
Screening del disturbo post-traumatico da stress nelle popolazioni a rischio: il caso del disastro civile di via Ventotene a Roma del 27 novembre del 2001

Screening of PTSD in risk populations: a survey on the population of 11.27.2001 Rome Ventotene street civil disaster

BENEDETTO FARINA*,**, PIERO VENTURI*, ANTONIO ONOFRI*, MICHELE RAJA**,
PAOLO PASQUINI*, MASSIMO DI GIANNANTONIO***

*Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

**Ambulatorio per i Disturbi da Stress Post-Traumatico, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura,
Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma

***Facoltà di Psicologia, Università di Chieti

RIASSUNTO. Introduzione. La valutazione del rischio di sviluppo di disturbi post-traumatici nelle popolazioni esposte a disastri civili o naturali è ritenuta fondamentale. Il coinvolgimento di popolazioni numerose e le spesso limitate risorse professionali rendono necessario l'uso di strumenti psicodiagnostici auto-somministrati per realizzare procedure di screening in tempi rapidi e a bassi costi. Lo scopo di questo lavoro è quello di valutare l'uso di un questionario auto-somministrato sviluppato per lo screening delle vittime del disastro civile di via Ventotene a Roma del 27 novembre 2001 dove una fuga di gas causò un'esplosione che uccise 8 persone, ferendone 36 e determinando gravi danni materiali. **Metodo.** I 102 abitanti di uno degli stabili più colpiti dall'esplosione sono stati sottoposti, per scopi medico-legali, a distanza di circa 18 mesi, a uno screening per verificare l'eventuale presenza di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) secondo il DSM-IV. La procedura diagnostica prevedeva la somministrazione sia di un questionario auto-somministrato sia di un'intervista clinica strutturata validata. I dati così ottenuti sono stati elaborati con statistiche descrittive e correlative non-parametriche. **Risultati.** Il questionario di autovalutazione ha mostrato una bassa sensibilità e un'alta specificità. Esso, inoltre, si è dimostrato significativamente stabile nel tempo. **Conclusioni.** Dati i risultati ottenuti, il questionario auto-somministrato può essere usato efficacemente come seconda fase in una procedura di screening in affiancamento a un altro strumento di autovalutazione validato, ottenendo per l'intera procedura diagnostica valori intorno al 90% sia per la sensibilità sia per la specificità.

PAROLE CHIAVE: PTSD, screening, scale auto-somministrate secondo il DSM-IV, diagnosi precoce.

SUMMARY. Background. Is very important to create psycho-diagnostical instruments able to detect and measure PTSD in large populations of victims of civil or military disasters. For several reasons (economic, clinical and professional), self administered scales seem to be able in collecting data rapidly. **Methods.** 102 persons victim of a civil disaster in Rome were tested with our self administered questionnaire. **Results.** The results were low sensitivity (57%) and high specificity (88%). **Conclusions.** The self administrated DSM-IV criteria shaped inventory could be useful as a second step of a screening procedure in combination with other validated self-report instrument with higher sensitivity.

KEY WORDS: PTSD, screening, self administrated DSM-IV criteria shaped inventory, early diagnosis.

INTRODUZIONE

È noto che: "Situazioni e avvenimenti della vita per il loro significato e impatto emozionale possono

in vari casi indurre o precipitare disturbi psicopatologici." (1). In particolar modo, alcuni eventi di vita stressanti tendono, più di altri, a generare disturbi psichiatrici. I disastri naturali o civili, per esempio,

E-mail: bennifarina@mclink.it

per la loro scarsa prevedibilità e per il ridotto senso di controllo sull'evento che essi generano, possono provocare disturbi post-traumatici da stress (PTSD) negli individui esposti (1). Secondo il DSM-IV (2), infatti, il criterio essenziale per diagnosticare un PTSD è: "... l'esposizione a un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza a un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione" (2) (Criterio A1). E che "la risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme, o il provare orrore" (2) (Criterio A2). È evidente che un terremoto, un incidente stradale mortale o un incendio possono rientrare nelle definizioni precedenti.

