

La valutazione della remissione nella schizofrenia: aspetti clinici ed educazionali. Il Progetto Remissione

Remission in schizophrenia: clinical and educational aspects. The Remission Project

Eugenio Aguglia (Trieste)
Filippo Bogetto (Torino)
Roberto Cavallaro (Milano)
Silvana Galderisi (Napoli)
Luca Pani (Milano)
Alessandro Rossi (L'Aquila)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Alberto Siracusano (Roma)
Enrico Smeraldi (Milano)

Key words

Schizophrenia • Remission

Summary

The "Remission Project" proposed the concept of symptom remission to the community of Italian psychiatrists to test the degree of its acceptance and to edit a National consensus document on the concept's validity and criteria in the Italian clinical context.

During some meetings, the scientific Committee addressed the project's teaching material (literature review, handbook for working remission criteria, a DVD containing six clinical interviews aimed at assessing remission criteria) (Table I).

During a first stage, such material has been discussed and shared with other 54 psychiatrists and, at a second stage, presented by these psychiatrists to

more than 500 Italian psychiatrists in 20 different locations widely distributed in the national territory (Table II).

The "Remission Project" represented an initiative of great impact at the teaching level, showing the need for continuous updating of the Italian scientific community on issues that would have important research and clinical implications.

Participants' attitudes were characterised by attention focused on the proposed contents, active participation in discussion, and critical, constructive observations (Tables III, IV).

Update programmes focused on symptom remission, and social and cognitive functioning, could represent the ideal continuation of the initiative.

Introduzione

Il decorso della schizofrenia non è sempre caratterizzato da progressione, recidive e cronicizzazione: infatti, una percentuale variabile di pazienti, compresa tra il 15 e il 60%, presenta un esito favorevole^{1,2}. I fattori che contribuiscono alla variabilità delle valutazioni di esito sono molteplici e includono l'eterogeneità dei criteri diagnostici utilizzati nei vari studi (criteri di Feighner, DSM II, DSM III), la provenienza dei pazienti (ospedalizzati o dimessi dall'ospedale psichiatrico), la disponibilità di trattamenti farmacologici e riabilitativi e l'utilizzazione di differenti criteri per la valutazione dell'esito³. Quest'ultimo aspetto rimane tuttora molto controverso. Infatti, mentre per i disturbi d'ansia e dell'umore l'esito favorevole equivale alla remissione protratta e alla guarigione dei sintomi, con un ritorno alla condizione premorbosa, nell'ambito dei disturbi schizofrenici tali concetti sono poco applicati perché più difficili da definire. Negli studi di valutazione dell'esito di un trattamento per la schizofrenia viene più spesso applicato il criterio del miglioramento dei sintomi, quantificato come variazione rispetto al tempo zero del punteggio a una o più scale

Corrispondenza

Eugenio Aguglia • E-mail: aguglia.eugenio@policlinico.unict.it

TABELLA I.

I criteri operativi per la valutazione della remissione sintomatologica: i sintomi da valutare. *Operational criteria for the assessment of symptom remission: symptoms to evaluate.*

DSM-IV	PANSS	BPRS	SAPS
Deliri	Deliri (P1)	Grandiosità (8) Sospettosità (11)	Deliri (GR 20)
	Contenuti insoliti del pensiero (G9)	Contenuti insoliti del pensiero (15)	
Allucinazioni	Comportamento da allucinato (P3)	Comportamento da allucinato (12)	Allucinazioni (GR 7)
Linguaggio disorganizzato	Disturbo formale del pensiero (P2)	Disturbo formale del pensiero (4)	Disturbo formale positivo del pensiero (GR 34)
Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	Manierismi/Anomalie della postura (G5)	Manierismi/Anomalie della postura (7)	Comportamento bizzarro (GR 25)
Sintomi negativi	Appiattimento affettivo (N1)	Appiattimento affettivo (16)	SANS
	Ritiro sociale (N4)	Nessun sintomo correlato	Appiattimento affettivo (GR 7)
	Mancanza di spontaneità (N6)	Nessun sintomo correlato	Mancanza di volontà Apatia (GR 17) Anedonia-Asocialità (GR 22)
			Alogia (GR 13)

