

# SMILE, un servizio per la prevenzione e l'intervento precoce in psichiatria: cosa suggeriscono sette anni di una realtà disgregata non-metropolitana

---

Annarita Tomassini<sup>1</sup>, Valeria Bianchini<sup>1</sup>, Donatella Ussorio<sup>2</sup>, Laura Giusti<sup>1,2</sup>, Ilaria Santini<sup>3</sup>, Ida De Lauretis<sup>3</sup>, Roberta Ortenzi<sup>1</sup>, Adele Tosone<sup>3</sup>, Simona D'Onofrio<sup>3</sup>, Elisabetta Guadagni<sup>3</sup>, Laura Verni<sup>1,4</sup>, Rita Roncone<sup>4</sup>, Rocco Pollice<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>"Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per le Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani" (SMILE), Università degli Studi di L'Aquila

<sup>2</sup>Dottorato di ricerca in Medicina Traslazionale, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi L'Aquila

<sup>3</sup>Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di L'Aquila

<sup>4</sup> Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi L'Aquila

Corresponding author: +39 0862368667

Fax +39 0862312104

e-mail: [rocco.pollice@cc.univaq.it](mailto:rocco.pollice@cc.univaq.it)

---

## Riassunto

---

L'identificazione precoce dei disturbi mentali ed il loro trattamento sono i principali obiettivi di cura per i giovani per promuovere la ripresa, l'indipendenza e l'autosufficienza e per facilitare le opportunità sociali, educative e di occupazione.

Nel seguente studio saranno brevemente riportate le attività del Servizio SMILE e discussa la nostra esperienza attraverso la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici forniti (terapia cognitivo-comportamentale (TCC), la terapia psicosociale integrata e la terapia farmacologica) ai soggetti con esordio psicotico (affettivo e non) e con Stato Mentale a Rischio. Verranno, inoltre, descritti i vari tipi di TCC di gruppo forniti: Trattamento Cognitivo/Emotivo, Trattamento Metacognitivo, Problem Solving Training e Trattamento per i Disturbi d'Ansia.

Il follow-up a due anni di 136 soggetti all'esordio psicotico (Affettivo e Non) o con (SMR) ha mostrato un miglioramento significativo delle variabili psicopatologiche presentate al momento della presa in carico e del funzionamento globale.

La nostra esperienza suggerisce che un *team* specificamente rivolto al riconoscimento dei segni e sintomi psicologici e comportamentali dei disturbi mentali per permettere la valutazione sistematica e per offrire un trattamento integrato ed individualizzato per i problemi mentali e psicologici precoci nei giovani, garantisce un controllo efficace dei sintomi e del declino funzionale.

## Abstract

---

The early identification of mental disorders and their treatment are the main goals of care for young people to promote recovery, independence and self-reliance and facilitate social opportunities, education and employment.

In the following study we briefly reported the activities of SMILE and discussed our experience through the evaluation of the effectiveness of therapeutic interventions (cognitive-behavioral therapy (CBT), integrated psychosocial therapy and pharmacological therapy) in subjects with onset psychotic (affective and Not) and At Risk Mental State. Furthermore, we also describe different TCC Group: Cognitive / Emotional Treatment, Metacognitive Treatment, Problem Solving Training and Anxiety Disorders Treatment.

The follow-up evaluation at two years treatment in 136 subjects with onset psychosis (Affective and Not) or At Risk Mental State showed a significant improvement of psychopathological variables and global.

Our experience suggests that a team specifically addressed to the recognition of the signs and psychological and behavioral symptoms of mental disorders to allow in young people the systematic evaluation and to offer an early integrated and individualized treatment for mental and psychological problems, provides an effective improvement of symptomatology and functional decline.

## Introduzione

---

La prevalenza dei disturbi mentali nei giovani è maggiore rispetto a qualsiasi fascia di età (3) e se non prontamente riconosciuti e trattati possono determinare una compromissione nel funzionamento sociale, l'interruzione del percorso di studi e la mancata realizzazione nel lavoro. Nonostante l'alta prevalenza e gli esiti negativi dei problemi di salute mentale durante l'adolescenza e l'età giovane adulta, i giovani sono spesso maldisposti a chiedere aiuto (6). L'accesso ai servizi di salute mentale risulta complicato dalla loro dislocazione territoriale, dalla mancata diffusione di informazioni, dalla loro prevalente organizzazione per il trattamento di patologie cronizzate e dalla scarsa diffusione di servizi dedicati alla diagnosi e trattamento precoce (11).

