0	21	7	0	7
Disordine Personalità	24	25	4	0	4	8	4	0
Altro	18	22	17	6	6	11	0	7
Nessuna	1	0	0	0	0	0	0	0

Le persone affette dalla Depressione, dal Disturbo Ossessivo Compulsivo, dall'Autismo e dalla Psicosi del questionario iniziale sono riconosciute abbastanza bene dalla MINI PAS-ADD. Infatti ognuna di queste scale supera la rispettiva soglia in percentuale maggiore rispetto alle altre. Infatti il 39% con la diagnosi di Depressione, il 39% con la quarta valutazione, il 29% con giudizio Psicosi e il 32% con l'Autismo hanno passato anche il corrispondente limite minimo mentre per l'Ipomania nessuno ha oltrepassato la soglia relativa.

La Demenza è riconosciuta nella MINI PAS-ADD il 40% delle volte come Disturbo non specifico e altrettante nella Depressione. Il limite minimo più difficile da superare rimane quello dell'Ipomania mentre quelli della Depressione e dell'Ansia sono i più semplici.

Nessuna persona ha una diagnosi nell'Ansia, in Nessuna e in Altro.

Tab. : 41. Percentuale di pazienti con una certa diagnosi nel questionario iniziale che hanno passato le soglie della MINI PAS-ADD (gruppo clinico e di controllo).

DIAGNOSI	N_{pazienti}	Depressione	Ansia	Ipomania	D. Ossessivo Compulsivo	Psicosi	D. non Specifico	Autismo
Depressione	42	39	24	5	15	12	12	2
Ipomania	13	15	15	0	8	15	0	15
D. Ossessivo Compulsivo	23	13	17	0	39	9	4	9
Psicosi	48	23	27	4	21	29	10	6
Autismo	68	6	21	3	21	7	0	32
Disordine Personalità	43	16	16	2	9	14	2	2
Demenza	10	40	20	10	10	10	40	10

4.2.4 AXIS

Ci sono varie sistemi diagnostici usati in tutto il mondo. Uno dei più conosciuti e usati in Occidente è Manuale Statistico e Diagnostico dei Disordini Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition; American Psychiatric Association 1994). Esso è una classificazione delle malattie e dei disordini mentali, scritta in linguaggio comune, a cinque livelli.

Il sistema è utile per la discussione di casi simili tra professionisti di salute mentale provenienti da differenti aree geografiche. Inoltre la classificazione serve per stabilire una diagnosi o categorizzare i pazienti usando criteri diagnostici. Il DSM-IV è anche molto usato nelle ricerche sulla salute mentale.

Ci sono state quattro aggiornamenti da quando è stato la prima volta pubblicato nel 1952. Da allora sono stati aggiunti nuovi disordini ed altri ne sono stati tolti poiché non più considerati malattie mentali. L'edizione più recente risale al 1994 nonostante sia stata fatta una revisione nel 2000 (DSM-IV-TR) con significativi cambiamenti nella descrizione dei sintomi e nella discussione delle diagnosi.

I cinque livelli della DSM-IV sono chiamati Axis.

- Nell' *Axis-I* sono elencate quasi tutte le diagnosi psichiatriche. Sono incluse Depressione, Ansia, Ipomania, Disturbo Ossessivo Compulsivo e la Psicosi.
- Nell'*Axis-II* sono registrate le malattie diagnosticate la prima volta nell'infanzia. Questo gruppo include anche il i disordini personali. L'*Axis-II* comprende l'Autismo e il Disturbo Specifico.
- Nell'*Axis-III* sono considerati tutti i disordini fisici sia che siano relativi a disordini psichiatrici sia che non lo siano.
- L'*Axis-IV* include tutti i fattori di stress psicologico, del passato e del presente, che hanno influenzato il paziente al momento della valutazione.
- L'*Axis-V* dà una valutazione generale dell'abilità dell'individuo di affrontare la vita presente. Per quantificare questo livello viene utilizzato la Valutazione Globale del Funzionamento (Global Assessment of Functioning).

