

# Il Questionario LPI (Lecce Psychopathological Inventory): caratteristiche, dati normativi locali, uso in psicologia clinica

**Gian Luigi Dell'Erba** - psicologo psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica ASL Lecce, docente APC Lecce  
**Stefania Greco, Maria Assunta Carati, Milena Muya** - psicologhe psicoterapeute APC Lecce  
**Katia Balenzano, Lucia Bellacicco, Laura Bellomo, Manuela Benedetto, Floriana Canniello, Angelica Ciafardini, Alessia De Giorgi, Valeria De Marco, Raffaella Di Schiena, Simona Doria, Lucia Elia, Anna Gasparre, Francesca Giordano, Romina Greco, Annalisa Ingrosso, Rosanna Isnardi, Angela Loperfido, Valentina Marzano, Minerva Enrico, Marialisa Moramarco, Domenico Navarra, Rosa Palmieri, Michele Pennelli, Anna Putzolu, Grazia Redavid, Antonella Rosito, Francesca Saccomanni, Elisabetta Scalera, Paolo Schino, Guido Scopece, Michele Simeone, Christian Spinelli, Annalisa Sticchi, Ivana Tarricone, Valentina Torsello, Silvia Vantaggiato, Veronica Vantaggiato, Edvige Zatton** - psicologi specializzandi APC Lecce  
**Ernesto Nuzzo** - psicologo psicoterapeuta  
**Roberta Amato** - psicologa

## 1 - Introduzione

La ricerca quantitativa in psicologia clinica attraversa un periodo difficile. Pur avendo tracciato la strada che congiunge la psicologia alle pratiche sanitarie rendicontabili, lo studio quantitativo delle misure di esito e monitoraggio nella pratica dello psicologo clinico diviene sempre più spesso l'oggetto di dibattiti, critiche, presa di distanza. Ciò che, frequentemente, vi si oppone è la valutazione priva di metodo e di criteri di scientificità (ovvero pratiche al di fuori della teoria della misura). Se da un lato, la ricerca quali-quantitativa può, senza alcun dubbio, contribuire ad approfondire le variabili coinvolte nei cambiamenti dovuti alla psicoterapia ed ai trattamenti psicologici nel loro complesso (Cohen, Swerdlick, 2003), d'altra parte la scarsa determinazione dei criteri su cui basarsi per poi effettuare delle valutazioni o comparazioni, tipico delle ricerche puramente qualitative in psicologia clinica, costituisce un contrappeso altamente negativo allo sviluppo di dati utilizzabili dai clinici (Loewenthal, 2001; Lambert, Ogles, 2003; Lambert, Hill, 1994; Lambert, Vermeersch, 2002; Lambert et al, 2003).

Uno di questi settori è certamente la valutazione dello stato e delle condizioni del paziente (Dell'Erba, 2009). L'assessment dei sintomi riferiti, probabilmente uno degli aspetti più diffuso, è l'oggetto della maggior parte degli strumenti psicologici

self-report utilizzati dagli psicologi giornalmente. In altra sede (Dell'Erba, Carati, Greco, 2008) abbiamo esposto i punti di forza di tali strumenti e come utilizzarli nella pratica, pur nella piena consapevolezza delle loro limitazioni (nel metodo e nell'oggetto).

Due degli strumenti maggiormente conosciuti ed utilizzati dallo psicologo sono, molto probabilmente, il MMPI-2 e il SCL-90-R. Riguardo il primo strumento rimandiamo all'inquadramento dei pro e contro di tale classico presente in un lavoro precedente (Dell'Erba, Carati, Greco, 2008). Per quanto riguarda il secondo (Derogatis, 1994) rimandiamo, certamente, allo scorso contributo riguardante i dati normativi locali e il commento su questo grande questionario, tutt'ora un gold standard della valutazione di esito (Dell'Erba et al., 2010; Dell'Erba, Nuzzo, 2009; Dell'Erba, Muya, 2008). Altri strumenti si impongono nella letteratura; ad esempio, il CORE-OM (nei suoi diversi format) è uno degli strumenti emergenti più interessanti (36 items, 4 fattori generici, compreso un fattore di items riguardanti rischio di suicidio-violenza) e che nasce per il monitoraggio della pratica clinica (prime norme italiane in Palmieri et al., 2009).

La ricerca sugli strumenti di esito e di valutazione dello stato clinico è in continua crescita e viene considerato un aspetto di punta della psicologia clinica, dipendendo proprio da questo aspetto la valutazio-

ne di quanto gli interventi della psicologia clinica siano determinanti (Dell'Erba, Nuzzo, 2009).

## 2 - LPI: nuovo strumento per l'assessment delle condizioni cliniche categoriali

In questo lavoro, presentiamo i dati normativi di uno strumento di self-report per la valutazione dei sintomi secondo una prospettiva categoriale, già pubblicato precedentemente (Dell'Erba, Carati, Greco, Muya, Nuzzo, 2009): il questionario Lecce Psychopathological Inventory (LPI). Il LPI è parte di un ulteriore più ampio questionario, AST (Assessment di Stato e Tratto Psicologico Clinico), che valuta in una prospettiva categoriale sindromi (di Asse I), tratti (di Asse II), e funzionamento (di Asse V) in riferimento al DSM IV (APA, 2000). La scala LPI è uno strumento valido e affidabile, utile per lo screening, l'assessment, il monitoraggio e lo studio di esiti di trattamenti in area psicopatologica. La scala è quantitativa, valuta la sintomatologia dei soggetti, relativa all'ultima settimana, ed è composta da fattori elaborati sulla base dei criteri di definizione di alcuni disturbi mentali, presenti nel DSM IV-TR.

