

SMILE: un servizio per la prevenzione, il monitoraggio e l'intervento precoce in psichiatria

SMILE: a service for prevention, monitoring and early intervention in psychiatry

R. POLLICE
E. DI GIOVAMBATTISTA
D. USSORIO
A. TOMASSINI
A. DI PUCCHIO
M. MAZZA
V. DI MICHELE
R. RONCONE
M. CASACCHIA

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila

Key words

Anxiety • Depression • Early intervention • Early recognition • First-episode • Mental disorders • Prevention • Prodromes • Psychosis

Correspondence: Dr. Rocco Pollice, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila, Italy
Tel. +39 0862 368314
Fax +39 0862 312104
rocco.pollice@virgilio.it

Summary

Objective

In the present report, we describe the organization of our multidisciplinary mental health primary care intervention for youths with psychiatric problems and we report preliminary evidence of its effectiveness.

Methods

Our service has been named SMILE, the acronym of "Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per le Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani". It has been established within the Psychiatric Unit of the University of L'Aquila. Aim of the service is to allow systematic evaluation, recognition and integrated treatment (psychological, psychosocial and psychopharmacological) of early mental and psychological problems in young people, to prevent psychological discomfort and mental illness, to warrant continuity of care in all phases of discomfort and to recognise and offer care for mental disorders at onset. Other missions of our service include early recognition of the pre-psychotic prodromal stage and the psychotic pre-phase, in order to permit the identification of the largest possible proportion of at-risk individuals, as early as possible, and their referral to appropriate treatment. Furthermore, we provide medical psychiatric residents with training to recognise and treat pre-morbid, prodromic and early signs and symptoms of psychiatric problems and mental disorders.

Results

One hundred seventy-four patients (80.5%) were admitted more than once, for a total of 685 admissions. Two hundred ninety-eight admissions (61.5%) were for cognitive-behavioural therapy care, one hundred nineteen admissions (25.5%) were for psychosocial integrated treatment care while 77 admissions (15.9%) were only for pharmacological treatment care and active treatment check. We divided in five macro-area diagnostic hypothesis sub-groups the different clinical dimension observed, also considering the non-clinical needs (Psychological discomfort/derangement Macro-area; Anxiety Macro-area; At risk mental state Macro-area; Mood Macro-area; Psychosis Macro-area).

The most frequent symptoms detected were anxiety, depression, sleep disorders, eating disorders, trouble with thinking and concentration, reduced drive and motivation, loss of energy, social withdrawal, school and/or work problems, conduct problems/hypomanic behaviour, psychosomatic problems.

Conclusions

The SMILE service has been established a comprehensive early intervention service providing most of the mental health service requirements for young people, across a broad range of mental suffering states and overt psychiatric symptoms. Notably, it is a significant advance over what was provided before in Italy. Hopefully, the development of early intervention programs for mental suffering will result in better linkages between child and adult psychiatry services and also with those involved in long-term care to ensure treatment of psychiatric disorders throughout the life cycle.

Introduzione

Negli ultimi due decenni numerose esperienze in letteratura hanno evidenziato come il primo contatto con i servizi di salute mentale sia preceduto da un periodo nel quale segni e sintomi premortosi precedono le

manifestazioni caratteristiche dell'esordio dei disturbi psicotici¹⁻³. Tali segni e sintomi rappresentano essenzialmente un cambiamento della precedente esperienza e dei comportamenti abituali della persona. La ricerca sull'esordio delle malattie mentali gravi (schizofrenia e disturbo bipolare) ha permesso l'identificazione di

un periodo prodromico e di una fase premorboza. I sintomi prodromici sembrerebbero essere simili per i disturbi psicotici. L'esordio sia della schizofrenia sia del disturbo bipolare potrebbe essere caratterizzato da umore depresso e sintomi ansiosi. In entrambi i disturbi, tuttavia, il periodo prodromico produce un precoce deterioramento funzionale da cui possono derivare delle conseguenze sociali. Questi risultati sono fortemente suggestivi del fatto che i disturbi dell'umore di grave entità e le psicosi condividono un periodo prodromico premorbozo nel quale è difficile distinguerli con sicurezza. Spesso, il periodo prodromico premorbozo è possibile che coincida con uno stato prepsicotico, definito "stato mentale a rischio" (SMR).

