

# INDICE

	Pag.
<b>Introduzione</b>	
<b>CAPITOLO I - La salute e classificazione dei disturbi mentali</b>	
<b>1.1 Definizione di salute e teorie infermieristiche         di riferimento</b>	<b>2</b>
<b>1.2 I disturbi mentali: cosa sono, quali sono e sintomi</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO II Il dropout: definizione e studio dei casi</b>	
<b>2.1 Il dropout</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Differenza del tasso di dropout in paesi a basso,         medio e alto reddito</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Studio su motivi e indicatori di dropout</b>	<b>9</b>
<b>2.4 Determinanti del dropout in un centro di salute mentale</b>	<b>13</b>
<b>2.5 Studio sullo stigma nella realtà militare</b>	<b>14</b>
<b>CAPITOLO III- Il ruolo della figura dell'infermiere nel dropout.</b>	<b>16</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>21</b>
<b>Materiali e metodi</b>	<b>22</b>
<b>Risultati</b>	<b>23</b>
<b>Discussione</b>	<b>24</b>
<b>Conclusione</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>25</b>
<b>Ringraziamenti</b>	<b>28</b>

## INTRODUZIONE

Il tema esaminato in questo lavoro è il dropout del paziente psichiatrico conseguentemente alla richiesta di aiuto o all'inizio di terapia, sia questa farmacologica, psicoterapia o terapia combinata.

Vengono esaminati quindi studi che basano il loro focus sulla relazione dell'infermiere con il paziente e studi sviluppati principalmente in America, Canada e Giappone, e America del Sud condotti su pazienti psichiatrici che hanno espresso la motivazione per l'abbandono del trattamento.

È importante, per avere un trattamento efficace ed efficiente dal punto di vista infermieristico, analizzare e comprendere, tramite le cause e le motivazioni descritte dai pazienti, i pattern più comuni e, di conseguenza, implementare comportamenti, metodi che devono essere messi in atto da tutta l'equipe e che portino a modificare, sanare il rapporto del paziente con le strutture ospedaliere e non, che vengono messe a disposizione del paziente.

Lo scopo è quindi quello di permettere la continuità assistenziale e la progressione del piano infermieristico, oltre all'adesione terapeutica per raggiungere l'obiettivo del miglioramento dello stato di salute del paziente.

## **CAPITOLO I- La salute e classificazione dei disturbi mentali**

### **1.1 Definizione di salute e teorie infermieristiche di riferimento**

“La salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità” OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1947).

La più recente definizione di salute sottolinea come essa sia composta da un connubio di più fattori, tra questi: lo stato fisiologico della persona, lo stile di vita, le relazioni, la salute mentale.

Nella pratica infermieristica ci serviamo di teorie sviluppate da infermiere; in ognuna di esse abbiamo un focus e un'organizzazione diversa. In base a queste teorie si formano veri e propri modelli usati nella pratica.

La tematica di questo studio permette di concentrarsi principalmente su due modelli: quello di Marjory Gordon e di Hildegard Peplau.

La teoria di Gordon verte su dati che vengono classificati come funzionali o disfunzionali e permette una raccolta di informazioni del soggetto dettagliata, declinandosi in 11 campi:

1. Percezione e gestione della salute
2. Nutrizionale e metabolico
3. Eliminazione
4. Attività ed esercizio fisico
5. Sonno e riposo
6. Cognitivo e percettivo
7. Concetto di se e percezione di se
8. Ruoli e relazioni
9. Sessualità e riproduzione
10. Coping e tolleranza allo stress
11. Valori e convinzioni

I primi sono rivolti allo stato fisiopatologico del soggetto come, ad esempio, Percezione e gestione della salute, Aspetto nutrizionale e metabolico, e va poi a esplorare i lati relativi alle risorse o disturbi del soggetto nell'ambito psicologico, spirituale e relazionale.

Successivamente alla raccolta di dati, ci sarà lo sviluppo di un piano assistenziale infermieristico, in base ai bisogni e alla collaborazione della persona.