Pertanto è necessario attivare sempre procedure di screening del PTSD nelle popolazioni esposte a disastri naturali o civili (3,4).

Alcuni problemi di ordine strategico ed economico limitano tuttavia l'attuazione delle procedure di screening per il PTSD. Dopo un disastro naturale o civile, soprattutto se esso ha coinvolto molte persone, le risorse sanitarie sono limitate. Inoltre, è altamente improbabile che i sanitari e gli altri professionisti impegnati nella gestione della crisi (forze dell'ordine, protezione civile, vigili del fuoco, personale delle amministrazioni locali) siano in grado di valutare le conseguenze psicopatologiche del trauma. Si immagini per esempio tutte le persone coinvolte in incidenti autostradali mortali: esse, pur soddisfacendo il criterio A1 del DSM-IV per il PTSD, e giungendo di norma all'osservazione dei medici nei Pronto Soccorso, spesso non vengono inviate allo specialista psichiatra.

Inoltre, l'esordio subdolo della sintomatologia post-traumatica, sottoforma spesso di lamentele somatizzate, ritarda talvolta il riconoscimento del disturbo (5,6) causando effetti a lungo termine che compromettono l'esito dei trattamenti (7).

D'altro canto, quando l'evento (terremoto, alluvione, incidente aereo, esplosione) coinvolge contemporaneamente un alto numero di persone, anche quando siano presenti professionisti della salute mentale, la loro presenza è spesso non proporzionata al numero delle vittime. Come risulta dalla **Tabella 1** il tempo necessario a un professionista addestrato e competente (psichiatra, psicologo) per eseguire un'intervista strutturata per la diagnosi di PTSD varia dai 20 ai 60 minuti. Considerando una popolazione a rischio di 100 persone, ci vogliono circa 10 giorni lavorativi completi per esaminarne il rischio di sviluppo del PTSD. Ciò determina tempi e costi elevati.

Per questo motivo da molti anni sono stati costruiti strumenti psicodiagnostici auto-somministrati che permettono una valutazione in tempi rapidi e a basso costo dell'incidenza di PTSD nelle popolazioni a rischio.

Alcuni di essi sono stati costruiti per la valutazione del rischio per eventi ben precisi (eventi bellici, disastri civili, abusi sessuali), altri per essere compatibili con i criteri diagnostici internazionali come il DSM-IV. Ma, come risulta evidente dalla **Tabella 2** (che riporta solo alcuni dei questionari auto-somministrati per la valutazione dei PTSD), il tempo medio per compilare un questionario è di circa 10 minuti.

Pur considerando la ridotta affidabilità degli strumenti psicodiagnostici auto-somministrati rispetto alle interviste cliniche strutturate (8), la riduzione dei tempi e dei costi suggerisce il loro impiego nello screening dei PTSD.

Lo scopo di questo lavoro è quello di valutare l'affidabilità di un questionario per la diagnosi di PTSD costruito con i criteri del DSM-IV per lo screening delle vittime del disastro civile di via Ventotene a Roma del novembre del 2001.

Tabella 1. Interviste cliniche strutturate, numero di item, tempi di somministrazione e compatibilità con i criteri DSM (modificato da <http://www.ncptsd.org>)

QUESTIONARI AUTO-SOMMINISTRATI	n. item	tempo somministraz. (in minuti)	corrisponde ai criteri DSM
Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)	30/2	40-60	Si
PTSD Symptom Scale-Interview Version (PSS-I)	17/1	20-30	Si
Structured Clinical Interview for DSM-IV PTSD Module (SCID)	21/1	20-30	Si
Structured Interview for PTSD (SI-PTSD)	27/2	20-30	Si

Tabella 2. Questionari auto-somministrati, numero di item, tempi di somministrazione e compatibilità con i criteri DSM (modificato da <http://www.ncptsd.org>)