L'obiettivo dell'intervento precoce nel corso del periodo prodromico prepsicotico è quello di alleviare i sintomi depressivi, ansiosi o negativi e prevenire il deterioramento funzionale e le sue conseguenze attraverso interventi cognitivo-comportamentali (TCC) e training delle abilità sociali⁴⁵. Cameron⁶ ha sostenuto la necessità di "identificare i sintomi molto precoci per prevenire il successivo sviluppo della malattia grave". Più recentemente, diversi autori hanno sottolineato la necessità di una diagnosi e gestione precoce dei disturbi psichiatrici per ridurre e prevenire la compromissione del funzionamento sociale che ne deriva⁷⁸. Un ritardo nel trattamento del primo episodio è associato a un *outcome* peggiore. Queste variabili influenzano pesantemente la durata della malattia non trattata (DMNT) e/o della psicosi non trattata (PNT). Nella maggior parte degli studi è stato riportato che un periodo prolungato di PNT è predittivo di un decorso sfavorevole della malattia^{2,11-13}. DMNT e PNT sono associati, specialmente per i disturbi mentali maggiori, con un decorso più grave del primo episodio e delle conseguenze associate agli episodi successivi (aumentato rischio, maggior durata del ricovero, costi più alti)^{14,15}. Un esiguo numero di studi ha riportato anche deficit neuropsicologici, più elevati punteggi a sintomi negativi e disorganizzazione, oltre che esiti funzionali sfavorevoli^{16,17}. È ancora poco chiaro se un prolungato periodo di PNT sia associato anche a un maggior numero di ricadute psicotiche, come riportato da numerosi autori, dato che i follow-up a lungo termine sono rari¹⁸.

Il riconoscimento e l'intervento precoci hanno incrementato, pertanto, le speranze di prevenire o ritardare l'esordio psicotico, riducendo la gravità della malattia e migliorando le conseguenze personali e sociali⁹. L'intervento precoce/preventivo è, dunque, di estrema rilevanza per la salute pubblica ed è diretto alle manifestazioni sintomatologiche e funzionali, più che ai processi sottesi alla malattia. La TCC nelle fasi prodromiche sembra influenzare favorevolmente il corso della malattia a breve termine e, nella fase prepsicotica, la combinazione con antipsicotici a basse dosi sembra avere efficacia clinica rilevante.

Negli ultimi anni maggiore attenzione è stata dedicata al riconoscimento precoce di segni e sintomi psicologici e comportamentali per consentire una precoce identificazione di soggetti a rischio e di indirizzarli verso un adeguato trattamento. Con queste prospettive il riconoscimento precoce dovrebbe focalizzarsi non solo sulla fase prepsicotica e a rischio del disturbo schizofrenico, ma anche sul riconoscimento e l'intervento precoce dei disturbi dell'umore e d'ansia (trattamento sintomi/malattia orientato).

L'obiettivo di una "cura simultanea", per la quale i trattamenti "sintomi/malattia orientati" e "bisogni/sintomi orientati" dovrebbero essere gestiti allo stesso tempo, rappresenta una nuova sfida per gli psichiatri. Recentemente, le linee guida per il trattamento della schizofrenia sviluppate dal *National Institute of Clinical Excellence* (NICE)¹⁰ e, in Italia, il "Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000" del Ministero della Salute, hanno suggerito che "devono essere sviluppati servizi di intervento precoce per offrire il corretto apporto di interventi specialistici farmacologici, psicologici, sociali, occupazionali ed educazionali al primo episodio" in quanto "molte persone con attuale o possibile schizofrenia hanno difficoltà nel ricevere aiuto, trattamento e cure in uno stadio precoce". Sulla scia del pionieristico lavoro di McGorry e del gruppo di Melbourne, in diverse nazioni sono nati centri per il riconoscimento e l'intervento precoci delle psicosi e sono stati proposti numerosi modelli per migliorare gli standard dell'intervento precoce.

Nonostante i vasti investimenti sui farmaci psicotropi e gli sforzi di standardizzare le tecniche psicoterapiche, i servizi psichiatrici tradizionali hanno fallito nel migliorare le esigenze dei giovani. Ad esempio, la categorica distinzione delle malattie mentali è di per sé stigmatizzante. Come risultato, molti giovani si vergognano dell'idea di essere affetti da una malattia mentale ed evitano il trattamento.