Nel Dipartimento di Salute Mentale di L'Aquila è stato creato il servizio SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani) con l'obiettivo di valutare sistematicamente, riconoscere e trattare i problemi mentali e psicologici nei giovani, prevenire il disagio psicologico e le malattie mentali, garantire la continuità delle cure, riconoscere e curare all'esordio i disturbi ed offrire personale specializzato.

Nel seguente studio saranno riportate le attività del Servizio SMILE e discussa la nostra esperienza. Il lavoro sarà incentrato sulle metodologie utilizzate nel nostro servizio per formulare una diagnosi adeguata e programmare un trattamento individualizzato.

## Materiali e metodo

Lo SMILE ha iniziato l'attività nel 2005. La scelta del setting, dell'equipe e degli interventi diagnostico-terapeutici ha seguito le indicazioni delle Linee Guida per gli esordi psicotici (9, 1,13). Il *team* SMILE è composto da quattro psichiatri, da medici in formazione specialistica, un neuropsichiatra infantile, un neuropsicologo e due tecnici della riabilitazione psichiatrica. È stato riservato allo SMILE un ampio spazio all'interno dell'Ambulatorio Specialistico (distante dal reparto di psichiatria) del PO "S. Salvatore". Il servizio è aperto cinque giorni a settimana. È stata realizzata una stretta collaborazione con i medici del DSM, di famiglia e dell'U.O. di Pronto Soccorso. L'unico criterio di ammissione è la presenza di sintomi funzionali psicologici, psichiatrici, comportamentali e la richiesta di aiuto da parte dei giovani di 16-30 anni. Gli utenti possono accedere direttamente e pagando un ticket per una "Visita SMILE".

Il percorso diagnostico viene effettuato attraverso tre visite consecutive:

- **Prima visita:** viene raccolta l'anamnesi familiare e prossima, indagato il funzionamento sia premorbo che attuale ed individuato il problema principale
- **Seconda visita:** vengono effettuate la valutazione dei tratti disfunzionali o dei disturbi di personalità attraverso la Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II (SCID-II), la valutazione neuro-cognitiva e quella familiare
- **Terza visita:** viene restituita la diagnosi, effettuata una breve psicoeducazione al disturbo e discusso il percorso terapeutico da intraprendere

Il preavviso individuale del rischio di sviluppare una psicosi deve essere bilanciato con la potenziale stigmatizzazione e con gli effetti provocati dalla comunicazione della diagnosi. Per tale motivo il servizio fornisce un breve programma di educazione che promuova il benessere, migliori le strategie di *coping* ed incrementi il supporto sociale. Durante tale periodo è possibile monitorare l'evoluzione dello stato mentale con una *Osservazione Sequenziale Programmata*. Abbiamo chiamato questo approccio globale "cura simultanea".

Il percorso terapeutico prevede 3 tipi di interventi: la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), la terapia psicosociale integrata (TPI) e la terapia farmacologica (TF). La TCC viene condotta attraverso interventi individuali o di gruppo in base a percorsi formulati secondo le necessità terapeutiche. Sono, in particolare, forniti cinque tipi di TCC di gruppo:

- *Trattamento Cognitivo/Emotivo (TCE)*
- *Trattamento Metacognitivo (TMC)*
- *Problem Solving Training (PST)*
- *Social Skill Training (SST)*
- *Trattamento per i Disturbi d'Ansia (TDA)*

L'efficacia di ogni intervento è valutata attraverso la somministrazione di specifici strumenti psicometrici nelle fasi pre- e post-intervento.

Il TCE (4) è rivolto agli utenti che presentano tratti disfunzionali o disturbi di personalità alla SCID-II. È previsto un incontro settimanale per 12 settimane. L'intervento prevede una psicoeducazione sulle emozioni e sui più comuni pensieri disfunzionali che sono alla base di risposte emotive abnormi; l'apprendimento del Metodo "ABC" (Activation – Beliefs - Consequences); il monitoraggio dei pensieri disfunzionali; un Modulo di Coaching Emozionale, per l'apprendimento delle competenze emotive.