## 3 - Metodologia

**Scopi:** Lo studio si pone di testare e valicare lo strumento LPI al fine di provarne la sensibilità e la specificità ad identificare condizioni cliniche sindromiche in prospettiva categoriale.

**Campione:** Il campione totale utilizzato per la ricerca di validazione è composto da un totale di 1216 adulti, di cui 1074 soggetti normali facenti parte del gruppo di controllo e 142 facenti parte del gruppo clinico. Il campione non clinico è composto per il 40.6% da uomini e per il 59.4% da donne.

## CAMPIONE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 normali	1074	88,3	88,3	88,3
2 misti	39	3,2	3,2	91,5
3 DPA	38	3,1	3,1	94,7
4 DOC	19	1,6	1,6	96,2
5 DEP	13	1,1	1,1	97,3
6 PSICOSI	13	1,1	1,1	98,4
7 DAG	12	1,0	1,0	99,3
8 DAS	8	,7	,7	100,0
Total	1216	100,0	100,0	

## GENERE

		Frequency	Percent
Valid	1 maschio	436	40,6
	2 femmina	638	59,4
Total		1074	100,0

## ETÀ

		Frequency	Percent
Valid	1 16-18	72	6,7
	2 19-30	503	46,8
	3 31-45	258	24,0
	4 46-60	181	16,9
	5 >60	60	5,6
Total		1074	100,0

## STATO\_CI stato civile

		Frequency	Percent
Valid	1 libero	663	61,7
	2 coniugato	356	33,1
	3 separato/ divorziato	36	3,4
	4 vedovo	19	1,8
Total		1074	100,0

## STUDI

		Frequency	Percent
Valid	1 elementare	23	2,1
	2 media	183	17,0
	3 superiori	440	41,0
	4 laurea	380	35,4
	5 post-laurea	48	4,5
Total		1074	100,0

Il 46.8% del campione è composto da giovani-adulti (range: 19-30); il 24% ha un'età compresa tra i 31 e i 45 anni; più bassa è, invece, la presenza di senior (16.9%), adolescenti (6.7%) e anziani (5.6%).

La maggior parte dei partecipanti è celibe o nubile (61.7%); il 33.1% è coniugato, mentre solo il 3.4% dei rispondenti è separato o divorziato e il 1.8% è vedovo/a.

Il livello culturale, misurato attraverso il titolo di studio conseguito, è medio -alto: il 41% dei rispondenti ha conseguito il diploma di scuola media superiore; il 35.4% ha una laurea, mentre solo il 19.1% possiede un livello di istruzione obbligatoria.

Appartengono al campione clinico i pazienti diagnosticati formalmente in un setting clinico, attraverso l'Intervista Clinica Strutturata SCID-I e II.

Per ciascuno di questi soggetti (n=142), è disponibile una doppia misura diagnostica: una derivante dalla domanda 7 del questionario ("diagnosi principale Asse I"), l'altra relativa alla specifica diagnosi categoriale effettuata dal clinico ai sensi del DSM IV-TR (APA, 2000).

Sebbene per alcuni di questi pazienti (n=39) non è stato possibile identificare una categoria diagnostica primaria, a causa della presenza di comorbidità rilevanti è possibile identificare i seguenti sottogruppi diagnostici: disturbo di panico e agorafobia, disturbo ossessivo compulsivo, depressione maggiore o distimia o entrambe, psicosi generalizzata o schizofrenia, disturbo ansioso generalizzato, disturbo d'ansia sociale.

Fanno parte del gruppo di controllo amici, parenti e colleghi di oltre trenta collaboratori della ricerca; dipendenti amministrativi di un ospedale della Provincia di Lecce; impiegati di tre cooperative per i Servizi Sociali operanti sul territorio pugliese; partecipanti a due corsi di formazione per genitori di Scuole Elementari e Scuole Medie Inferiori della Provincia di Lecce. ? Al fine di escludere che a questo gruppo vi siano soggetti che presentino un disagio psicologico clinicamente rilevante, sono stati esclusi da questo gruppo tutti i soggetti che superavano la soglia di 1 al Global Severity Index ricavato dall'SCL-90R e/o che, al momento della rilevazione, beneficiavano di un trattamento professionale per un disturbo psichico (Dell'Erba, 2008; Dell'Erba et al., 2010).

#### **Strumenti e procedura di rilevazione dei dati:**

Tutti i soggetti reclutati per la ricerca (n=1216) hanno compilato la scala LPI, l'SCL90-R ed un questionario costruito ad hoc per la rilevazione dei dati personali descrittivi (genere, età, titolo di studio, stato civile, ...).

- **Scheda descrittiva:** Nella scheda costruita per raccogliere le informazioni sulle variabili descrittive, sono state inserite sia variabili socio-anagrafiche (genere, fascia d'età, stato civile e titolo di studio) sia variabili cliniche che potessero essere utilizzate come filtro per il campionamento. Attraverso

questo strumento, è stato possibile valutare se i partecipanti avevano in corso un trattamento per disturbo mentale al momento della rilevazione dei dati, e/o se manifestavano sentimenti di infelicità, depressione, tensione, o stress, per la maggior parte dei giorni, nei due mesi precedenti alla rilevazione. Per ciascun soggetto appartenente al gruppo clinico, inoltre, si dispongono di una misura di diagnosi sindromica (Asse I), una misura relativa all'orientamento in Asse II. È stata inserita, inoltre, un item sullo stadio clinico del paziente, che ha permesso includere nel campione solo i pazienti in fase di valutazione iniziale, o al massimo alla prima seduta. Infine, l'ultimo item del questionario prevedeva una graduazione della VGF (Asse IV del DSM IV-TR) che esprime, in una scala che va da 0 a 100, le condizioni di gravità e compromissione del paziente.