La seconda teoria che si prende in esame è quella di Hildegard Peplau; che pubblica il suo lavoro "Interpersonal Relation In Nursing" nel 1952, rielaborandolo e revisionandolo nel 1991 e nel 1997.

Il suo pensiero è basato sulla comunicazione terapeutica e sul ruolo dell'infermiere nella comunicazione con l'assistito.

È fondamentale, secondo Peplau, avere una buona relazione infermiere-paziente al fine di aiutarlo a far fronte al processo di guarigione e sviluppare fiducia nel personale infermieristico (che è a carico del processo assistenziale) e dell'intero team medico.

Nel suo metodo definisce diversi ruoli che vengono assunti dall'infermiere, essendo egli una figura vicina al paziente, lo aiuta a riconoscere lo stato di malattia e a mantenere lo stato di indipendenza.

Il risultato della comunicazione efficace e del rapporto stabile porta grandi benefici al paziente, diminuendo ansia e migliorando il percorso di riabilitazione, nel caso di interventi chirurgici.

Vediamo, quindi, come nel presente è importante la presa in carico del soggetto in tutti i suoi lati e come, la relazione e la comunicazione del personale sanitario con il paziente possano determinare il fallimento o il successo dell'intero piano assistenziale.

## **1.2 I disturbi mentali: cosa sono, quali sono e sintomi**

Il disturbo mentale è una patologia che ricade sotto la specialistica psichiatrica, che per il suo lavoro si serve di manuali come il DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), sviluppato dall'APA (American Psychiatric Association) e ICD (International Classification of Diseases) che è a cura della WHO (World Health Organization). Questi testi permettono la classificazione dei disturbi e successiva diagnosi; divergono per la loro orientazione: il DSM si incentra sulla ricerca scientifica mentre l'ICD sull'utilità delle diagnosi nella pratica ordinaria.

Il DSM ad oggi ha rivoluzionato la percezione e visione stessa della malattia mentale, allontanandola sempre più dalla visione medica di patologia, che presenta sintomi e decorsi tipici.

DISTURBO	COSA COMPRENDE
Disturbo del neurosviluppo	Spettro autistico, ADHD(Attention deficit/Hyperactivity), disturbi dell'apprendimento
Schizofrenia e disturbi psicotici	Disturbo psicotico breve, disturbo delirante, schizoaffettivo, schizofreniforme, schizotipico di personalità
Bisturbi bipolari e correlati	Bipolare di tipo I, bipolare di tipo II, disturbo ciclotimico

Disturbo depressivo	Disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente, Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
Disturbi d'ansia	mutismo selettivo, agorafobia, disturbo d'ansia generalizzato, fobie
Disturbi ossessivi- compulsivi	disturbo ossessivo-compulsivo, tricotillomania, dimorfismo corporeo
Disturbi post traumatici da stress	disturbo da stress post traumatico, disturbo reattivo dell'attaccamento, disturbo da impegno sociale disinibito
Disturbi dissociativi	Disturbo dissociativo dell'identità, amnesia dissociativa, disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione
Disturbo somatoforme	Disturbo di conversione, disturbo da sintomi somatici, disturbo d'ansia generalizzata
Disturbi del comportamento alimentare	disturbo da ruminazione, anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge Eating, disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo
Disturbi dell' eliminazione	Enuresi ed encopresi
Disturbi del sonno	Insonnia, narcolessia, parasonnia, ipersonica
Disfunzioni sessuali	Eiaculazione ritardata, disfunzione erettile, disturbo dell'orgasmo femminile, eiaculazione precoce, disturbo da dolore genito-pelvico/ della penetrazione
Disforia di genere	
Disturbi del controllo degli impulsi	piromania, cleptomania, e disturbo o positivo provocatorio, disturbo esplosivo
Disturbi correlati a sostanze e dipendenze	Intossicazione, ludopatia, astinenza (In relazione con alcol, caffeina, allucinogeni, cannabis, oppioidi, sedativi, ipnotici,
Disturbi neurocognitivi	Delirio, disturbi cognitivi lievi e gravi correlati a morbo di Alzheimer, danni cerebrali, infezione da HIV, morbo di Parkinson e di
Disturbi della personalità	Disturbi di cluster A (personalità paranoie, schizoide, schizotipica), cluster B (Personalità antisociale, borderline, istrionico, narcisistica) e cluster C (Disturbo evitante di personalità, personalità dipendente, personalità ossessiva compulsiva)
Disturbi parafilici	Disturbo voyeuristico, esibizionista, masochismo, sadismo, feticismo, pedofilia