di valutazione psicopatologica. Tale criterio è a sua volta applicato in modo molto eterogeneo: in alcuni casi, per esempio, viene presentato come risultato favorevole di uno studio di efficacia una riduzione percentuale del punteggio alla scala di valutazione del 20%, una variazione cioè che non corrisponde neanche a un "miglioramento minimo" valutato con la *Clinical Global Impression Scale* (CGI) e potrebbe dunque avere scarsa rilevanza sul piano clinico⁴. Inoltre, il criterio del miglioramento dei sintomi individua un esito eterogeneo, poiché la stessa riduzione percentuale, in rapporto con una differente gravità al tempo zero, può individuare pazienti con un esito molto favorevole sul piano sintomatologico (sintomi lievi o assenti), ma anche pazienti molto gravi.

Nel 2005 un gruppo di esperti ha proposto i criteri operativi per la remissione *sintomatologica* della schizofrenia⁵. Gli estensori dei criteri hanno concordato una definizione di tale condizione clinica come uno stato in cui il paziente ha conseguito e mantenuto nel tempo un miglioramento dei segni e sintomi fondamentali per la diagnosi del disturbo, tale che questi non interferiscano più in misura significativa con il comportamento e le

relazioni sociali del paziente e siano al di sotto della soglia di intensità tipicamente utilizzata per l'iniziale diagnosi del disturbo. Tale definizione implica l'individuazione dei sintomi fondamentali per la diagnosi, di una soglia di gravità degli stessi e di una durata minima della condizione di remissione. Nell'individuazione dei sintomi fondamentali per la diagnosi è stato seguito l'approccio dimensionale, che vede come potenzialmente coesistenti le dimensioni psicopatologiche "positiva" o "distorsione della realtà", "negativa" o "impoverimento psicomotorio" e "disorganizzazione". Alla luce della possibilità di valutare tali dimensioni con la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS), oppure con la SANS e la *Brief Psychopathological Rating Scale* (BPRS), oppure con la *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS), sono stati individuati, per ciascuno di questi strumenti, i sintomi che gli estensori dei criteri hanno ritenuto fondamentali per la valutazione delle tre principali dimensioni della schizofrenia e dei cinque raggruppamenti sintomatologici proposti dal DSM-IV (Tab. I). La PANSS è l'unico strumento che da solo consente

TABELLA II.Sedi e numero dei partecipanti al progetto. *Sites and number of participants in the project.*

Sede	Partecipanti	Partecipanti	Partecipanti ai 2 incontri	
	1° incontro	2° incontro	N	%
Napoli	38	32	30	79
Pescara	36	28	23	64
Torino	40	52	24	60
Roma (1)	32	22	11	34
Cremona	15	15	12	80
Padova	17	14	7	41
Brescia	23	18	12	52
Cuneo	20	25	13	65
Perugia	27	16	14	52
Roma (2)	21	27	4	19
Oristano	22	33	11	50
Lucca	21	20	10	48
Milano	26	20	11	42
Udine	13	13	5	38
Genova	22	28	14	64
Vibo Valentia	36	27	14	39
Catania	19	22	13	68
Bari	26	26	21	81
Totale (sessioni a 2 moduli)	454	438	249	55
Palermo (Modulo unico)	23	23	100	
Bologna (Modulo unico)	49	49	100	
Totale (tutte le sessioni)	526	510	321	61

la valutazione degli 8 item proposti dai criteri per la remissione. Per la valutazione della gravità è stato ritenuto compatibile con la remissione sintomatologica della schizofrenia un punteggio ≤ 3 (ovvero lieve, minima o assente) a tutti gli 8 item della PANSS; se tale gravità si mantiene stabile per almeno 6 mesi si considera soddisfatto anche il criterio temporale, che naturalmente implica due valutazioni, una al tempo zero e una dopo almeno 6 mesi^{5,6}. Andreasen et al.⁵, pur riconoscendo l'importanza di definire la remissione anche sul piano del funzionamento sociale e cognitivo, hanno ritenuto non ancora adeguato lo sviluppo di strumenti di valutazione di tali aspetti per procedere alla definizione di criteri operativi. La verifica del grado di accettazione dei criteri nell'ambito

della comunità clinica, la diffusione del loro uso e l'eventuale miglioramento che ne può conseguire vengono raccomandati dagli estensori dei criteri, al fine di disporre di uno strumento più affidabile per la valutazione comparativa dell'efficacia degli interventi terapeutici farmacologici e non farmacologici, e per favorire la diffusione di una visione meno pessimistica dell'esito del disturbo.