Il TMC (8) è attuato su un gruppo di 3-10 utenti con diagnosi di esordio dello spettro schizofrenico e prevede un intervento sulle distorsioni cognitive coinvolte nella patogenesi dei disturbi psicotici. L'obiettivo principale è quello di aumentare la consapevolezza delle distorsioni cognitive per indurre a riflettere criticamente su esse, integrare e modificare le abilità di *problem solving*.

Il PST viene ha lo scopo di migliorare sia le competenze sociali che cognitive (5). Gli incontri, della durata di 60 minuti, sono svolti per sei mesi con cadenza settimanale (circa 24 incontri).

Il SST è finalizzato all'incremento delle abilità sociali e a quelle interpersonali. È rivolto a piccoli gruppi di 4-8 utenti con lo scopo di migliorare il funzionamento sociale attraverso l'implementazione delle competenze sociali e si articola in 12 incontri della durata di circa un'ora ciascuno.

Il TDA è rivolto a soggetti con diagnosi di Disturbo d'Ansia e viene effettuato secondo il Metodo Andrews su gruppi di 6-8 utenti (2). Allo scopo di rendere più fruibile l'applicazione del metodo Andrews, abbiamo apportato una modifica alla sua articolazione originaria di tre settimane: gli incontri della durata di 2 ore, sono svolti in un unico giorno a settimana per un totale di 14 giornate.

In ogni Gruppo di TCC viene dedicato un incontro ad un intervento di *Psicoeducazione alle Sostanze d'Abuso* con lo scopo di educare e sensibilizzare i giovani utenti ai rischi per la salute fisica e mentale determinati dalle più comuni sostanze di abuso. Una particolare attenzione viene rivolta all'utilizzo di sostanze cannabinoidi in quanto è la sostanza più diffusa ed è riconosciuto come fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi psicotici. L'educazione all'uso di cannabis ai giovani con un esordio psicotico o uno stato mentale a rischio (SMR) è considerato uno strumento di prevenzione di una ricaduta e, quindi, degli esiti a lungo termine nel disturbo (14,15). Tale intervento è stato intensificato in seguito all'evento sismico che ha colpito la città di L'Aquila nel 2009 in quanto si è registrato un aumento dell'utilizzo di tale sostanza tra i giovani (10).

Nel percorso terapeutico viene, infine, effettuato un intervento sulle famiglie degli utenti con un esordio psicotico attraverso un *Intervento Psicoeducativo Multifamiliare* (IPM). L'IPM ha lo scopo di ridurre le ricadute dell'utente e la sofferenza emotiva dei familiari attraverso il potenziamento delle capacità di resilienza e l'aumento dell'autostima, ponendo ciascun membro della famiglia nelle condizioni più adeguate per definire, o ridefinire, i propri obiettivi di vita, spesso inficiati dalle conseguenze della patologia.

Per i soggetti con un disturbo dello spettro psicotico con deficit cognitivi, rilevati alla valutazione neurocognitiva, e compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, viene effettuato un intervento di riabilitazione cognitiva individuale attraverso l'utilizzo di un programma computerizzato (Cogpack).

Sono stati, inoltre, elaborati e forniti interventi di prevenzione primaria rivolte agli studenti delle scuole di secondo ordine ed universitari. Per gli studenti delle scuole superiori è stato articolato negli anni un progetto denominato "*Pensare Positivo*" (16) declinato in diversi interventi con specifiche finalità: riconoscimento e la gestione delle emozioni; controllo dell'ansia; Problem Solving; implementazione della comunicazione interpersonale; psicoeducazione sulle più comuni sostanze di abuso.

Nel presente lavoro saranno riportati i dati relativi alla valutazione di esito in seguito a due anni di trattamento individualizzato sui soggetti con esordio psicotico (Non Affettivo e Affettivo) e con SMR.

La valutazione psicopatologica è stata effettuata attraverso **Brief Psychiatric Rating Scale– 24 item (BPRS-24)** (Roncone et al, 1999), una scala etero-valutativa di 24 item con punteggi che vanno da 1 ( assenza del sintomo) a 7 ( molto grave). Sono stati identificati cinque cluster sintomatologici: Disorganizzazione; Affettività Negativa; Sintomi Positivi; Affettività espansa; Sintomi Negativi.