Tabella I. Classificazione dei disturbi psichiatrici secondo il DSM

Il DSM ci permette di avere una prima visione dei vari disturbi, che spaziano dalla sfera sessuale, quella emotiva, cognitiva, fino ad arrivare a quella fisica, come causa del disturbo psichico.

Comprendiamo quindi quanto vario sia il mondo della psichiatria, e di come ogni input possa avere un impatto sulla mente umana, sin dalla giovane età.

A caratterizzare i disturbi sono i sintomi, che variano da:

1. Alterazioni di coscienza, tra cui stupore, agitazione psicomotoria, catatonia, coma (indotto da sostanze), intossicazione
2. Allucinazioni, che sono caratteristiche del disturbo schizofrenico, che spaziano da uditive, visive, tattili, olfattive
3. Alterazioni dell'umore, tipiche dei disturbi di personalità (come per esempio il disturbo bipolare o disturbo di personalità borderline), o psicosi; qui si apprezzano episodi maniacali (umore espanso, alta autostima, iperattività) ed episodi depressivi (caratterizzati da tono dell'umore molto basso, poca cura della persona, poca attività fisica e interazione con altri, perdita o aumento di peso, disturbi del ritmo sonno-veglia)
4. Alterazioni dell'eloquio e del pensiero: pensieri disorganizzati, accelerati o rallentati, difficoltà nell'espressione degli stessi
5. Alterazione del comportamento: isolamento, non rispetto delle regole, avvicinamento a gruppi con solo scopo di ottenere sostanze,
6. Alterazione del comportamento alimentare: anoressia, sensi di colpa dopo essersi alimentati, comportamenti purgativi di compenso, abbuffate, obesità,
7. Disordine da uso di sostanze: sindrome da astinenza, alterazione del ritmo sonno-veglia, aumento o diminuzione della tolleranza, "craving" della stessa sostanza

## **CAPITOLO II- Il dropout: definizione e studio dei casi**

### **2.1 Il dropout**

Il dropout nell'ambiente medico è un fenomeno che vede come protagonista l'abbandono delle cure da parte dell'assistito; questo può accadere per varie motivazioni e in diversi momenti del trattamento, che andremo ad osservare meglio tramite gli articoli presi in considerazione in questo lavoro.

Questo accade più di quanto noi pensiamo, anche subito dopo una valutazione iniziale o una prima visita. Nel 2008, Barrett ha riportato che tra 100 pazienti in un centro di cure, solo la metà è tornata per una prima visita, e tra questi, solo 20 fossero tornati per una terza visita.

## **2.2 Differenza del tasso di dropout in paesi a basso, medio e alto reddito**

Il primo studio condotto, pubblicato nel 2021, ha preso in considerazione paesi a basso, medio e alto reddito, confrontando così quanto la posizione economica potesse avere un effetto nella continuità di cura di ogni singolo assistito.

I paesi presi in considerazione fanno tutti parte dell'Organizzazione mondiale della Sanità: 13 dei quali considerati a basso/medio reddito dalla Banca Mondiale e 15 paesi come alto reddito; alcuni dei risultati sono rappresentativi della situazione complessiva dello stato, mentre altri sono stati somministrati in aree principalmente rurali e aree urbane, che vanno quindi ad esplorare realtà più piccole.