In Italia il "Progetto Remissione" è nato con la finalità di proporre il concetto di remissione sintomatologica e i criteri operativi di Andreasen et al.⁵ alla comunità degli psichiatri italiani, verificarne il grado di accettazione e giungere alla redazione di un documento nazionale sulla validità del concetto e dei criteri stessi nella realtà clinica italiana condiviso da tutti i partecipanti.

TABELLA III.

Definizione e utilità del concetto di remissione sintomatologica nella schizofrenia: valutazione del consenso.
Definition and utility of the concept of symptomatological remission in schizophrenia: evaluation of consensus.

Valutazione del consenso		
	Consensi sul campione totale (% media)	Consensi sul campione selezionato* (% media)
1. Definizione del concetto di remissione sintomatologica in schizofrenia		
La remissione è uno stato in cui il paziente ha conseguito e mantenuto nel tempo un miglioramento dei segni e sintomi fondamentali per la diagnosi del disturbo, tale che questi non interferiscono più in misura significativa con il comportamento e le relazioni sociali del paziente e sono al di sotto della soglia di intensità tipicamente utilizzata per l'iniziale diagnosi del disturbo	96	93
2. Utilità del concetto di remissione nella pratica clinica		
Il concetto di remissione favorisce il superamento di una visione negativa della prognosi, tipica dell'era prefarmacologica, e sposta in avanti gli obiettivi terapeutici	81	95
Negli studi clinici di valutazione dell'efficacia terapeutica può rappresentare uno standard più affidabile della risposta in termini di cambiamento rispetto a una condizione precedente	94	72
Può facilitare gli studi di confronto dell'efficacia terapeutica di diversi trattamenti	95	93
* Sono stati considerati per il calcolo delle percentuali solo i centri in cui i partecipanti sia alla prima che alla seconda serie di incontri erano ≥ 60% del numero iniziale.		

L'articolazione del progetto e la descrizione del documento condiviso sono l'oggetto del presente lavoro.

Metodi

Il Progetto Remissione è stato elaborato e coordinato da un comitato scientifico nazionale composto da 8 docenti di psichiatria e 1 farmacologo. Nel corso di alcune riunioni il comitato scientifico ha messo a punto i materiali didattici del progetto: a) una breve rassegna della letteratura sugli attuali standard per la valutazione dell'esito della schizofrenia e sul concetto di remissione; b) una descrizione dei criteri operativi proposti da Andreasen et al.⁵; c) un manuale per la valutazione degli 8 item della PANSS che consentono la valutazione della remissione (deliri, disorganizzazione del pensiero, comportamento da allucinato, contenuto insolito del pensiero, manierismi e anomalie posturali, appiattimento affettivo, ritiro sociale e mancanza di spontaneità);

d) un DVD contenente 6 interviste cliniche finalizzate alla valutazione dei criteri per la remissione attraverso gli 8 item della PANSS); e) gli articoli di Andreasen et al.⁵ e van Os et al.⁶ tradotti in italiano. In una prima fase, tali materiali sono stati discussi e condivisi con altri 54 psichiatri italiani (docenti universitari o dirigenti medici nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale delle varie regioni italiane) e, in una seconda fase, da questi presentati in 20 sedi, distribuite su tutto il territorio nazionale, a oltre 500 psichiatri italiani. Quest'ultima fase si è articolata, a sua volta, in due sessioni di incontri e in una fase intermedia di esercitazione pratica (Tab. II). Nella prima sessione, sono stati illustrati tutti i materiali didattici ed è stata condotta un'esercitazione sulla valutazione della remissione sintomatologica mediante la PANSS, utilizzando due dei sei casi clinici registrati nel DVD. Nella fase intermedia di esercitazione pratica i partecipanti hanno valutato autonomamente i rimanenti 4 casi clinici. Nella seconda sessione,

TABELLA IV.