Nel DSM di L'Aquila nel 2006 è stato creato un servizio, specificamente dedicato all'identificazione precoce dei segni e sintomi psicologici e comportamentali delle malattie mentali, per riconoscere il più precocemente possibile le persone a rischio e indirizzarle verso un adeguato trattamento. Gli obiettivi del servizio, chiamato SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani), sono quelli di permettere la valutazione sistematica, il riconoscimento e il trattamento integrato per i problemi mentali e psicologici nei giovani, di prevenire il disagio psicologico e le malattie mentali, di garantire la continuità delle cure in tutte le fasi del disagio, di riconoscere e curare all'esordio i disturbi e offrire personale sanitario addestrato nel trattamento dei segni e sintomi precoci, premorbozi e prodromici dei problemi psichiatrici e dei disturbi mentali.

I fenomeni psicopatologici che abbiamo usato per la differenziazione diagnostica precoce e/o nel tentati-

vo di riconoscere l'esordio di un episodio psicotico, includono: segni e sintomi prodromici caratteristici; deficit neuropsicologici¹⁹; caratteristiche del decorso della malattia.

In questo rapporto descriveremo l'organizzazione dello SMILE e in un anno di esperienza le evidenze preliminari della sua efficacia.

Materiali e metodo

Lo SMILE ha iniziato la propria attività il 1 maggio 2006. Il team SMILE è composto da due psichiatri, da medici in formazione specialistica in psichiatria, un neuropsichiatra infantile, un neuropsicologo e un tecnico della riabilitazione psichiatrica. Un pedagogista e un pediatra sono disponibili per consulenze.

Sono state riservate allo SMILE tre stanze all'interno dell'ambulatorio specialistico (distante dal reparto di psichiatria) dell'ospedale "S. Salvatore". Il servizio, in questa fase sperimentale, è stato aperto due volte a settimana per le prime visite e due volte a settimana per interventi integrati. È stata realizzata una stretta collaborazione con i medici del dipartimento psichiatrico e con i medici di famiglia. L'unico criterio di ammissione è stato la presenza di sintomi funzionali psicologici, psichiatrici, comportamentali e la richiesta di aiuto da parte dei giovani (età compresa tra i 16 e i 30 anni). Gli utenti possono accedere direttamente, chiamare ogni giorno dalle 9.00 alle 19.00 su un telefono cellulare, pagare la seconda e la terza visita con un ticket per una "visita SMILE". Abbiamo cambiato la denominazione tradizionale di "visita psichiatrica o psicologica", per evitare la paura della stigmatizzazione nei giovani ed avvicinarli al servizio.

Per permettere la continuità delle cure, i casi clinici sono stati seguiti due volte a settimana dal team SMILE e dagli altri medici del DSM.

All'ammissione, per valutare la sintomatologia clinica, sono stati impiegati i seguenti strumenti: l'*Integrated System for Assessment in Psychiatry* (i.s.a.p.)²⁰ lo *Youth Psychosis at Risk Questionnaire* (Y-PARQ)²¹ il *Symptom Onset in Schizophrenia* (SOS)²² la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)²³ e un nostro strumento personale, in via di convalida, il *Symptom Onset SMILE* (SoSMILE).

La SoSMILE è stata sviluppata dal nostro gruppo, sulla base dello *Structured Interview for Prodromal Symptom* (SIPS)²⁴ l'*Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia and Other Psychoses* (IRAOS)²⁵ e il *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ)²⁶ per il riconoscimento precoce di soggetti ad aumentato rischio per psicosi. Essa può essere usata come intervista auto somministrata o telefonica e valuta i sintomi generici (6 items), i sintomi psicotici attenuati o pienamente espressi (10 items) e i sintomi affettivi (5 items), nonché il funzionamento sociale (5 items).

Il funzionamento premorbo e i pattern psicocomportamentali sono stati valutati rispettivamente con la *Premorbid Adjustment Scale* (PAS)^{27,28} e con la *Child Behaviour Checklist* (CBCL)²⁹⁻³². I bisogni non clinici sono stati valutati con la *Camberwell Assessment of Need* (CAN)³³ e la qualità della vita con la *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Q-Les Q)³⁴. Per valutare lo stato psicofisico della famiglia, per ciascun genitore sono stati impiegati i seguenti strumenti: Questionario dei problemi familiari (QPF)³⁵, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Q-Les Q)³⁴, *Jalowiec Coping Scale* (JCS)³⁶. Abbiamo utilizzato la *Brief Neuropsychological Examination* (BNE) per valutare la performance cognitiva³⁷.