QUESTIONARI AUTO-SOMMINISTRATI	n. item	tempo somministraz. (in minuti)	corrisponde ai criteri DSM
Davidson Trauma Scale	17/2	10-15	Sì
Distressing Event Questionnaire	35/1	10-15	Sì
Impact of events Scale-Revised	22/1	5-10	No
Los Angeles Symptom Checklist	43/1	10-15	No
Mississippi Scale for Combat- Related PTSD	40/1	10-15	No
Modified PTSD Symptom Scale	17/2	10-15	Sì
Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder	26/1	15-20	No
Posttraumatic Diagnostic Scale	49/1	10-15	Sì
PTSD Checklist-Civilian	17/1	5-10	Sì
PTSD Checklist-Military	17/1	5-10	Sì
Pur due PTSD Questionnaire	17/1	5-10	Sì
Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD	30/1	5-10	Sì
Screen for Posttraumatic Stress Symptoms	17/2	10-15	Sì
Trauma Symptom Inventory	100/1	15-20	No
Trauma Symptom Checklist-40	40/1	10-15	No

Il disastro civile di via Ventotene a Roma

Alle 9.20 circa del 27 novembre del 2001 in via Ventotene a Roma un'esplosione ha causato la morte di 8 vittime, il ferimento, in alcuni casi grave, di 36 persone, la distruzione completa e parziale di edifici, autovetture, manto stradale, etc., determinando uno scenario definito dalle autorità e dai quotidiani di quei giorni con i termini di "strage", "disastro agghiacciante", "tragedia". Il giorno prima della tragedia alcuni abitanti di via Ventotene, in un popoloso quartiere nella zona nord-est della capitale, avevano avvertito odore di gas. I tecnici dell'Italgas giunti per l'ispezione imputarono l'odore allarmante al serbatoio a gas di un'auto in sosta. Nonostante la rimozione dell'auto l'odore persisteva, tuttavia in tecnici non rilevarono alcun serio pericolo. In realtà una consistente perdita di gas dalle tubature sotterranee aveva trasformato i sotterranei dei palazzi di via Ventotene in un enorme serbatoio di gas che, esplodendo, causò una devastazione simile a un bombardamento, divenendo uno dei disastri civili più gravi accaduti a Roma nel dopoguerra e il cui bilancio di morte è contenuto solamente perché all'ora dell'esplosione (9.30 del mattino) la maggior parte degli abitanti era già al lavoro o a scuola.

La quantificazione del danno biologico di tipo psichiatrico in sede giudiziaria ha imposto una valutazione delle conseguenze psicopatologiche dell'evento su una parte delle vittime.

MATERIALI E METODI

Soggetti

I soggetti di questo studio sono gli abitanti di uno degli stabili più colpiti dall'esplosione: 102 persone. 7 di esse sono state escluse dallo studio: 5 perché minori di 14 anni e 2 in quanto individui anziani con problemi cognitivi. Altri 20 soggetti hanno interrotto prematuramente lo studio tra la prima e la seconda fase del disegno sperimentale.

Hanno terminato lo studio 75 persone su 102: 41 maschi (54,6%) (età media $43,9 \pm 20$), 34 femmine (45,3%) (età media $40 \pm 16,8$). I soggetti non coniugati sono risultati 32 (42,6%) mentre 43 i coniugati (57,3%). Sono stati considerati 3 livelli di scolarità: 9 (12%) avevano una scolarità elementare, 26 (34,6%) media inferiore, 40 (53,3%) media superiore.

Metodo

La procedura sperimentale si divide in due fasi. Nella prima fase a tutti i partecipanti allo studio è stato chiesto di riempire il questionario auto-somministrato per la valutazione del PTSD secondo i criteri della versione italiana del DSM-IV sviluppato per l'occasione (Questionario Ventotene, QV) e hanno firmato il consenso informato.

Nella seconda parte, circa 3 mesi dopo la prima, i soggetti hanno partecipato a uno screening diagnostico pres-

so l'Ambulatorio per i PTSD del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Santo Spirito in Sasia di Roma. Lo screening diagnostico prevedeva: 1) la ripetizione del QV per la valutazione della sua costanza nel tempo; 2) la somministrazione, da parte di clinici addestrati, della versione italiana dell'intervista clinica strutturata per il PTSD CAPS (Clinician Administered Post-Traumatic Scale; Diagnostic Version, current and lifetime, for DSM-IV) (9) per la valutazione della validità del QV.