- **Lecce Psychopathological Inventory: descrizione dello strumento:** Lo strumento LPI, che indaga la presenza dei diversi tipi di disturbi mentali in una prospettiva categoriale (DSM IV-TR), è stato ideato e costruito sia per lo screening e l'assessment della psicopatologia, sia per il monitoraggio e la valutazione di esito dei trattamenti psicoterapeutici. Gli item della scala sono stati costruiti a partire da alcune considerazioni che questo gruppo di ricerca (Dell'Erba, Carati, Greco, Muya, Nuzzo, 2009) ha condiviso in merito alle definizioni dei disturbi mentali nelle principali classificazioni diagnostiche (DSM IV-TR, ICD10), ai criteri A delle interviste cliniche strutturate (SCID-I, MINI 5.5 PLUS) e ad alcuni item contenuti in alcuni strumenti di screening (cfr. SCL90R, BDI, HRSD, HRSA, ...) ad essi correlati. Una prima indagine pilota, che ha coinvolto 80 soggetti, ha permesso di eliminare e/o riformulare item ambigui, mal espressi, o non specificamente riferiti alle sottoscale cliniche (cfr. Dell'Erba Carati, Greco, Muya, 2009). Nella versione definitiva, lo strumento è composto da una lista di 46 item, che indaga quantitativamente l'esistenza di un ventaglio di sintomi clinici, eventualmente presentati dai rispondenti nel corso dell'ultima settimana. Le costellazioni sintomatologiche sono raggruppate in fattori (o sottoscale), elaborati sulla base dei criteri di definizione dei disturbi mentali presenti nel DSM IV-TR. I fattori clinici identificati sono: ossessività (per DOC), ansia sociale (per DAS), panico (per DPA), ipocondria (per Ipocondria), iper-preoccupazioni (per DAG), stress post-traumatico (per DPTS), depressione

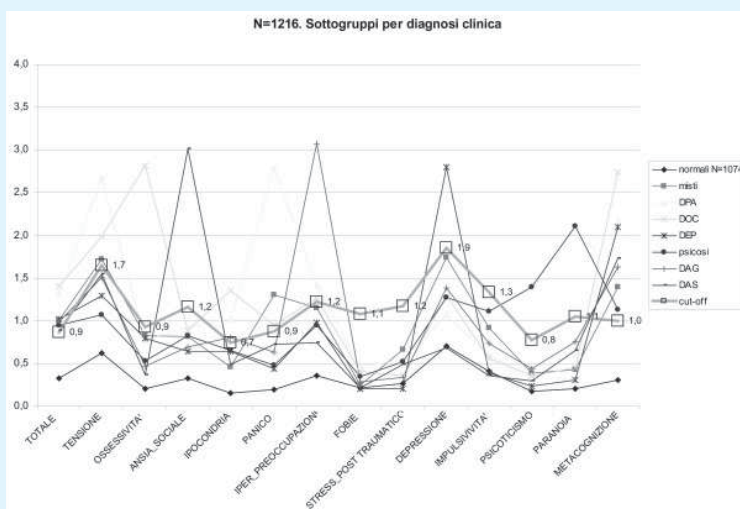
(per Distimia e DDM), paranoia (per D.Delirante) e psicotismo (per Schizofrenia e disturbi psicotici associati). A questi, si aggiungono altri fattori che, secondo gli autori, hanno una forte utilità clinica, nell'assessment, nello screening e nella valutazione di esito. Come fattori clinicamente rilevanti sono stati identificati il fattore *tensione*, che identifica stati di tensione trasversali alle categorie diagnostiche; il fattore *ostilità*, che identifica stati o atteggiamenti di rischio interpersonale; il fattore *metacognizione*, che analizza tale costrutto e lo studia in modo differenziato a seconda della categoria diagnostica (tale costrutto presente nello strumento è descritto da item riguardanti la confusione tra ideazione, fantasia, valutazione, e dalle strategie contro-produttive del soggetto verso tali pensieri e processi mentali), e la *scala clinica totale*, che rappresenta la media di tutte le sottoscale identificate. Le risposte sono valutate su una scala Likert a 5 punti (range: 0-4), che identifica la frequenza di sintomi o stati psicologici indagati. Tranne la sottoscala Tensione, composta da 4 item, e la sottoscala Metacognizione, che è composta da 9 item, ciascuna delle altre sottoscale è composta da 3 item. Il punteggio medio è riportato nelle figure, rispetto a ciascun sottocampione. Le istruzioni, all'inizio, indicano di far riferimento all'ul-

tima settimana.

Gli items della scala discriminano quantitativamente i gruppi diagnostici e forniscono un profilo che correla con il giudizio diagnostico categoriale ma si tratta di una prima forma, pertanto, comprende alcuni disturbi categoriali mentre non risultano presenti, attualmente, i Disturbi del Comportamento Alimentare, i Disturbi da Uso di Sostanze oppure i Disturbi mentali organici o anche i Disturbi di Personalità.