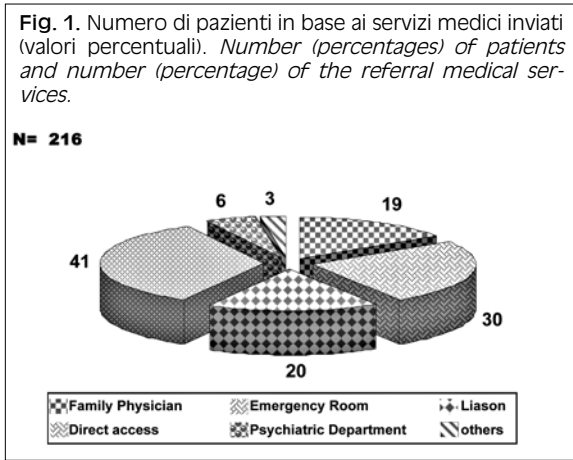
I protocolli per il trattamento dei sintomi, segni e bisogni comuni sono stati divisi in 5 macro-aree in base al sottogruppo di ipotesi diagnostica (macro-area disagio psicologico; macro-area ansia; macro-area SMR; macro-area umore; macro-area psicosi) e sono disponibili in forma scritta per la consultazione da parte dei medici, degli specialisti, dello psicologo, del tecnico della riabilitazione psichiatrica. L'educazione dei pazienti e dei parenti rispetto al trattamento dei sintomi è stata effettuata dal team SMILE mediante momenti informativi ed incontri psicoeducativi formali.

Abbiamo utilizzato 3 tipi di interventi: la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), la terapia psicosociale integrata (TPI) e la terapia farmacologica (TF). Per quanto riguarda la TCC e la TPI abbiamo utilizzato due diversi strumenti di intervento, il trattamento ambulatoriale (bisogni/sintomi orientato) o il più intensivo trattamento in day hospital (sintomi/malattia orientato), che potrebbero essere riassunti come segue: training sul *problem solving*, training cognitivo/emozionale, training sulle abilità sociali, training psico-educazionale, training sui segni precoci di crisi, gruppo di *peer education*, gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Come misura oggettiva dell'efficacia dello SMILE abbiamo paragonato il numero dei giovani (di età tra 16 e 30 anni) che si sono rivolti a servizi ambulatoriali generali specialistici per la cura della salute mentale nell'anno precedente l'inizio dell'attività dello SMILE (maggio 2005 - maggio 2006 = Y1) e nel primo anno della sua attività (maggio 2006 - maggio 2007 = Y2). I dati relativi al carico di lavoro per i membri del team durante il primo anno sono stati valutati come un ulteriore indice oggettivo di *outcome* del successo del programma.

Risultati

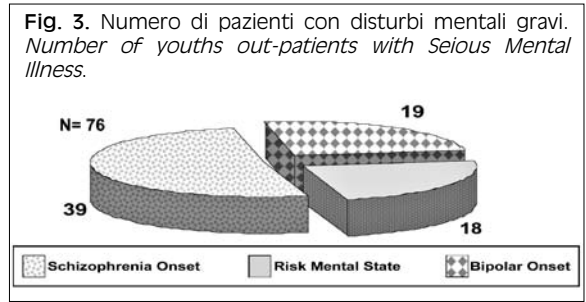
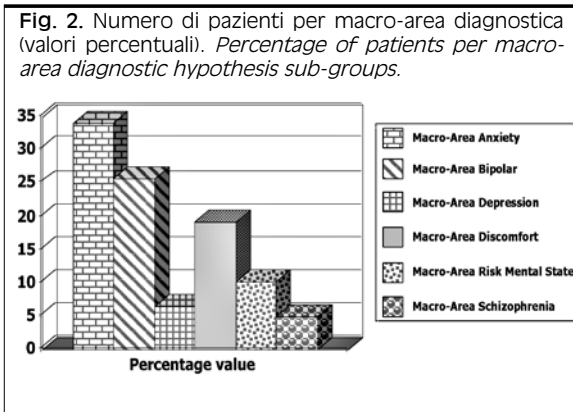
Durante il primo anno di attività (Y2) si sono rivolti allo SMILE 216 soggetti (127 femmine e 89 maschi),



provenienti da diversi servizi; paragonati ai 139 dell'Y1, rappresentano un incremento approssimativamente del 64%. La percentuale di affluenza dei vari servizi medici è rappresentata nella Figura 1. La media dell'età dei nostri giovani pazienti è stata 21,8 anni ($\pm 5,7$).