Il funzionamento globale del paziente (psicologico, sociale e lavorativo) è stato valutato con la scala di **Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)** con un punteggio che va da un minimo di 0 ad un massimo di 100 (APA, 2004).

L'analisi statistica è stata effettuata attraverso l'ANOVA a misure ripetute per il confronto delle medie nei due tempi. E' stata, quindi eseguita, un'analisi *post hoc* dei risultati ottenuti attraverso il test di Bonferroni.

## Risultati

Nei 6 anni di attività dello SMILE sono stati visitati 2146 giovani per un totale di 12602 prestazioni. Attualmente sono presi in carico 592 utenti di cui 237 con un esordio di disturbo dello spettro psicotico (58 con Disturbo dello spettro schizofrenico; 142 con Disturbo Bipolare; 37 con SMR). Sul totale di soggetti visitati 1172 sono stati dimessi in seguito ad una remissione sintomatologica, 245 sono stati inviati in altri servizi con un'articolata indicazione diagnostica e terapeutica e 137 sono stati considerati come *drop-out*.

Nel presente lavoro sono riportati i dati relativi alla valutazione di esito di 136 soggetti (M/F: 74/62, età 24,04±5,3, scolarità 14,09±2,8) con esordio psicotico.

<b>CARATTERISTICHE cliniche</b>	
<b>Età media di esordio, anni</b>	20,2±4,7
<b>DUP, media settimane</b>	112,9±140
<b>Tipo di esordio (%)</b>	
<i>Graduale</i>	92 (67,6)
<i>Improvviso</i>	35 (25,7)
<i>Missing</i>	9 (6,6)
<b>Diagnosi</b>	
<i>Disturbo psicotico non affettivo (%)</i>	38 (28)
<i>Stati Mentali a rischio (%)</i>	41 (30)
<i>Disturbo affettivo (%)</i>	57 (42)
<b>Valutazione funzionamento globale (VGF)</b>	64,65±14,9
<b>Abuso di sostanze (%)</b>	
<i>Alcol</i>	28 (20,5)
<i>Cannabis</i>	30 (22)
<i>Cocaina</i>	9 (6,5)
<i>Altre droghe</i>	6 (4,4)
<b>Pregressi tentati suicidi (%)</b>	7 (5,1)
<b>Problemi con la legge (%)</b>	7 (5,1)

Nella **Tabella 1** sono riportate le caratteristiche cliniche degli utenti valutati, Si è osservato un miglioramento significativo nei tre gruppi, ma non differenze tra i gruppi, in relazione al punteggio totale alla BPRS (WSf:  $F = 641,17$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ; BSf:  $F = 1,64$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,2$ ) e ai cluster sintomatologici *Disorganizzazione* (WSf:  $F = 85,27$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ; BSf:  $F = 0,48$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,6$ ), *Affettività Negativa* (WSf:  $F = 277,37$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ; BSf:  $F = 0,11$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,8$ ), *Affettività espansa* (WSf:  $F = 84,48$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ; BSf:  $F = 0,79$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,4$ ) e *Sintomi Positivi* (WSf:  $F = 185,27$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ; BSf:  $F = 1,5$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,2$ ) (**Figura 1**). Per il solo cluster sintomatologico *Sintomi Negativi* è presente un miglioramento significativo nei due tempi di valutazione in tutti i gruppi diagnostici (WSf:  $F = 104,93$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,000$ ) e differenze statisticamente significative tra i tre gruppi (BSf:  $F = 6,07$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,004$ ). L'analisi post-hoc per questo cluster mostra, infatti, punteggi significativamente maggiori per i soggetti all'Esordio Non Affettivo sia rispetto a quelli con Esordio Affettivo ( $s: 0,01$ ) che ai soggetti con SMR ( $s: 0,005$ ). La valutazione del funzionamento globale con la VGF ha mostrato un miglioramento significativo nei due tempi di valutazione in tutti i gruppi diagnostici (WSf:  $F = 34,80$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,000$ ) in assenza di differenze statisticamente significative tra i tre gruppi (BSf:  $F = 2,30$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,1$ ) (**Figura 2**).