Nello studio della validità della MINI PAS-ADD sono usati solo i primi due Axis. La MINI PAS-ADD non riesce ad identifica bene persone affette da una determinata malattia. Quindi si vuole valutare quanto lo strumento riesce ad individuare almeno l'area di pertinenza della malattia.

Non è sono state considerate le diagnosi preliminari.

Nell'Axis – I c'è un numero maggiore di individui sopra almeno ad una soglia della MINI PAS-ADD. Il 48% delle persone con una diagnosi finale hanno passato tutti i limiti minimi mentre di coloro con una diagnosi del questionario iniziale solo il 35%. Un numero maggiore di persone, aventi una diagnosi nel test iniziale, invece, ha superato almeno una soglia della MINI PAS-ADD e appartiene al gruppo dell' Axis-II (10% contro il 7%). Le percentuali diminuiscono con l'aumentare del numero di limiti minimi oltrepassati. Nessuno ha superato due soglie della MINI PAS-ADD nell'Axis-II, cioè nessuno è stato diagnosticato affetto da Autismo e da un Disordine non Specifico (sono solo due i disordini che consideriamo nella seconda classificazione). C'è solo un individuo oltre quattro limiti nell'Axis-I. E' il paziente che ha avuto otto diagnosi nel questionario iniziale.

Tab. : 42. Percentuale di pazienti con diagnosi finale che hanno passato le soglie dell'Axis-I e dell'Axis-II della MINI PAS-ADD.

	Axis-I	Axis-II
Sotto tutte le soglie	52	93
Sopra una soglia	32	7
Sopra due soglie	12	0
Sopra tre soglie	3	-
Sopra quattro soglie	0	-

Tab. : 43. Percentuale di pazienti con questionario iniziale che hanno passato le soglie dell'Axis-I e dell'Axis-II della MINI PAS-ADD.

	Axis-I	Axis-II
Sotto tutte le soglie	65	90
Sopra una soglia	25	10
Sopra due soglie	7	0
Sopra tre soglie	2	-
Sopra quattro soglie	1	-

Le diagnosi finali della Depressione, dell'Ipomania e del Disturbo Ossessivo Compulsivo vengono facilmente riconosciute dalla MINI PAS-ADD come appartenenti al primo Axis, una volta che sono riconosciute come appartenenti ad uno dei due gruppi di diagnosi. L'Ipomania e il Disturbo Ossessivo Compulsivo, invece, sono identificate solo nel 50% dei casi come appartenenti ad un Axis. L'Autismo è confuso poiché solo il 57% è riconosciuto come appartenente ad un Axis e solamente il 12% di questo è classificato come Axis-II. L'Ansia non è presente tra le diagnosi finali.

Tab. : 44. Percentuale di pazienti con diagnosi finale che hanno passato le soglie dell'”Axis-I” e dell'”Axis-II” della MINI PAS-ADD per diagnosi.

DIAGNOSI	Pazienti con una certa diagnosi finale (N)	Pazienti con una diagnosi almeno un Axis passato (%)	Axis-I	Axis-II
Depressione	14	79	81	18
Ipomania	4	50	100	0
D.Ossessivo Compulsivo	2	50	100	0
Psicosi	17	65	72	28
Autismo	14	57	88	12
Disordine Personalità	24	38	87	13
Altro	18	38	100	0
Nessuna	1	0	0	0

L'Ansia ha una diagnosi finale perfettamente riconosciuta (100%) dalla MINI PAS-ADD come appartenente al primo Axis, dopo essere stata identificata in uno dei due gruppi di diagnosi. L'Ipomania è in uno dei due gruppi di diagnosi solo nel 46% dei casi mentre la Demenza è riconosciuta nel 70% come appartenente ad una delle due classificazioni, di cui per il 71% nell'Axis-II. L'Autismo è anche identificato (65%), ma non benissimo poiché appena il 49% delle persone con questo disturbo hanno un Axis del secondo tipo. Il Disordine della personalità per pochi casi è nella classificazione degli Axis (42%) e per l'88% delle persone è del primo gruppo (88%). In definitiva le diagnosi finali sono riconosciuti nel corrispondente gruppo nella maggior parte dei casi.