Criteria di valutazione per la remissione sintomatologica nella schizofrenia: percentuali di consenso. *Criteria for symptomatological remission in schizophrenia: rates of consensus.*

	Consensi sul campione totale (% media)	Consensi sul campione selezionato* (% media)
1. È utile impiegare criteri operativi nella pratica clinica	93	90
2. Punti di forza dei criteri operativi		
Rendono omogeneo e misurabile con relativa facilità il concetto di remissione sintomatologica	96	98
Migliorano la valutazione e facilitano il confronto degli effetti sul paziente dei diversi interventi, farmacologici e non	89	88
Elevano le aspettative sull'esito a lungo termine della malattia e possono migliorare la percezione della malattia stessa da parte dei pazienti e dei loro familiari	83	79
3. Punti di debolezza dei criteri operativi		
Non sono ancora sufficientemente validati negli studi e nella pratica clinica	94	89
Sono focalizzati sui sintomi e non tengono conto del funzionamento cognitivo e psicosociale	100	100
Non è ancora chiaro se la remissione così individuata abbia una correlazione con la percezione di benessere e la qualità della vita del paziente	99	100
Le strategie di intervento più idonee per raggiungere la remissione sintomatologica sono i programmi di trattamento integrato (interventi farmacologici e riabilitativi di tipo cognitivo e psicosociale), con particolare attenzione all'adesione al trattamento	99	98
* Sono stati considerati per il calcolo delle percentuali solo i centri in cui i partecipanti sia alla prima che alla seconda serie di incontri erano ≥ 60% del numero iniziale.		

le valutazioni dei casi clinici fornite dai singoli partecipanti sono state discusse collegialmente e utilizzate come ulteriore momento didattico per l'applicazione corretta dei criteri operativi. Ultimata la verifica delle valutazioni dei casi clinici, i partecipanti sono stati invitati a discutere con i docenti il proprio consenso o dissenso su eventuali limiti e vantaggi del concetto di remissione sintomatologica nella schizofrenia, della sua definizione e dei criteri operativi proposti da Andreasen et al.⁵ La discussione è stata guidata da uno dei docenti che, per ogni punto in discussione, invitava i partecipanti a esprimere per alzata di mano il proprio accordo, disaccordo o astensione e a formulare proposte e/o integrazioni per migliorare il concetto e i criteri operativi della remissione. In due sedi (Palermo e Bologna) il progetto è stato

realizzato in un'unica sessione. Tale eccezione ha reso possibile un confronto tra il modello organizzativo basato su due incontri e una fase intermedia di esercitazione e quello basato su un'unica sessione. Per valutare il grado di concordanza sui punti proposti alla discussione sono state effettuate due diverse valutazioni, poiché non tutti i partecipanti sono stati presenti ad entrambe le sessioni e la modalità di rilevazione del consenso (per alzata di mano) non ha consentito di analizzare separatamente le risposte dei partecipanti all'intero progetto. Pertanto, i dati sono stati analizzati sia includendo tutti i partecipanti alla seconda sessione e ai moduli unici (consensi sul campione totale, n = 510), sia includendo solo le sedi in cui almeno il 60% avesse partecipato a entrambe le sessioni (Consensi sul campione selezionato, n = 222).

TABELLA V.

Definizione e utilità del concetto di remissione sintomatologica nella schizofrenia: consenso tra i medici partecipanti ai moduli unici rispetto ai partecipanti ai moduli a due sessioni. *Definition and utility of the concept of symptomatological remission in schizophrenia: consensus among physicians participating in single- vs. two-session modules.*