Sono stati visitati più volte 174 pazienti (80,5%), per un totale di 685 ammissioni. La media del numero di visite per ciascun paziente è stata 3,9 (DS $\pm 2,8$). Mentre 298 ammissioni (61,5%) sono state effettuate per una TCC, 119 (25,5%) per una TPI, e 77 (15,9%) per TF e trattamento attivo.

I sintomi registrati più frequentemente al momento dell'ammissione erano ansia, irritabilità, umore depresso, disturbi del sonno, ritiro sociale, sospettosità, compromissione del funzionamento lavorativo/scolastico. Il 27% dei nostri giovani pazienti ha riportato negli anni precedenti una sintomatologia riferibile a uno dei disturbi delle quattro maggiori categorie: disturbi d'ansia (tasso di prevalenza del 18%), disturbi dell'umore (10%), disturbi di controllo degli impulsi (9%), disturbi da uso di sostanze (4%). I disturbi maggiormente presenti nei precedenti 24 mesi



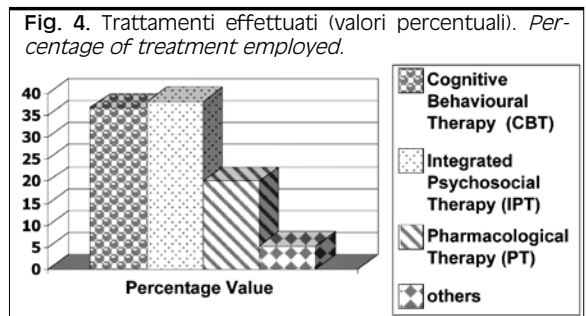
Tab. I. Caratteristiche demografiche dei giovani pazienti con sintomi psicotici maggiori (media \pm DS). *Demographic features of young out-patients with major psychotic symptoms (mean \pm SD).*

	Esordio schizofrenia	Esordio disturbo bipolare	Stato mentale a rischio
Età (anni)	22,53 \pm 3,2	20,43 \pm 2,2	21,69 \pm 4
M/F	15/4	17/13	12/5

erano disturbo di panico (9%), fobia sociale (7%) e disturbo depressivo maggiore (7%). I disturbi a maggior prevalenza nel corso della vita erano disturbi d'ansia (29%), disturbi dell'umore (21%), disturbi del controllo degli impulsi (25%) e disturbo da uso di sostanze (15%). Riteniamo che, in molti dei nostri pazienti, essi possano essere considerati come sintomi premorbosi o prodromici. La percentuale di pazienti per macro-area di ipotesi diagnostica è mostrata in Figura 2. Drammaticamente, il 35% dei nostri giovani pazienti erano affetti da gravi malattie mentali (Fig. 3, Tab. I).

La percentuale dei pazienti sottoposti ai tre tipi di intervento è riportata in Figura 4.

La nostra esperienza dimostra, inoltre, un ritardo tra l'esordio della malattia e il primo contatto per il trattamento. Il ritardo si verifica per quasi tutti i disturbi mentali, con variazioni tra le diverse categorie diagnostiche. La media del ritardo per i disturbi è



Tab. II. Ore settimanali dedicate dai membri dello SMILE durante il primo anno di attività. *Weekly work-dedicated hours of members of SMILE team over a one-year period.*

Membro SMILE	Ore settimanali
Neuropsichiatra infantile	13
Psichiatra	17
Medico in formazione specialistica in psichiatria	32
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	10
Neuropsicologo	4
Totale	74

stata di 5 anni ($DS \pm 2,8$). Il ritardo maggiore è stato di 7 anni per la fobia sociale e i disturbi di ansia che noi attribuiamo alla relativa giovane età di esordio. Il più breve ritardo è stato riscontrato per i disturbi dell'umore – tra sei mesi e un anno e mezzo – e potrebbe essere dovuto alle informazioni sulle nuove strategie terapeutiche e alle informazioni trasmesse più semplicemente grazie ai mass-media.

I dati relativi al carico di lavoro per i membri del team SMILE durante il primo anno di attività sono illustrati in Tabella II.

Discussione

La diagnosi precoce e il trattamento dei sintomi rappresentano un'emergenza psichiatrica. La nostra esperienza suggerisce che un team specificamente rivolto al riconoscimento dei segni e sintomi psicologici e comportamentali per permettere la valutazione sistematica e per offrire un trattamento integrato, garantisce un eccellente controllo dei disturbi. La stretta collaborazione con i medici del dipartimento psichiatrico e con i medici di famiglia, inoltre, permette il mantenimento della continuità delle cure.