Materiali

Il QV è stato sviluppato dagli autori dello studio per valutare contemporaneamente i fattori di rischio più comuni e le conseguenze psicopatologiche del disastro civile di via Ventotene.

Esso consiste in 4 parti: a) La prima parte raccoglie i dati anagrafici (età, sesso, scolarità, stato civile). b) La seconda parte raccoglie informazioni sulla presenza dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di PTSD: prossimità fisica all'evento (essere stato presente all'esplosione, presenza di un familiare, etc.), coinvolgimento psicofisico (essere stati feriti, avere un familiare ferito, aver subito gravi danni all'abitazione, etc.), anamnesi psichiatrica (presenza di problemi psichiatrici precedenti, ricorso alle cure di uno specialista, aver assunto terapie psicofarmacologiche o psicoterapeutiche, etc.). c) La terza parte del questionario è dedicata alla valutazione dello sviluppo di sintomi psicopatologici in seguito all'evento (per es., ansia, difficoltà di concentrazione, calo della prestazione lavorativa, variazione di peso, aumento consumo di alcolici, etc.). d) La quarta parte contiene domande circa ogni criterio diagnostico del DSM-IV per il PTSD. Queste sono state ottenute esplicitando i criteri stessi della versione italiana del DSM-IV (per es., criterio DSM: "incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma"; Domanda del QV: "Hai difficoltà a ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico?"). Il tempo medio necessario per riempire il questionario completamente è tra i 5 e i 10 minuti.

È stata data la valutazione di "probabile PTSD" nei casi in cui venivano soddisfatti i criteri del DSM per il PTSD.

Analisi dei dati

La valutazione della sensibilità e della specificità del QV nel diagnosticare il PTSD è stata valutata in comparazione con la diagnosi eseguita mediante la CAPS assunta come golden standard.

La stabilità nel tempo del QV è stata eseguita comparando i dati raccolti con le somministrazioni effettuate nella prima e nella seconda fase dello studio. La valutazione della significatività statistica è stata effettuata con un test non parametrico per evitare l'assunzione di normalità di distribuzione dei casi.

RISULTATI

Dai risultati ottenuti con la CAPS, 42 persone (56%) sono risultate affette da PTSD. Attraverso il QV, invece, solo 28 soggetti (37%) sono risultati "probabili PTSD".

Assumendo dunque la CAPS come golden standard per la diagnosi di PTSD, il QV ha mostrato una sensibilità del 57% e una specificità dell'88%. Inoltre, con un tasso di prevalenza del 56% il valore predittivo positivo è risultato dell'86%, mentre quello negativo del 62% (**Tabella 3**).

Infine, confrontando i risultati ottenuti nelle due somministrazioni del QV al tempo 1 e 2, il QV ha mostrato una soddisfacente stabilità nel tempo (Kendall tau=.684, p<.0001, N=75).

DISCUSSIONE

Questo studio presenta alcune limitazioni. I dati sono stati ottenuti solo su 75 dei 102 soggetti iniziali. Non

Tabella 3. Sensibilità (24/42)= 57%; Specificità (29/33)= 88%; Valore Predittivo Positivo (24/28)=86%; Valore Predittivo Negativo (29/47)= 62%

		Diagnosi di PTSD		
		CAPS		Tot.
		PTSD	Non PTSD	
QV	Probabile PTSD	24	4	28
	Non probabile PTSD	18	29	47
	Tot.	42	33	75

essendo stato possibile studiare le caratteristiche demografiche dei 27 soggetti che hanno interrotto la procedura sperimentale, il campione finale potrebbe non essere del tutto omogeneo. Inoltre, il comportamento dei soggetti può essere stato condizionato dalla natura medico-legale dell'indagine, sebbene sia da ritenere che un eventuale distorsione a fini risarcitori è stata presente in tutte le diverse fasi dello studio, sia nell'auto-valutazione sia nella procedura di controllo.