Confronto tra percentuali di consenso nei partecipanti ai moduli unici rispetto ai partecipanti ai moduli a due sessioni			
	Palermo N = 23 (% media di consensi)	Bologna N = 49 (% media di consensi)	Consensi sul campione selezionato* (% media)
1. Definizione del concetto di remissione sintomatologica in schizofrenia			
La remissione è uno stato in cui il paziente ha conseguito e mantenuto nel tempo un miglioramento dei segni e sintomi fondamentali per la diagnosi del disturbo, tale che questi non interferiscono più in misura significativa con il comportamento e le relazioni sociali del paziente e sono al di sotto della soglia di intensità tipicamente utilizzata per l'iniziale diagnosi del disturbo	100	40	93
2. Utilità del concetto di remissione nella pratica clinica			
Il concetto di remissione favorisce il superamento di una visione negativa della prognosi, tipica dell'era prefarmacologica, e sposta in avanti gli obiettivi terapeutici	100	0	72
Negli studi clinici di valutazione dell'efficacia terapeutica può rappresentare uno standard più affidabile della risposta in termini di cambiamento rispetto a una condizione precedente	100	100	95
Può facilitare gli studi di confronto dell'efficacia terapeutica di diversi trattamenti	100	100	93
3. È utile impiegare criteri operativi nella pratica clinica			
	100	0	90
4. Punti di forza dei criteri operativi			
Rendono omogeneo e misurabile con relativa facilità il concetto di remissione sintomatologica	100	ND	98
Migliorano la valutazione e facilitano il confronto degli effetti sul paziente dei diversi interventi, farmacologici e non	100	ND	88
Elevano le aspettative sull'esito a lungo termine della malattia e possono migliorare la percezione della malattia stessa da parte dei pazienti e dei loro familiari	100	ND	79
5. Punti di debolezza dei criteri operativi			
Non sono ancora sufficientemente validati negli studi e nella pratica clinica	100	0	89
Sono focalizzati sui sintomi e non tengono conto del funzionamento cognitivo e psicosociale	100	100	100
Non è ancora chiaro se la remissione così individuata abbia una correlazione con la percezione di benessere e la qualità della vita del paziente	100	100	100
6. Le strategie di intervento più idonee per raggiungere la remissione sintomatologica sono i programmi di trattamento integrati (interventi farmacologici e riabilitativi di tipo cognitivo e psicosociale), con particolare attenzione all'adesione al trattamento			
	100	100	98
* Sono stati considerati per il calcolo delle percentuali solo i centri in cui i partecipanti sia alla prima che alla seconda serie di incontri erano ≥ 60% del numero iniziale.			

TABELLA VI.

Principali commenti alle definizioni e ai criteri proposti relativamente alla remissione sintomatologica nella schizofrenia. *Main comments on the definition and proposed criteria for symptom remission in schizophrenia.*

Definizioni e criteri	Commenti
Definizione del concetto di remissione sintomatologica in schizofrenia	Il concetto andrebbe esteso al funzionamento psico-sociale Gli 8 item della PANSS sono troppo riduttivi rispetto alla realtà clinica
Utilità del concetto di remissione nella pratica clinica	La relazione remissione/prognosi solleva qualche perplessità: altri fattori, come il supporto sociale e il funzionamento cognitivo possono giocare un ruolo importante Il concetto è più utile negli studi clinici che non nella pratica
È utile impiegare criteri operativi nella pratica clinica	I criteri sono utili nella ricerca clinica, ma non facilmente applicabili nella pratica Non sempre la remissione individua una condizione del tutto omogenea
Punti di forza dei criteri operativi	Si sottolinea l'importanza di un'adeguata formazione all'uso dei criteri
Punti di debolezza dei criteri operativi	Non modificano necessariamente lo stigma della malattia Non sono sufficientemente comprensibili e condivisibili per pazienti e familiari
Le strategie di intervento più idonee per raggiungere la remissione sintomatologica sono i programmi di trattamento integrati (interventi farmacologici e riabilitativi di tipo cognitivo e psicosociale), con particolare attenzione all'adesione al trattamento	È importante la lunga durata degli interventi psicoeducativi. Poiché la continuità del trattamento è considerata un fattore cruciale per la remissione sintomatologica, viene sottolineata l'importanza degli anti-psicotici <i>long-acting</i> , soprattutto alla luce della disponibilità anche di atipici

Risultati

Il numero totale dei partecipanti è stato 526 (510 sono stati i partecipanti alla seconda sessione di incontri): il 62% dei partecipanti dirigenti medici di I livello, il 15% dirigenti medici di I livello con responsabilità di modulo o struttura semplice, il 10% dirigenti di II livello; per il 13% non è disponibile l'informazione. Il 55% lavora in un servizio territoriale, il 24% in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, il 9% in una comunità protetta o struttura residenziale, il 2% in un centro diurno, l'1% in un day hospital, il 9% non ha fornito l'informazione. Il 55% dei partecipanti è stato presente a entrambe le sessioni.