Tab. : 45. Percentuale di pazienti con questionario iniziale che hanno passato le soglie dell'Axis-I e dell'Axis-II della MINI PAS-ADD per diagnosi.

DIAGNOSI	Pazienti con una certa diagnosi finale (N)	Pazienti con una diagnosi almeno un Axis passato (%)	Axis-I	Axis-II
Depressione	42	62	78	24
Ansia	11	72	100	0
Ipomania	13	46	59	38
D. Ossessivo Compulsivo	23	57	77	23
Psicosi	48	60	77	23
Autismo	68	65	51	49
Disordine Personalità	43	42	88	12
Demenza	10	70	29	71

5. CONCLUSIONI

L'analisi del questionario iniziale e degli eventi caratterizzanti la vita dei pazienti osservati, delinea le caratteristiche dei tre gruppi:

- L'Agenzia delle Fiandre è il gruppo più numeroso. E' costituito da persone meno intelligenti, che lavorano in comunità e che risiedono con i genitori o in affidamento. E' il gruppo di controllo.
- Il Gruppo Clinico è composto da persone più intelligenti. In questo gruppo vi è un'ulteriore divisione in quanto sono distinte le persone che risiedono stabilmente in una clinica da coloro che non lo sono, poiché sono sotto osservazione.
 - i. Le persone Residenti hanno una diagnosi, hanno maggiormente bisogno di sostegno, fanno attività giornaliere in comunità, assumono neurolettici e anti-depressivi.
 - ii. Infine le persone Ambulanti sono molto poche, in alcuni casi mancano le informazioni e, per finire, sono persone residenti in un'unità d'osservazione psicologica, senza sostegno.

La MINI PAS-ADD è uno strumento elaborato quindi è stato necessario molto lavoro per investigare il suo potenziale.

In questo studio, le due scale di Autismo e Depressione sono state le due attribuite più frequentemente ed è facile notare che esse mostrano la migliore coerenza interna.

Ci sono grandi differenze tra il numero di domande con cui è caratterizzata ciascuna variabile latente che si riflettono anche sulla coerenza interna. Infatti il disturbo Ossessivo Compulsivo con sole quattro domande non è affatto affidabile. Lo studio, in una ipotetica situazione ideale in cui tutte le scale hanno lo stesso numero di items (18), mostra, invece, come la coerenza interna sarebbe accettabile per ogni disturbo aumentando il numero di quesiti.

La concordanza tra le due persone incaricate della cura del paziente per il gruppo dell'Agencia delle Fiandre è ottima, probabilmente perché i due osservatori hanno una uguale prospettiva della persona sotto osservazione. La discordanza maggiore c'è stata per due domande che vogliono riconoscere una il Disturbo Ossessivo Compulsivo e l'altra l'Autismo.

I sintomi della Psicosi sono i più semplici da identificare. Infatti la concordanza in media è maggiore. L'Autismo, invece, ha i sintomi meno chiari. Infatti il disaccordo in media tra i due osservatori è molto alto.

Una prima analisi della validità (*validità relativa ad un costrutto*) è stata fatta rapportando lo strumento allo Schermo REISS per i Comportamenti Disadattivi. C'è una buona validità per le scale Depressione e Autismo. La MINI PAS-ADD ha, però, dei problemi ad identificare gli altri disturbi.

La validità (*validità del contenuto*) della MINI PAS-ADD è stata studiata in rapporto anche con le diagnosi cliniche (finali, preliminari) e quelle del questionario iniziale. Le prime, a differenza delle seconde, sono presenti nel campione solo per 90 individui.