#### 4 - LPI: Risultati

Grafico n. 1



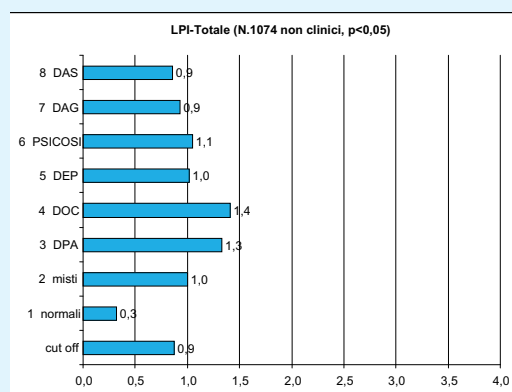
Cut-off su N=1074 soggetti normali,  $p < 0,05$   
 Nel grafico n. 1 si evidenzia la distribuzione dei punteggi dei diversi sottogruppi della ricerca, nor-

CAMPIONE	TOTALE	tensione	ossessività	ansia sociale	ipochondria	panico	iper-preoccupazione	fobie	stress post-traumatico	depressione	impulsività	psicotismo	paranoia	meta-cognizione
cut off	0,9	1,7	0,9	1,2	0,7	0,9	1,2	1,1	1,2	1,8	1,3	0,8	1,1	1,0
1 normali	0,3	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,7	0,4	0,2	0,2	0,3
2 misti	1,0	1,7	0,8	0,7	0,5	1,2	1,1	0,4	0,6	1,8	1,1	0,4	0,4	1,4
3 DPA	1,3	2,7	0,8	0,9	1,0	2,8	1,4	0,5	0,5	1,1	0,6	0,4	0,3	2,2
4 DOC	1,4	1,9	2,8	0,9	1,3	0,9	1,3	0,5	0,5	1,3	0,5	0,4	0,4	2,7
5 DEP	1,0	1,3	0,8	0,6	0,6	0,4	1,0	0,2	0,2	2,8	0,4	0,2	0,3	2,1
6 PSICOSI	1,1	1,2	0,6	0,8	0,6	0,7	0,8	0,4	0,8	1,2	0,9	1,8	2,2	1,2
7 DAG	0,9	1,1	0,5	0,6	0,9	0,8	3,0	0,4	0,5	1,5	0,7	0,4	0,4	1,5
8 DAS	0,9	1,3	0,4	2,6	0,6	0,6	0,5	0,2	0,5	0,5	0,4	0,3	0,7	1,9

Tabella 1 - Profilo nei fattori della LPI. Gruppi clinici e non clinici (N=1216). Cut off per  $p < 0,05$ .

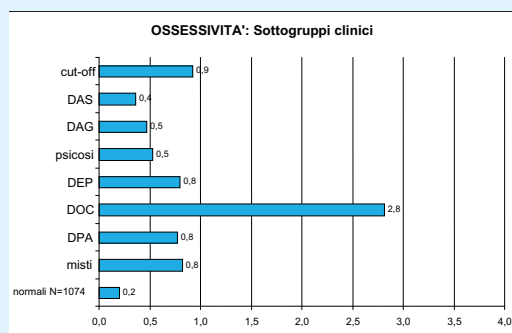
mali, clinici misti, con DPA, DOC, DEP, Psicosi, DAG e DAS, ottenuti lungo le varie sottoscale del LPI. Oltre ai punteggi, il grafico presenta i livelli soglia del cut-off individuati per ciascuna sottoscala del LPI: Totale, Tensione, Ossessività, Ansia Sociale, Ipocondria, Panico, Iper\_Preoccupazione, Fobie, Stress\_Post Traumatico, Depressione, Impulsività, Psicoticismo, Paranoia, Metacognizione. La **Tabella 1** evidenzia il cut off e i punteggi dei vari gruppi dell'intero campione. Ogni gruppo clinico risulta appaiato con la relativa scala del LPI; le scale del LPI discriminano bene ciascun gruppo clinico senza peraltro sovrapporsi l'uno con l'altro. In altre parole, il questionario LPI risulta specifico e sensibile.

**Grafico n. 2**



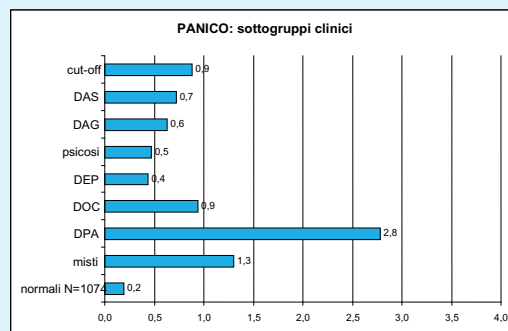
Il grafico n. 2 descrive i punteggi dei singoli sottogruppi della ricerca nella sottoscala Totale del LPI. Il valore di cut-off è di 0,9. Il gruppo dei soggetti normali ha un punteggio pari a 0,3 quindi al di sotto del valore soglia a differenza degli altri sottogruppi clinici.

**Grafico n. 3**



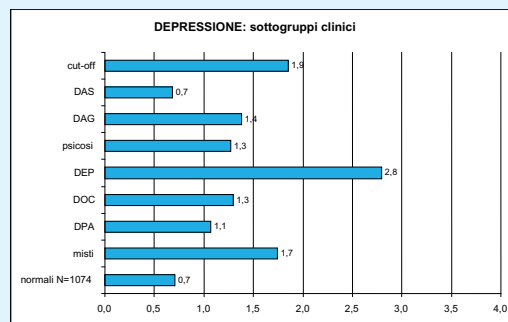
Il grafico n. 3 evidenzia i punteggi dei singoli sottogruppi in relazione alla sottoscala dell'Ossessività. Il cut-off è di 0,9. Il risultato più interessante è il punteggio di 2,8 ottenuto dal sottogruppo clinico del DOC. Questo dimostra come la sottoscala dell'Ossessività consenta di discriminare tale categoria diagnostica. Infatti i soggetti normali e gli altri sottogruppi clinici hanno un punteggio su questa sottoscala al di sotto del valore soglia individuato di cut-off.