Lo studio si basa su interviste condotte faccia a faccia con la popolazione target, per poi essere trascritte e tradotte secondo le linee guida della WHO (World Health Organization).

L'intervista è stata divisa in due parti: la prima somministrata a tutti gli oggetti di studio per una valutazione e scrematura iniziale per definire chi avesse o meno una patologia psichiatrica, passando poi alla seconda parte dell'intervista, che è stata somministrata a chi avesse una diagnosi di un disturbo psichiatrico.

È stato utilizzato per stabilire la patologia il DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) e sono stati classificati i disturbi: lievi, moderati e severi. Alcuni esempi di pazienti che sono stati intervistati sono: bipolari di tipo I, soggetti con

dipendenza da sostanze, chi ha tentato di suicidio nei 12 mesi precedenti e chi ha auto-riportato una severità importante secondo la scala SDS (Sheehan Disability Scale).

I soggetti intervistati sono stati divisi secondo delle categorie:

1. In base al tipo di assistenza ricevuta: se da uno psichiatra, medico di medicina generale o da operatore sanitario; questo per distinguere il costo, la complessità e la qualità dell'assistenza ricevuta.
2. In base a quando è stata abbandonata la terapia: se dopo i primi due incontri o dopo il terzo. Questa distinzione è importante per una considerazione clinica: potrebbe esserci bisogno di più incontri per il paziente per instaurare un rapporto con il professionista e per impegnarsi nel rapporto di cura.

Come abbiamo precedentemente detto, è importante il personale sanitario che tratta l'assistito: è stata quindi divisa in modo equo tra i paesi a basso, medio e alto reddito l'assistenza professionale in tal modo: il 30,8-32,9% dei pazienti sono stati trattati da un psichiatra, il 19,4-22,2% è stato trattato da operatori sanitari e il 47-47,7% da un medico di medicina generale.

Il "dropout rate" è stato più basso nei pazienti trattati da uno psichiatra (17,2-18,5%), per chi è stato trattato da altre figure professionali il risultato è stato 19,9-44,2% e per quanto riguarda i soggetti trattati da un medico di medicina generale il rate è stato da 43,2% al 57,2%.

Già da questi risultati capiamo come la figura che interagisce con l'assistito sia fondamentale per instaurare un rapporto ma soprattutto mantenerlo nel tempo.

Lo studio va a osservare anche le motivazioni che hanno portato gli assistiti ad abbandonare le cure e le suddivide in tre grandi categorie:

1. Tipo di disturbo e la sua severità: si è notato un aumento di dropout dopo 1/2 visite in pazienti in trattamento con uno psichiatra e con sintomi lievi o moderati mentre per i pazienti più critici abbiamo un dropout dopo tre o più visite; qui la divisione socio-economica non ha rappresentato un fattore rilevante
2. Assicurazione sanitaria: i pazienti che provengono da un paese di alto reddito che non hanno possibilità di accesso ad un servizio pubblico o assicurazione hanno lasciato la terapia dopo 3 o più visite rispetto a chi possedeva un'assicurazione



sanitaria, per quanto riguarda i paesi a basso e medio reddito abbiamo un tasso minore di dropout se l'assistenza proviene da medici di medicina generale

3. Variabili socio-demografiche come per esempio la famiglia, l'educazione, il lavoro e il salario hanno rappresentato un problema minore nel tasso di abbandono di terapia per quanto riguarda questo studio.

I risultati indicano che il tasso di dropout durante il trattamento è molto alto, raggiungendo quasi il 30% in stati più sviluppati e il 45% in stati in via di sviluppo.

Si è notato anche che il tasso è più alto se il trattamento viene fatto da un medico di medicina generale piuttosto che da specialisti avendo un tasso rispettivamente del 60% nel primo caso e del 20% nel secondo.