## Conclusioni

La nostra esperienza suggerisce che un servizio specificamente rivolto al riconoscimento dei segni e sintomi psicologici e comportamentali dei disturbi mentali garantisce un controllo efficace dei sintomi. Il follow-up a due anni di soggetti all'esordio psicotico (Affettivo e Non) o con SMR ha mostrato, infatti, un miglioramento significativo delle variabili psicopatologiche e del funzionamento globale. I risultati hanno una notevole importanza clinica in quanto il trattamento effettuato potrebbe influenzare positivamente la storia naturale del disturbo anche in termini di declino funzionale. Il trattamento dei sintomi psichiatrici maggiori nei giovani è considerato un problema di primaria importanza per il Sistema Sanitario Italiano in quanto è stato dimostrato che giovani con problemi psichiatrici maggiori non ricevono una terapia adeguata (10). I nostri dati dimostrano che un *team* appositamente costituito per trattare i sintomi permette il loro controllo attraverso un adeguato utilizzo sia della TCC che della TF.

Nel nostro Servizio riceve una particolare attenzione anche il trattamento preventivo per migliorare i risultati del trattamento delle malattie mentali precoci che originano dal disagio psicologico. I TCC di gruppo, concepiti sulla base dell'approccio di "cura simultanea", sono efficaci nel migliorare le problematiche emotive, la sintomatologia ansiosa, le distorsioni cognitive alla base dell'ideazione delirante e le abilità di problem solving.

I risultati dello studio ribadiscono l'importanza della presenza di un servizio specializzato che impieghi strumenti di valutazione e di intervento di provata efficacia, mutuandoli da esperienze più longeve e significative (7) e calibrandoli alle esigenze del territorio, che sia infine, di rapida e agevole fruizione ed abbia l'obiettivo di identificare e trattare precocemente i disturbi mentali gravi sui giovani.

## Riferimenti

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, Second Edition. Am J Psychiatry; 2004.
2. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. Trattamento dei Disturbi d'Ansia - Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo. Edizione italiana a cura di: P. Morosini, A. Guidi, D. Leveni, M. Lussetti, D. Piacentini. Centro Scientifico Editore; 2003.
3. Australian Bureau of Statistics. Mental health of young people, Australia, 2007. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2010.
4. Dimaggio G, Semerari A. I disturbi di personalità. Modelli e trattamento, Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali. Laterza; 2003.
5. Falloon IR, Economou M, Palli A, et al. "Optimal Treatment Project Collaborative Group. The clinical strategies implementation scale to measure implementation of treatment in mental health services". Psychiatr Serv. 2005;56(12):1584-90.
6. Herman H, Purcell R, Goldstone S, McGorry P. Improving mental health in young people. Psychiatr Danub. 2012;24(3):285-90.
7. Meneghelli, A., Cocchi, A. & Preti, A. (2010). "Programma2000": a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. Early Intervention in Psychiatry 2010; 4: 97-103.
8. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(6):619-25.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline 1. National Collaborating Centre for Mental Health; 2003.
10. Pollice R, Bianchini V, Roncone R, Casacchia M. Marked increase in substance use among young people after L'Aquila earthquake. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011; 20 (8): 429-430.
11. Pollice R, Di Giovambattista E, Ussorio D, Di Pucchio A, Tomassini A, Mazza M, Roncone R, Casacchia M: The service for Monitoring and Early Intervention against psychoLogical and mEntal suffering in young people (SMILE) at the University of L'Aquila. Early Intervention in Psychiatry. 2007;1:271-275.
12. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, et al. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. Acta Psychiatr Scand. 1999;100(3):229-36.
13. Sistema nazionale per le linee guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia. Istituto Superiore di Sanità; 2007.
14. Tomassini A, Roncone R, Verni L, et al. Uso di Cannabis e rischio psicopatologico negli esordi psicotici. La Rivista di Psichiatria. 2012;47(2):170-177.
15. Tomassini A, Roncone R, Verni L, et al. Uso di cannabis ed esordi psicotici: dall'epidemiologia alla clinica. Journal of Psychopathology; 2013 (EPUB February 6, 2013).
16. Tomassini A, Tosone A, Orteni R, et al. "Pensare Positivo": un progetto di promozione del benessere emotivo e sociale nelle scuole superiori. SINPIA, 2013 (In pubblicazione).