**Grafico n. 4**



La sottoscala del Panico discrimina, come evidenziato dal grafico n. 4, in modo più obiettivo il sottogruppo clinico con DPA. I sottogruppi dei clinici misti e dei soggetti con il DOC hanno un punteggio superiore al valore di cut-off riscontrato, che è pari allo 0,9, ma questo score non raggiunge la significatività di quello del sottogruppo con DPA.

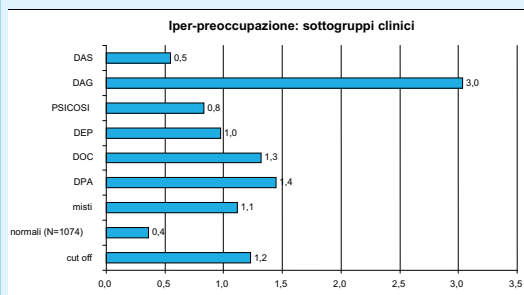
**Grafico n. 5**



Il grafico n. 5 descrive i punteggi dei sottogruppi sulla sottoscala della Depressione. L'unico sottogruppo clinico che supera significativamente il valore di cut-off è quello con DEP. Questo evidenzia che la sottoscala della Depressione riesce a discrimi-

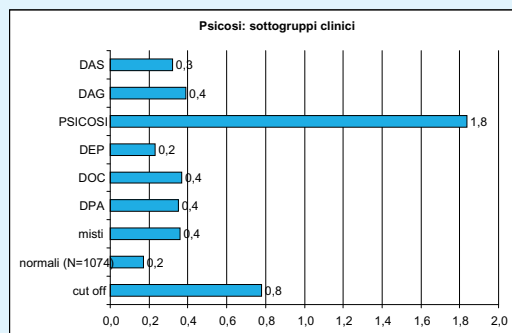
minare significativamente i soggetti depressi.

**Grafico n. 6**



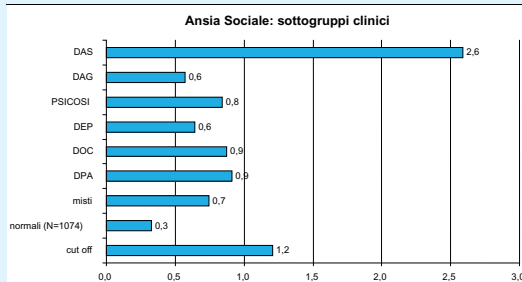
Rispetto alla sottoscala dell'Iper\_Preoccupazione il sottogruppo clinico con DOC e quello con DPA hanno un punteggio di poco superiore rispetto al limite di cut-off considerato, che è di 1,2; il sottogruppo con DAG, invece ha un punteggio di 3,1, score significativamente maggiore rispetto al valore soglia. Questa sottoscala, quindi, sembra in grado di discriminare le persone con DAG.

**Grafico n. 7**



La sottoscala dello Psicoticismo sembra discriminare significativamente il sottogruppo con Psicosi. Questo è confermato dal punteggio dei soggetti di questo sottogruppo che è di 1,4, valore che supera il cut-off di 0,8, mentre, osservando gli altri sottogruppi, si evidenziano scores che si mantengono entro il limite soglia.

**Grafico n. 8**



Come si evidenzia al Grafico n.8, il sottogruppo clinico DAS (non particolarmente rappresentativo; n=8) supera il cut off di scala (1,2) mentre gli altri sottogruppi hanno un punteggio inferiore.

**Tabella n. 1**

L'utilizzo della F-Anova, come si evince nella tabella n. 1, verifica le differenze fra le medie delle singole sottoscale (variabili dipendenti) nei diversi sottogruppi del campione. Le Fobie è l'unica sottoscala in cui la F è pari a 1,600 corrispondente ad un livello di significatività pari a 0,131.

**Tabella n. 2**

**Confronto tra GSI (SCL90R) e TOTALE (LPI)\*\***

		GSI	TOTALE
GSI	Pearson Correlation	1,00	0,81
	Sig. (2-tailed)	.	0,00
	N	1212	1212
TOTALE	Pearson Correlation	0,81	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,00	.
	N	1212	1212

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lo strumento scelto come criterio, rispetto allo scopo della ricerca, è il SCL90R e il suo indice GSI. La correlazione tra il GSI e il corrispondente indice della scala LPI è altamente significativa statisticamente rappresentando uno dei risultati indicativi della validità di criterio della LPI (tabella n. 2). Inoltre è stata calcolata la correlazione tra ogni singola sottoscala del SCL90R e le sottoscale del LPI in maniera incrociata. La correlazione emersa è risultata statisticamente significativa.