Le Tabelle III e IV illustrano i punti proposti alla discussione dei partecipanti per la valutazione del grado di consenso: la definizione di remissione di Andreasen et al.⁵, l'utilità del concetto nella pratica clinica, l'utilità dei criteri operativi, i loro punti di forza e di debolezza, le strategie più idonee per il raggiungimento della remissione sintomatologica. La maggior parte dei partecipanti ha condiviso la definizione e ritenuto utile l'applicazione del concetto nella pratica clinica. La differenza tra

la valutazione che prende in esame tutti i partecipanti e quella inclusiva dei soli centri in cui i partecipanti a entrambe le sessioni sono stati pari ad almeno il 60% del totale è contenuta, in alcuni casi trascurabile. La percentuale più bassa di consenso è stata registrata per le affermazioni secondo cui il concetto di remissione e i criteri operativi favoriscono il superamento di una visione negativa della prognosi del disturbo. La Tabella V illustra il confronto tra i consensi espressi dai partecipanti a entrambe le sessioni e da quelli che hanno invece partecipato alle sessioni a modulo unico. Come si può osservare i dati dei due centri appaiono molto eterogenei: una totale adesione ai quesiti nella sede di Palermo, mentre a Bologna prevale un atteggiamento critico nei confronti del concetto di remissione e soprattutto nei confronti di un'eventuale utilità dei criteri operativi nella pratica clinica. La Tabella VI riassume i commenti maggiormente condivisi, registrati in sede di discussione. L'utilità del concetto di remissione secondo molti partecipanti viene limitata dalla non chiara relazione tra remissione dei sintomi e funzionamento psicosociale, poiché altri fattori quali il supporto

di un'adeguata rete sociale o un buon funzionamento cognitivo possono giocare un ruolo molto importante. Pertanto studi volti a chiarire tale relazione sono ritenuti indispensabili per sostenere la validità del concetto e dei criteri operativi nella pratica clinica. Molti partecipanti esprimono dubbi sulla diffusione dei criteri nella pratica clinica, ritenendo che se per un verso manca un'adeguata formazione all'uso delle scale di valutazione psicopatologica, per un altro manca anche il tempo da dedicare a tale attività nel contesto della routine clinica. Quanto alle strategie di intervento ritenute più idonee per raggiungere la remissione sintomatologica, alcuni partecipanti sottolineano l'importanza di disporre di interventi psicoeducativi di lunga durata e di farmaci *long-acting* di seconda generazione, data l'importanza della continuità del trattamento ai fini della remissione.

Discussione

Una ricerca condotta su PubMed con le parole "remission criteria AND schizophrenia" mostra che dalla pubblicazione dei criteri operativi di Andreasen et al.⁵ a oggi sono stati pubblicati almeno 60 lavori su riviste internazionali dedicati all'argomento. L'interesse che il tema ha suscitato nell'ambito della comunità scientifica potrebbe favorire una diffusione dei criteri negli studi clinici sull'efficacia dei trattamenti e sull'esito della malattia. È importante che gli psichiatri italiani siano consapevoli di tale innovazione e ne conoscano vantaggi e limiti. Il "Progetto Remissione" è nato da tali considerazioni e ha visto in campo un notevole sforzo organizzativo sull'intero territorio nazionale per coinvolgere un vasto numero di psichiatri in un progetto didattico che fornisce elementi di conoscenza sulla valutazione attuale dell'esito della schizofrenia, sul concetto di remissione applicato a malattie croniche in medicina e in psichiatria, che addestrasse all'uso dei criteri di Andreasen et al.⁵ per la remissione sintomatologica nella schizofrenia che consentisse di raccogliere, in un documento condiviso con tutti i partecipanti, il grado di condivisione dei principali contenuti del progetto. Gli obiettivi didattici sono stati in larga misura conseguiti. Infatti, i 454 psichiatri che hanno partecipato alla prima sessione e i 72 che hanno partecipato al modulo unico sono stati esposti alla presentazione di tutti i contenuti, hanno ricevuto una stampa di tutte le diapositive

presentate e i due articoli^{5,6} e hanno preso parte all'esercitazione sulla valutazione degli 8 item della PANSS utilizzati per la definizione operativa della remissione della sintomatologia. I contenuti del progetto hanno riscosso attenzione e critiche costruttive dai partecipanti e l'esercitazione sull'uso della PANSS per valutare la remissione è stata ritenuta da docenti e discenti indispensabile, data la scarsa diffusione dello strumento nei contesti clinici.