In questo studio vediamo come e si sottolinea il bisogno di supervisione, supporto, studio e di revisione dei trattamenti per quanto riguarda gli operatori sanitari, che presentavano i tassi di dropout più alti tra le figure. Un altro aspetto da sottolineare in base ai risultati è quanto la gravità dei sintomi influisca e spinga i soggetti presi in considerazione ad abbandonare il percorso di cura, suggerendoci quindi un problema fondamentale nel sistema sanitario: i sintomi più moderati vengono curati da psichiatri, e, come visto in precedenza, non portano ad una continuità di cura, mentre persone con sintomi più gravi non siano destinate al percorso di trattamento con psichiatri ed anche in questo caso si presenti una non continuità di cura.

### **2.3 Studio su motivi e indicatori di dropout**

Il secondo studio preso in esame viene condotto nel 2002 facendo riferimento all'Ontario e agli Stati Uniti, tramite dei sondaggi sottoposti da United States National Comorbidity Survey e dalla Mental Health Supplement to The Ontario Health Survey e pone la sua attenzione sull'aspetto sociodemografico degli intervistati.

La popolazione presa in considerazione nel primo studio è stata di 8098 persone con una risposta dell' 82,4% al follow up, mentre il secondo conta un target di 9953 persone, delle quali si ha ottenuto un responso del 67,4% nel follow up.

Lo studio preso in considerazione in questo lavoro ha tenuto conto rispettivamente di 830 persone dalle ricerche della National Comorbidity Survey e di 431 soggetti della Mental Health Supplement.

I soggetti selezionati per lo studio sono poi stati quelli che hanno abbandonato il trattamento ed è stato lasciato loro un questionario in cui si chiedeva la motivazione del termine della terapia.

La popolazione che è stata determinata “popolazione dropout” stata quella che non era più in terapia per motivi che non fossero un miglioramento della sintomatologia.

Gli indicatori per il termine della terapia sono stati definiti in base a delle caratteristiche sociodemografiche dei soggetti: età, sesso, reddito familiare, se fossero residenti in zone rurali o urbane, educazione (università o scuole superiori) ed etnia.

Inizialmente si è chiarita l'attitudine dei pazienti sul trattamento della salute mentale; somministrando due domande: la prima di quanto fossero a proprio agio ad essere in terapia psichiatrica (con risposte che variavano da: molto, il giusto, non molto, non a proprio agio), mentre la seconda è stata di stimare una percentuale di pazienti che sono stati aiutati dal trattamento psichiatrico. La risposta alla seconda domanda è stata abbastanza divergente tra chi esprimeva una percentuale del più del 50% e minore del 50%.

Sono state anche categorizzati gli oggetti di studio in base a:

1. La figura professionale che li ha seguiti
2. Il numero di visite
3. Il tipo di trattamento (psicoterapia da psichiatri, da medici di medicina generale, da psicologi o assistenti sociali e colloqui con rabbini, preti)
4. Il tipo di terapia (farmacoterapia, psicoterapia, counseling, terapia combinata: farmaco e psicoterapia)

Lo studio mostra (come è possibile vedere dalla figura n1) risultati complessivamente sovrapponibili tra Stati Uniti e Ontario con un tasso di abbandono di terapia del 10% fino alla quinta visita, del 18% alla decima e del 20% fino alla venticinquesima.

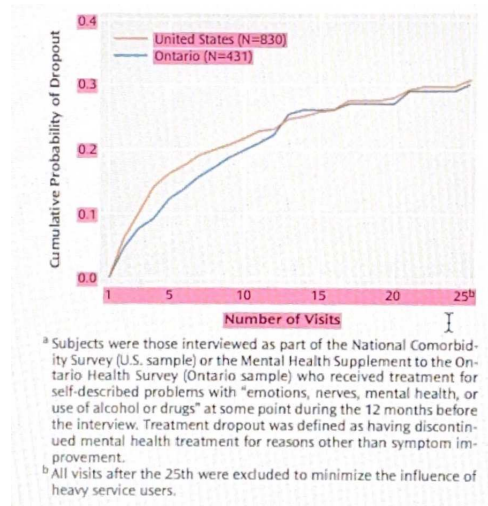


Figura n1. Differenza della tendenza al dropout tra Stati Uniti e Ontario

Un dato da tenere in conto, come mostrato in figura (figura n2) è di come sia rispettivamente più alto il tasso di abbandono nei casi di solo counseling e di sola farmacoterapia, mentre di come nella psicoterapia (somministrata da psichiatri, psicologi o da professionisti sanitari) combinata alla farmacoterapia i soggetti tendano a mantenere il rapporto terapeutico a lungo termine.