Tabella n. 1

ANOVA SCALE LPI			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TOTALE * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		84,354	7	12,051	101,049	0,000
	Within Groups		143,583	1.204	0,119		
	Total		227,937	1.211			
TENSIONE * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		236,537	7	33,791	77,850	0,000
	Within Groups		522,598	1.204	0,434		
	Total		759,135	1.211			
ossessività * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		147,621	7	21,089	94,366	0,000
	Within Groups		269,067	1.204	0,223		
	Total		416,688	1.211			
ansia sociale * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		85,442	7	12,206	38,277	0,000
	Within Groups		383,934	1.204	0,319		
	Total		469,375	1.211			
ipocondria * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		62,058	7	8,865	50,726	0,000
	Within Groups		210,424	1.204	0,175		
	Total		272,481	1.211			
PANICO * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		292,947	7	41,850	182,885	0,000
	Within Groups		275,512	1.204	0,229		
	Total		568,459	1.211			
iper- preoccupazione * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		143,729	7	20,533	61,626	0,000
	Within Groups		401,152	1.204	0,333		
	Total		544,881	1.211			
FOBIE * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		3,026	7	0,432	1,600	0,131
	Within Groups		325,286	1.204	0,270		
	Total		328,312	1.211			
stress post- traumatico * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		9,757	7	1,394	4,214	0,000
	Within Groups		398,225	1.204	0,331		
	Total		407,982	1.211			
depressione * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		111,903	7	15,986	30,362	0,000
	Within Groups		633,939	1.204	0,527		
	Total		745,842	1.211			
impulsività * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		17,444	7	2,492	7,237	0,000
	Within Groups		414,614	1.204	0,344		
	Total		432,058	1.211			
psicoticismo * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		18,720	7	2,674	18,492	0,000
	Within Groups		174,120	1.204	0,145		
	Total		192,840	1.211			
PARANOIA * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		42,378	7	6,054	20,818	0,000
	Within Groups		350,129	1.204	0,291		
	Total		392,507	1.211			
meta-cognizione * CAMPIONE	Between Groups (Combined)		325,407	7	46,487	220,886	0,000
	Within Groups		253,389	1.204	0,210		
	Total		578,795	1.211			



Tabella n. 3

Analisi Fattoriale - LPI items

	Componenti										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I1	0,056	0,068	0,639	0,377	-0,022	0,021	0,120	0,046	-0,034	-0,019	0,133
I2	-0,033	0,314	0,602	0,079	0,165	0,072	0,150	0,241	0,093	-0,088	0,060
I3	-0,018	0,063	0,656	0,342	-0,060	0,083	0,092	0,131	-0,015	0,049	0,181
I4	0,096	0,119	0,506	0,180	0,316	0,008	0,120	0,006	0,043	-0,145	-0,001
I5	0,178	0,478	0,395	0,046	0,210	-0,031	0,176	0,015	0,188	-0,020	-0,157
I6	0,249	0,120	0,100	0,172	0,180	0,093	0,070	0,170	0,600	0,044	0,039
I7	-0,005	0,217	0,009	0,255	0,056	0,094	0,094	-0,023	0,704	-0,008	0,064
I8	-0,008	0,162	0,349	-0,017	0,072	0,175	0,253	0,144	0,553	0,123	-0,110
I9	0,281	0,073	0,483	0,215	-0,103	0,068	-0,028	0,060	0,313	0,215	0,122
I10	0,170	0,155	0,545	0,003	0,062	0,107	-0,026	0,113	0,344	0,209	0,117
I11	-0,007	0,114	0,307	0,088	0,129	0,021	-0,001	0,739	0,094	0,147	-0,038
I12	0,096	0,007	0,073	-0,114	0,050	0,094	0,445	0,462	0,326	0,113	0,086
I13	0,096	0,055	-0,007	0,141	0,105	0,200	0,076	0,784	0,019	0,031	0,085
I14	0,123	0,057	0,195	0,078	0,255	0,146	0,582	0,294	0,106	0,036	0,030
I15	0,175	0,257	0,094	0,107	0,016	0,232	0,263	0,426	0,071	-0,138	0,136
I16	0,093	0,134	0,394	0,088	0,187	0,124	0,608	-0,018	0,027	0,101	0,148
I17	0,132	0,146	0,263	0,315	0,143	0,241	0,274	0,076	-0,113	0,371	-0,011
I18	0,122	0,290	0,015	0,433	0,147	0,157	0,436	0,115	0,053	-0,134	0,168
I19	0,073	0,290	0,157	0,464	0,041	0,124	0,097	0,245	-0,020	0,038	0,223
I20	0,123	0,072	-0,022	0,086	0,050	0,713	0,216	0,112	0,166	-0,008	0,107
I21	0,116	0,041	0,083	0,038	0,077	0,841	0,087	0,126	0,064	0,029	0,017
I22	0,154	0,059	0,134	0,004	0,098	0,845	-0,012	0,086	0,044	0,160	0,035
I23	0,114	0,039	0,020	0,151	0,727	0,078	0,086	0,141	0,172	0,215	0,171
I24	0,072	0,105	0,113	0,045	0,804	0,065	0,093	0,057	0,018	0,055	-0,009
I25	0,211	0,194	0,048	0,149	0,677	0,129	0,210	0,105	0,081	-0,097	0,254
I26	0,111	0,012	0,323	0,634	0,202	0,014	0,131	-0,068	0,132	0,105	0,045
I27	0,048	0,145	0,204	0,690	0,050	-0,031	-0,013	0,022	0,275	0,070	0,134
I28	0,024	0,168	0,185	0,651	0,034	0,002	-0,044	0,087	0,203	0,082	0,105
I29	0,345	0,174	0,276	0,287	0,305	0,101	-0,029	0,213	0,050	0,170	-0,252
I30	0,410	0,011	0,172	0,463	0,244	0,088	-0,067	0,275	-0,053	0,190	-0,155
I31	0,372	-0,010	0,057	0,427	0,191	0,135	0,041	0,149	-0,199	0,122	-0,173
I32	0,162	-0,023	0,019	-0,049	0,038	0,076	0,605	-0,016	0,164	0,352	-0,051
I33	0,142	0,105	-0,017	0,153	0,059	0,078	0,189	0,100	0,088	0,711	0,094
I34	0,380	0,225	0,036	0,173	0,152	0,081	0,182	0,033	0,065	0,470	0,087
I35	0,811	0,148	0,085	0,054	0,136	0,056	0,189	0,034	0,025	0,130	0,035
I36	0,841	0,157	0,049	0,075	0,092	0,137	0,097	0,021	0,054	0,078	0,053
I37	0,759	0,143	0,078	0,053	0,025	0,182	0,103	0,057	0,154	0,054	0,185
I38	0,425	0,206	0,083	0,093	0,113	0,108	-0,117	0,231	0,149	0,312	0,338
I39	0,202	0,707	0,196	0,014	0,061	0,032	-0,022	0,220	0,168	0,185	0,100
I40	0,093	0,779	0,091	0,111	0,133	0,072	-0,092	0,069	0,175	0,112	0,070
I41	0,107	0,734	0,207	0,147	0,070	0,093	0,057	0,019	0,199	0,004	0,014
I42	0,423	0,465	0,012	0,127	0,107	0,059	0,279	0,026	0,045	-0,219	0,161
I43	0,170	0,552	-0,018	0,177	-0,003	-0,023	0,389	0,045	-0,101	0,179	0,178
I44	0,080	0,431	0,112	0,269	0,018	0,076	0,131	0,000	-0,138	0,088	0,426
I45	0,225	0,055	0,179	0,088	0,227	0,076	0,224	0,129	0,178	0,107	0,590
I46	0,095	0,227	0,352	0,202	0,196	0,112	-0,030	0,043	-0,005	0,052	0,596