Abbiamo osservato pazienti durante tutte le fasi del disturbo, dai segni precoci all'esordio della malattia. Un terzo dei pazienti ha ricevuto un trattamento TPI attivo e molti di essi sono stati sottoposti a cure ambulatoriali con TCC prima dell'inizio della terapia sintomi/malattia orientata. La maggior parte dei pazienti al momento dell'ammissione presentava tre o più sintomi gravi. Tale dato porta a due considerazioni: l'equazione cura dei sintomi uguale terapia solo dei sintomi psicotici potrebbe essere sbagliata; un approccio multi-disciplinare per la cura dei sintomi è obbligatorio.

I sintomi più frequentemente registrati sono stati ansia, irritabilità, umore depresso, disturbi del sonno, ritiro sociale, sospettosità, compromissione delle funzionamento lavorativo-scolastico. Abbiamo osservato

un'incidenza significativamente più bassa, rispetto a quanto riportato da altri autori, di ridotta autostima, motivazione ed anergia e di compromissione del funzionamento lavorativo-scolastico. Una possibile spiegazione è dovuta alla valutazione precoce dei sintomi che noi effettuiamo di routine in tutti i pazienti in trattamento e il conseguente approccio tempestivo. Abbiamo registrato buoni risultati circa il trattamento di ansia, irritabilità, umore depresso, disturbi del sonno, ritiro sociale, sospettosità, compromissione delle funzionamento lavorativo-scolastico. Disturbi alimentari, deficit attentivi e abbandono scolastico o dell'attività lavorativa hanno invece mostrato maggior difficoltà di trattamento. Questi risultati sono simili ai dati pubblicati in precedenza³⁸⁻⁴⁰.

Dal nostro punto di vista, i dati che riguardano il trattamento dei disturbi mentali sono particolarmente interessanti. Infatti, il trattamento dei sintomi psichiatrici maggiori in giovani pazienti è considerato un problema di primaria importanza per il sistema sanitario italiano. In Italia, ad esempio, la prescrizione di alcuni farmaci psicotropi è inferiore a quella di altri paesi occidentali. Per ottimizzare l'uso dei farmaci psicotropi di prima generazione è stata promulgata una nuova legge ed è stata migliorata la conoscenza e l'attitudine dei medici italiani coinvolti nell'uso di questi farmaci nei giovani⁴¹⁻⁴³. Recenti studi, inoltre, hanno dimostrato che giovani con problemi psichiatrici maggiori, osservati durante il trattamento attivo, non ricevono una terapia adeguata⁴⁴.

I nostri dati dimostrano che un team appositamente costituito per trattare i sintomi in un dipartimento psichiatrico permette un buon controllo dei sintomi maggiori con l'utilizzo appropriato sia della TCC sia della TF, come ci suggeriscono le linee guida NICE¹⁰. Abbiamo dedicato attenzione anche al trattamento preventivo e al benessere psicologico per migliorare i risultati del trattamento delle malattie mentali precoci che originano dal disagio psicologico⁴⁵⁻⁴⁶.

L'attività dello SMILE permette una possibilità unica di migliorare le conoscenze e le attitudini dei medici in formazione specialistica per la valutazione, il riconoscimento e il trattamento dei segni e sintomi precoci premorbosi e prodromici dei problemi psicologici e dei disturbi mentali.

I metodi di rilevamento dell'aumentato rischio di malattie psicotiche e dei segni precoci di psicosi sono carenti durante il periodo prodromico prepsicotico, il quale è frequentemente accompagnato da deterioramento cognitivo funzionale e declino sociale⁴⁰. Molti soggetti che manifestano sintomi gravi con compromissione della qualità di vita nel corso della fase prodromica delle psicosi non sono trattati. Phillips et al.⁴⁷ hanno evidenziato il concetto della necessità di offrire un trattamento alla quota più ampia possibile di soggetti che manifestano sintomi prodromici, in quanto potrebbero rappresentare l'esordio di una psi-

così. Il monitoraggio delle persone ad alto rischio può essere ottenuto mediante filtri consecutivi costruiti nel sistema di cura della salute, come suggerito da van Os & Delespaul⁴⁸ in risposta a Goldberg & Thornicroft⁴⁹. Il primo stadio di una gerarchia del rischio dipende dall'auto selezione di pazienti che consultano primariamente i servizi sanitari a causa di un disagio. Si rendono, pertanto, necessari strumenti di screening che consentano l'identificazione soprattutto di pazienti a rischio moderato. Queste persone a rischio potrebbero, in seguito, essere sottoposte a una valutazione specifica per mezzo di strumenti con maggior potere predittivo e di discriminazione per il riconoscimento precoce. Questo stadio di identificazione del rischio dovrebbe essere collocato presso servizi specialistici di salute mentale o centri di intervento precoce che abbiano a loro disposizione anche una batteria di test neuropsicologici ed eventualmente strumenti neurobiologici⁴⁰.