Il questionario auto-somministrato basato sui criteri del DSM-IV (QV) ha mostrato una sensibilità insoddisfacente (57%) come strumento diagnostico in una procedura di screening per il PTSD. Esso, infatti, trascura una porzione significativa di soggetti affetti dal disturbo.

D'altra parte, tuttavia, il QV ha mostrato un'alta specificità (88%) che lo rende adatto come strumento diagnostico di complemento in una procedura di screening a più fasi.

Se si somministrasse "in parallelo" il QV con un altro strumento auto-somministrato dotato di maggior sensibilità si otterrebbe (per la somma delle sensibilità) un aumento della sensibilità dell'intera procedura diagnostica conservando la buona specificità.

Tuttavia, a nostro avviso, l'uso ottimale del QV potrebbe essere quello di test di conferma di una procedura "in serie" a due fasi che preveda in una prima fase la somministrazione di un questionario con un'alta sensibilità. Prendendo ad esempio il Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (SIP) (10), la cui sensibilità documentata è di oltre 90%, e ponendolo in serie con il QV si otterrebbe una procedura di screening con una sensibilità e una specificità di circa il 90%. In considerazione del fatto che il tempo di somministrazione dei due questionari non supera i 20 minuti e non richiede la presenza di un professionista, riteniamo che tale procedura potrebbe rispondere in maniera ottimale alle esigenze di screening delle popolazioni a rischio per PTSD in disastri naturali e civili. La soddisfacente stabilità nel tempo, inoltre, rende il QV un buono strumento per la valutazione del decorso della malattia o per studiare gli effetti delle terapie anche a lungo termine.

Riteniamo siano necessari comunque ulteriori studi

per confermare i risultati ottenuti e per valutare la reale efficacia di una procedura di auto-valutazione diagnostica multifasica che utilizzi, come ipotizzato, in serie due questionari auto-somministrati.

Infine, è bene precisare che l'uso di questi strumenti deve essere limitato alle popolazioni a rischio in cui la prevalenza attesa del PTSD è elevata. Al contrario non è possibile utilizzare questi strumenti nella popolazione generale dove, per la bassa prevalenza del PTSD, il valore predittivo positivo sarebbe certamente troppo basso.

BIBLIOGRAFIA

1. Biondi M: Disturbi dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-traumatico da Stress. In: Pancheri P, Cassano GB (eds) Trattato Italiano di Psichiatria. Masson, Milano, 1999.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. 1994, APA, Washington DC. Trad. it., Masson, Milano, 1994.
3. Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano ME, Machan JT, Culpeper L, Keller MB: Mental Health Treatment Received by Primary Care Patients With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003, 64, 1230-1236.
4. Ruzek J, Watson P: Early intervention to prevent PTSD and other trauma-related problems. *PTSD Research Quarterly*, 2001, 4, 1-3.
5. Fagan J, Galea S, Ahern J, Bonner S, Vlahov D: Relationship of self-reported asthma severity and urgent health care utilization to psychological sequelae of the September 11, 2001 terrorist attacks on the World Trade Center among New York City area residents. *Psychosomatic Medicine*, 2003, 65, 993-996.
6. Zatzick DF, Russo JE, Katon W: Somatic, posttraumatic stress, and depressive symptoms among injured patients treated in trauma surgery. *Psychosomatics*, 2003, 44, 479-484.
7. Al-Saffar S, Borga P, Hallstrom T: Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, 580-585.
8. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T: Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, 558-564.
9. Hovens JE, van der Ploeg HM, Klaarenbeek MT, Bramsen I, Schreuder JN, Rivero VV: The assessment of posttraumatic stress disorder: with the Clinician Administered PTSD Scale: Dutch results. *Journal of Clinical Psychology*, 1994, 50, 325-340.
10. Hovens JE, van der Ploeg HM, Bramsen I, Klaarenbeek MT, Schreuder JN, Rivero VV: The development of the Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90, 172-183.