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 12 iterations.



L'analisi fattoriale degli items del LPI, come dalla Tabella 3, ha evidenziato 11 fattori che si sovrappongono al contenuto delle sottoscale definite per criterio diagnostico e clinico, ad eccezione di Impulsività; inoltre, la scala Metacognizione è stata divisa in due scale distinte (con buona probabilità si riferiscono a "identificazione mentale" e "strategie mentali").

### Conclusioni

Lo strumento denominato LPI (Dell'Erba, Carati, Greco, Muya, Nuzzo, 2009) e suggerito dagli autori quale valutazione dei sintomi self-report, si propone come strumento di assessment, di screening e di esito.

Il seguente studio ha dimostrato come LPI possieda buone caratteristiche psicometriche in termini di validità ed affidabilità.

LPI si è rivelato essere uno strumento sensibile e specifico: l'utilizzo delle sue sottoscale permette l'identificazione dei soggetti clinici, in accordo con i disturbi categoriali secondo l'attuale classificazione del DSM IV TR, almeno nei gruppi clinici testati. Quando la diagnosi clinica identifica un disturbo categoriale (disturbo di panico-agorafobia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo depressivo, psicosi) anche LPI identifica lo stesso disturbo mediante l'elevazione della sottoscala specifica (sottoscala Panico per il disturbo di panico-agorafobia, sottoscala Ossessività per il disturbo ossessivo-compulsivo, sottoscala Depressione per il disturbo depressivo, psicosi) oltre il cut-off.

Ugualmente quando LPI ha una scala clinica elevata (Panico, Depressione, Ossessività) in coincidenza di una diagnosi clinica (rispettivamente, disturbo di panico-agorafobia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo depressivo) nessun'altra scala clinica è elevata (ad esempio, nel caso di disturbo di panico-agorafobia, LPI ha elevata la sottoscala Panico ma nessuna altra scala clinica).

L'utilizzo di tale strumento può dimostrarsi quindi utile nella valutazione della psicopatologia, sia per un inquadramento diagnostico (fornendo un'indicazione chiara al clinico) sia per uno screening dei disturbi mentali (in ottica di prevenzione primaria e secondaria).

Le proprietà psicometriche rilevate pongono tale strumento come competitivo rispetto agli indicatori maggiormente utilizzati, quali SCL90R e COREOM.

La capacità di identificare i soggetti clinici da parte dello strumento in oggetto è sovrapposta (se non

maggiore) allo standard SCL90R (Dell'Erba et al., 2010).

Rispetto al COREOM, strumento eccessivamente sintetico nell'indicazione dei fattori coinvolti, LPI presenta maggiori informazioni, maggiore potenza discriminativa, caratteristiche psicometriche competitive, ma non minore economicità d'uso.

Concludendo, la scala LPI si configura come uno strumento adeguato per lo screening, l'assessment, il monitoraggio e lo studio di esiti di trattamenti in area psicopatologica.

Alla luce di quanto rilevato dal presente studio, sarebbe auspicabile che lo strumento divenga oggetto di ulteriori approfondimenti e che i risultati ottenuti dagli autori possano essere replicati in letteratura.

È possibile anche ipotizzare che successive forme della scala possano comprendere ulteriori raggruppamenti e sottoscale senza incidere eccessivamente sulla composizione ed economicità dello strumento.

Si rimanda a successive ricerche l'approfondimento della campionatura clinica.

In future applicazioni, chiaramente si dovrà aumentare il numero dei sottogruppi diagnostici per quanto riguarda il campione clinico e probabilmente modificare la codifica della diagnosi, in modo tale da rendere più chiara l'appartenenza diagnostica. Si tenga presente come il problema non sia facilmente aggirabile poichè i pazienti, in contesti di pratica clinica, hanno almeno tre diagnosi (Asse I) contemporaneamente.