Non abbiamo stabilito una rotazione formale di medici allo SMILE, ma essi erano coinvolti quotidianamente nella discussione dei casi clinici, nella programmazione del trattamento e nella valutazione dei risultati. Pertanto tutti i medici erano esperti circa la valutazione, il riconoscimento e il trattamento dei sintomi.

La ricerca nella valutazione, riconoscimento e trattamento dei segni e sintomi precoci, premorbosi e prodromici, è stata anche migliorata dall'attività dello SMILE. Nell'ultimo anno, il team ha pubblicato tre lavori su riviste referenziate e ha partecipato con

comunicazioni orali e poster a numerosi congressi nazionali nonché a studi multicentrici nazionali e internazionali (ad es. *European First Episode of Schizophrenia Trial* [EUFEST]).

Possiamo concludere che un team dedicato all'intervento precoce appositamente creato in un dipartimento psichiatrico generale rappresenta un modo originale di approccio alla cura umana; esso permette l'identificazione e il controllo, la continuità delle cure, la formazione per i medici e la ricerca. Anche se riportiamo i dati solo del primo anno di attività, il team continua a funzionare con lo stesso personale e rimane completamente integrato alla clinica di cura primaria. Riteniamo, inoltre, che questo modello sia facilmente trasferibile a tutti i dipartimenti psichiatrici generali, specialmente nelle cliniche universitarie.

La nostra esperienza, inoltre, suggerisce alcune importanti e interessanti indicazioni, soprattutto in campo clinico, relativamente alla prevenzione e alla profilassi delle complicanze. Le differenze degli esiti clinici e funzionali potrebbero essere "stimate" e influenzare precocemente la diagnosi e il trattamento, visto che la presenza di variabili psicologiche e comportamentali precoci sembra essere correlata in vario modo a specifici disturbi mentali nei giovani (ad es. quelli con maggior rischio di co-morbidità con altri disturbi psichiatrici o abuso di sostanze). I risultati di questa esperienza forniscono il *background* per futuri studi prospettici dettagliati di intervento precoce e di efficacia preventiva.

Bibliografia

- 1 Häfner H, Maurer K, Löffler W. *Onset and early course of schizophrenia*. In: Häfner H, Gattaz WF, editors. *Search for the causes of schizophrenia III*. Berlin: Springer 1995, p. 43-66.
- 2 McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. *EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management*. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
- 3 Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. *Diagnosis in schizophrenia in the initial prodromal phase*. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158-64.
- 4 Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. *Randomized, controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes*. *Br J Psychiatry* 2002;181:91-7.
- 5 Bechdolf A, Kohn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J. *A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months*. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:173-9.
- 6 Cameron DE. *Early schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 1938;95:567-78.
- 7 Falloon IRH. *Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration*. *Psychiatry* 1992;55:4-15.
- 8 Birchwood M, MacMillan JF. *Early intervention in schizophrenia*. *Aust NZ J Psychiatry* 1993;27:374-8.
- 9 Edwards J, Harris MG, Bapat S. *Developing services for first episode psychosis and the critical period*. *Br J Psychiatry* 2005;187:91-7.
- 10 National Institute for Clinical Excellence. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guidelines 1*. London: National Collaborating Centre for Mental Health 2003.
- 11 Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. *Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
- 12 Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. *The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission*. *Br J Psychiatry* 1986;148:115-20.
- 13 McEvoy JP, Schooler NR, Wilson WH. *Predictors of therapeutic response to haloperidol in acute schizophrenia*. *Psychopharmacol Bull* 1991;27:97-101.
- 14 Linszen D, Lenior M, de Haan L, Dingemans P, Gersons B. *Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1998;72:84-91.
- 15 McGorry PD, Edwards J. *Early psychosis training pack*.