Il principale limite metodologico del progetto, ovvero la mancata partecipazione di circa il 45% del campione a entrambi gli incontri, non ha inficiato il conseguimento degli obiettivi didattici, ma ha reso meno affidabile la valutazione del grado di consenso sul concetto di remissione e sui criteri operativi proposti. Tuttavia, i dati ottenuti con l'inclusione dell'intero campione e quelli rilevati nei centri in cui almeno il 60% ha partecipato a entrambe le sessioni mostrano un elevato grado di confrontabilità, che ci consente di estrapolare alcune conclusioni. La valutazione del consenso sui contenuti proposti ha evidenziato un elevato grado di accordo sulla definizione della remissione sintomatologica, sull'utilità del concetto e dei criteri operativi nella pratica clinica, sui punti di forza e di debolezza dei criteri stessi, e sulle strategie più idonee per conseguire l'obiettivo della remissione sintomatologica. I partecipanti hanno concordato sui punti di forza dei criteri, in particolare sulla possibilità che essi rappresentino uno standard più affidabile per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti rispetto a quello del miglioramento e che facilitino il confronto tra gli esiti di trattamenti diversi. Il grado di concordanza è stato invece più basso quando si è discussa la possibilità che il concetto di remissione e l'introduzione dei criteri operativi per la sua valutazione favoriscano il superamento di una visione pessimistica della prognosi e migliorino la percezione della malattia da parte dei pazienti e dei loro familiari. Molti partecipanti, infatti, ritengono che la sola remissione dei sintomi, sganciata da un netto miglioramento del funzionamento psicosociale, non possa avere tale ricaduta. Alcuni psichiatri hanno persino espresso preoccupazione nei confronti delle eventuali implicazioni legali che la diffusione del concetto e dei criteri potrebbe avere: ad esempio la possibilità che un paziente dichiarato in remissione perda il diritto alla pensione di invalidità, oppure a un alloggio protetto. In qualche caso è emersa preoccupazio-

ne circa la possibilità che la consapevolezza della remissione da parte di pazienti e familiari possa addirittura interferire con la motivazione alla continuità nel trattamento se non accompagnata da adeguati programmi educativi. I partecipanti hanno anche sottolineato l'importanza della continuità nel trattamento, auspicando sia interventi integrati di lunga durata, in particolare con programmi psicoeducativi, sia una maggiore disponibilità e utilizzazione di antipsicotici *long-acting* di seconda generazione.

In conclusione, il progetto remissione ha rappresentato un'iniziativa di grande impatto sul piano didattico, evidenziando la necessità di aggiornamento continuo nella comunità psichiatrica italiana su temi che potrebbero avere importanti ricadute sia sul piano della ricerca che della clinica. L'atteggiamento dei partecipanti è stato caratterizzato da grande attenzione per i contenuti proposti, attiva partecipazione alla discussione e formulazione di osservazioni critiche molto costruttive.

È stato registrato un elevato grado di accordo sulla definizione della remissione sintomatologica, sull'utilità del concetto e dei criteri operativi nella pratica clinica, sui punti di forza e di debolezza dei criteri stessi e sulle strategie più idonee per conse-

guire l'obiettivo della remissione sintomatologica. Programmi di aggiornamento sui rapporti tra remissione sintomatologica, funzionamento sociale e cognitivo potrebbero rappresentare il prosieguo ideale dell'iniziativa.

Bibliografia

- ¹ Stephens JH, Astrup C, Mangrum JC. *Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics*. Am J Psychiatry 1966;122:1116-21.
- ² Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. *Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study*. Br J Psychiatry 2001 Jun;178:506-17.
- ³ Jobe TH, Harrow M. *Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review*. Can J Psychiatry 2005;50:892-900
- ⁴ Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. *What does the PANSS mean?* Schizophr Res. 2005;79:231-8.
- ⁵ Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.
- ⁶ van Os J, Drukker M, à Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. *Validation of remission criteria for schizophrenia*. Am J Psychiatry 2006;163:2000-2.