Ulteriori ricerche potranno espandere le sottoscale rimaste meno studiate (come ad esempio Fobie).

Inoltre sarebbe interessante testare lo strumento su popolazioni cliniche caratterizzate da disturbi più complessi, ad esempio i Disturbi di Personalità, cercando di identificare quali sottoscale si associano a determinate caratteristiche specifiche ed a particolari tipologie personologiche.

### Bibliografia

1. **Cohen R.J., Swedlick M.E.** (2003). *Psychological Testing and Assessment: an introduction to tests and measurement*. 5th Ed., McGrawHill, NY.
2. **DELL'ERBA G.L.** (2008) *Diagnosi Psicologica. Fondamenti, pratiche professionali, prospettive*. Edizioni Pensa Multimedia, Lecce.
3. **Dell'Erba G.L.** (2009) *Psicologia Clinica basata sulle evidenze*. Editrice BHEA, Maglie.
4. **Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco S.** (2008) *Accertamenti Psicologici mediante test e scale cliniche: gli strumenti per la valutazione psicologica*. In Dell'Erba G.L. *Diagnosi Psicologica*. Fonda-

menti, pratiche professionali, Prospettive. Edizioni Pensa Multimedia, Lecce.

5. **Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco S., Muya M.** (2009) *La Sindrome Ansiosa. Comprensione e Trattamento dei Disturbi d'Ansia*. Franco Angeli, Milano.
6. **Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco S., Muya M., Nuzzo E.** (2009) *Ricerche sull'Ansia: studi di psicologia clinica sperimentale*. In Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco S., Muya M. *La Sindrome Ansiosa. Comprensione e Trattamento dei Disturbi d'Ansia*. Franco Angeli, Milano.
7. **Dell'Erba G.L., Muya M.** (2008) *La Diagnosi Psicologica: aspetti tecnici, professionali, confine e fondamenti*. In Dell'Erba G.L. *Diagnosi Psicologica. Fondamenti, pratiche professionali, Prospettive*. Edizioni Pensa Multimedia, Lecce.
8. **Dell'Erba G.L., Nuzzo E.** (2009) *La misura degli esiti dei trattamenti*. In Dell'Erba G.L. (2009) *Psicologia Clinica basata sulle evidenze*. Editrice BHEA, Maglie.
9. **Derogatis L.R.** (1994) *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
10. **Gian Luigi Dell'Erba, Milena Muya, Maria Assunta Carati, Stefania Greco, Katia Balzano, Lucia Bellacicco, Laura Bellomo, Manuela Benedetto, Floriana Canniello, Angelica Ciafardini, Alessia De Giorgi, Valeria De Marco, Raffaella Di Schiena, Simona Doria, Lucia Elia, Anna Gasparre, Francesca Giordano, Romina Greco, Annalisa Ingrosso, Rosanna Isnardi, Angela Loperfido, Valentina Marzano, Minerva Enrico, Marialisa Moramarco, Domenico Navarra, Rosa Palmieri, Michele Pennelli, Anna Putzolu, Grazia Redavid, Antonella Rosito, Francesca Saccomanni, Elisabetta Scalera, Paolo Schino, Guido Scopece, Michele Simeone, Christian Spinelli, Annalisa Sticchi, Ivana Tarricone, Valentina Torsello, Silvia Vantaggiato, Veronica Vantaggiato, Edvige Zatton, Luana Petrerà, Roberta Amato, Ernesto Nuzzo.** (2010) *Lo standard del profilo SCL90R. Studio su campione di N.1216 soggetti per la costruzione di norme italiane locali*. Psicopuglia – Notiziario Ordine Psicologi della Puglia, n.1, Aprile.
11. **Lambert M.J., Hill C.E.** (1994). *Assessing psychotherapy outcomes and processes*. In Bergin A.E., Garfield S.L., eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley & Sons, 72–113.UK: Oxford.
12. **Lambert M.J., Ogles B. M.** (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In Lambert M.J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed., pp. 139–193. New York: Wiley.
13. **Lambert M.J., Vermeersch D.A.** (2002) *Effectiveness of psychotherapy*. In *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science (USA), New York.
14. **Lambert M.J., Whipple J. L., Hawkins E. J., Vermeersch D. A., Nielsen S. L., Smart D. W.** (2003). *Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288–301.
15. **Loewenthal K.M.** (2001) *An Introduction to Psychological Tests and Scales*. Hove, *Psychology Press*.
16. **Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M.** (2009). *Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM)*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5):444-9.

## Convenzione per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali

E' entrata in vigore la nuova Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali. Si tratta del primo strumento internazionale a contrastare ogni forma di violenza sessuale nei confronti dei bambini, ivi compresi gli abusi commessi in ambito familiare.

Oltre agli abusi sessuali, la prostituzione e la pornografia infantile e la partecipazione forzata dei bambini a spettacoli pornografici, la Convenzione si occupa altresì del *grooming* (creare un clima di fiducia per adescare i minori a scopi sessuali) e del turismo sessuale.

“La violenza sessuale nei confronti dei bambini è un reato contro l'infanzia. Per porvi fine, parole e promesse non bastano. Avremo bisogno di azioni concrete per prevenire, denunciare e punire gli abusi, aiutare i bambini a proteggersi e ad esprimersi e dare alle vittime una possibilità di superare il loro trauma. È necessario, possibile e urgente”, ha dichiarato la vice segretario generale del Consiglio d'Europa, Maud de Boer-Buquicchio, il 1° luglio.