- Cheshire, UK: Gardiner-Caldwell Communications 1997.
- 16 Haas GL, Gattatt LS, Sweeney JA. *Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness.* J Psychiatr Res 1998;32:151-9.
 - 17 Bottlender R, Strauss A, Möller H-J. *Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients.* Schizophr Res 2000;44:145-50.
 - 18 Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. *Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study.* Schizophr Res 2001;52:29-36.
 - 19 Wagner M, Frommann I, Pukrop R. *Cognitive and neurobiological risk indicators in early and late prodromal stages: new data from the German Research Network on Schizophrenia.* Biol Psychiatry 2005;57:202-3.
 - 20 Conti L, Massimetti G. *i.s.a.p. Integrated System for Assessment in Psychiatry.* Vol. 1. Torino: Archimedita 2002.
 - 21 Ord LM, Myles-Worsley M, Blailes F, Ngiralmu H. *Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population.* Schizophr Res 2003;71:507-8.
 - 22 Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. *Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) inventory.* Schizophr Res 2000;44:1-10.
 - 23 Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, 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;100:229-36.
 - 24 Miller TJ, Cicchetti D, Markovich PJ, McGlashan TH, Woods SW. *The SIPS screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome.* Schizophr Res 2004;70:78.
 - 25 Hafner H, Riecher-Rossler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, et al. *IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia.* Schizophr Res 1992;6:209-23.
 - 26 Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, et al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire.* Am J Psychiatry 2000;157:1873-5.
 - 27 Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. *Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia.* Schizophr Bull 1982;8:470-84.
 - 28 van Mastrigt S, Addington J. *The assessment of premorbid functioning in first episode schizophrenia.* J Psychiatry Neurosci 2002;27:92-101.
 - 29 Achenbach TM. *Childhood behavior checklist.* Burlington, VT: University of Vermont 1991.
 - 30 Rossi A, Pollice R, Daneluzzo E, Marinangeli MG, Stratta P. *Behavioral neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: a retrospective study using CBCL.* Schizophr Res 2000;44:121-8.
 - 31 Youngstrom E, Youngstrom JK, Starr M. *Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist profiles and patterns of comorbidity.* Biol Psychiatry 2005;58:569-75.
 - 32 Faraone SV, Althoff RR, Hudziak JJ, Monuteaux M, Biederman J. *The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis.* Bipolar Disord 2005;7:518-24.
 - 33 Phelan M, Slade M, Thornicroft G. *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness.* Br J Psychiatry 1995;167:589-95.
 - 34 Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure.* Psychopharmacol Bull 1993;29:321-6.
 - 35 Morosini P, Roncone R, Veltro F, Palomba U, Casacchia M. *Routine assessment tool in psychiatry: a case of questionnaire of family attitudes and burden.* Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences 1991;1:95-101.
 - 36 Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. *Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale.* Nurs Res 1984;33:157-61.
 - 37 Mandini S, Mapelli D, Vestri A, Visiacci PS. *Esame neuropsicologico.* Milano: Raffello Cortina 2003.
 - 38 Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. *Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia.* Br J Psychiatry 1998;172:14-20.
 - 39 Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. *Psychosis prediction: 12 month follow-up of a high-risk ("prodromal") group.* Schizophr Res 2003;60:21-32.
 - 40 Hafner H, Maurer C. *Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives.* World Psychiatry 2006;5:130-8.
 - 41 Ferrigno G, Marcenaro M, Penati S. *Adolescenti e psicofarmaci: riflessioni su un'esperienza clinica su un campione di 150 ragazzi.* <http://www.pol-it.org/ital/ferrignp2006-2.htm>.
 - 42 McGorry PD, Yung A, Phillips L. *Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step.* Schizophr Res 2001;51:17-29.
 - 43 Cornblatt BA, Lencz T, Kane JM. *Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical?* Schizophr Res 2001;51:31-8.
 - 44 Morosini P, Gigantesco A, Mirabella F, Picardi A. *Efficacia degli interventi, profili professionali e qualità in salute mentale.* Italian Journal of Psychopathology 2004;1:23-8.
 - 45 Diener E, Lucas RE, Oishi S. *Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction.* In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press 2002, p. 63-73.
 - 46 Cloninger CR. *Feeling good: the science of well being.* New York: Oxford University Press 2004.
 - 47 Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR, McGlashan TH, Cornblatt B, Klosterkotter J. *Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities.* Br J Psychiatry 2005;187:33-44.
 - 48 van Os J, Delespaul P. *Toward a world consensus on prevention of schizophrenia.* Dialogues Clin Neurosci 2005;7:53-67.
 - 49 Goldberg D, Thornicroft G, editors. *Mental health in our future cities.* Hove: Psychology Press 1998.