Le diagnosi cliniche non sono tutte categorizzate. Infatti non ci sono scale per la Demenza e neppure per la Personalità Dipendente mentre non ci sono persone, con diagnosi cliniche preliminari o finali con l'Ansia.

La MINI PAS-ADD riesce ad identificare bene la Depressione, l'Ansia e l'Autismo del questionario iniziale, ma ha problemi ad identificare la Psicosi e il disturbo Ossessivo Compulsivo delle diagnosi cliniche.

Lo strumento ha per ogni scala un punteggio minimo sopra il quale l'individuo studiato è considerato affetto dal disturbo. Le persone sopra la soglia di ogni disturbo sono in percentuale maggiore prive di diagnosi, ma è analizzato tutto il campione.

La MINI PAS-ADD identifica nella maggior parte dei casi una persona diagnosticata come Depressa o affetta da Demenza (come Disturbo non Specifico), dove presente, in ogni

tipologia di diagnosi. Inoltre lo strumento riconosce le persone affette dal Disordine non Specifico, dalla Psicosi e dall'Autismo, ma solo del questionario iniziale.

La MINI PAS-ADD riesce ad identificare bene le persone con una certa diagnosi appartenenti ad almeno un AXIS però, mentre la prima classificazione del DSM-IV è individuata in quasi tutti i casi, la seconda, è riconosciuta bene, solo per il questionario iniziale.

Lo strumento ben strutturato dovrebbe essere significativo per rilevare i disordini psichiatrici nelle persone con disabilità mentale, e ,per il gruppo dei referenti, per ulteriori valutazioni e interventi. Quindi ci sarà bisogno di investigare l'effetto dell'introduzione della PAS-ADD Checklist e della MINI PAS-ADD per l'uso comune, in termini di:

- i.* Migliorare l'identificazione di bisogni psichiatrici ancora sconosciuti;
- ii.* Fornire informazioni a psichiatri e psicologi per aiutare le loro diagnosi;
- iii.* Soddisfare il paziente e colui che se ne prende cura.

In futuro si dovrà provare ad usare la MINI PAS-ADD per ottenere un metodo sensibile per misurare i risultati dei trattamenti (H. Prosser et al,1998).

BIBLIOGRAFIA

[1] P. Sturmey, J. T. Newton, A. Cowley, N. Bouras & G. Holt, *The PAS-ADD Checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample*, British Journal of Psychiatry 2005, Vol. 186, pp. 319-323.

[2] H. Prosser, S. Moss, H. Costello, N. Simpson, P. Patel, S. Rowe, S. Turner & C. Hatton *Reliability and Validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability*, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 42, Part 2 pp. 173-183, April 1998.

[3] Edward G. Carmines, Richard A. Zeller, *Reliability and Validity Assessment*, Sage Publications / Beverly Hills / London , 1979.

[4] Jose M. Cortina, *What is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications*, Journal of Applied Psychology 1993, Vol. 78, N°1, pp. 98-104.

[5] A. Van Minnen , P.M. Savelsberg & K.A.L. Hoogduin, *A Dutch Version of the Reiss Screen of Maladaptive Behavior* , Research in Disabilities, Vol. 16, N°1, pp.43-49, 1995.

[6] S. Moss, H. Costello, N. Simpson, P. Patel, S. Rowe, H. Prosser, D. Goldberg & R. Lucchino *Psychiatric Morbidity in Older People with Moderate and Severe Learning Disability (PAS-ADD)*, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 163, pp. 471-480, 1993.

[7] Lundbeck Institute, *Diagnosis of Mental Disorders* (internet).

[8] H. Prosser, S. Moss, H. Costello, N. Simpson, P. Patel & S. Rowe, *Reliability and Validity of the MINI PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability*, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 42, Part 4 pp. 264-272, August 1998.

[9] S. Moss, H. Prosser & D. Goldberg, *Validity of the Schizophrenia diagnosis of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD)*, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 168, pp. 359-367, 1996.

[10] L. Fabbri, *Statistica Multivariata*, McGraw-Hill, Milano 1997.