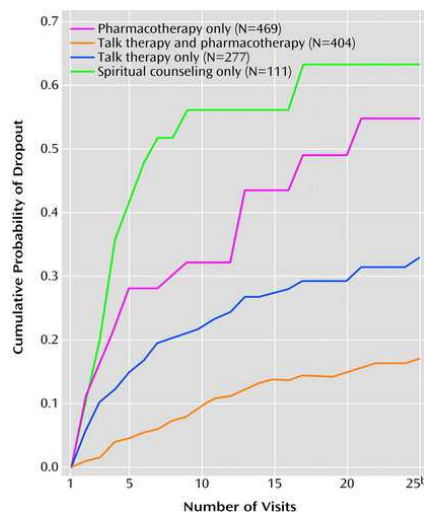


Figura n. 2: Probabilità di dropout in base al tipo di trattamento ricevuto e il numero di visite.

Per quanto riguarda invece il fattore sociodemografico, come si nota dalla tabella (tabella n2), ciò che ha influito di più è stata l'età dei soggetti e la copertura assicurativa.

Factor	%	SE	Effect on Mental Health Treatment Dropout <sup>b</sup>	
			Odds Ratio	95% CI
Income				
Low	25.4	0.4	1.46	0.88–2.41
Medium	59.8	0.5	1.30	0.83–2.05
High	14.7	0.3	1.00	
Age (years)				
15–24	19.4	0.4	1.64 <sup>a</sup>	1.01–2.64
25–34	34.6	0.5	1.04	0.66–1.64
35–44	31.4	0.5	1.05	0.66–1.67
45–55	14.6	0.3	1.00	
Urbanicity				
Urban	73.6	0.4	0.94	0.68–1.29
Nonurban	26.3	0.4	1.00	
Insurance <sup>c</sup>				
No	14.2	0.4	1.54 <sup>a</sup>	1.04–2.30
Yes	85.8	0.4	1.00	
Gender				
Female	65.0	0.5	1.15	0.86–1.54
Male	35.0	0.5	1.00	
Education				
Low	38.1	0.5	1.26	0.94–1.69
High	61.9	0.5	1.00	
Race/ethnicity <sup>c</sup>				
Black	7.3	0.3	1.43	0.87–2.38
Hispanic	7.7	0.3	0.81	0.45–1.46
Non-Hispanic white/other	84.9	0.4	1.00	

Tabella n.2 Fattori sociodemografici e i loro effetti sul dropout

I risultati di questo studio mostrano come una terapia combinata (farmacoterapia e psicoterapia somministrata da un professionista sanitario) possa effettivamente migliorare e abbassare il tasso di dropout che è stato denotato nella popolazione studiata.

Un altro fattore da sottolineare è l'attitudine negativa della popolazione riguardo al trattamento di patologie psichiatriche. Questi pazienti sono quelli che poi, nello studio, erano molto più inclini ad abbandonare il percorso di terapia. Sarebbe quindi imprescindibile, per quanto riguarda le figure professionali, iniziare un percorso di educazione e informazione sull'efficacia del trattamento, aiutando così gli stessi pazienti ad accettare più facilmente la terapia e ad aderire con costanza. Un altro metodo che potrebbe rendersi molto efficace è centrare il trattamento e l'intero percorso terapeutico sul soggetto, rendendolo libero ed autonomo.

## 2.4 Determinanti del dropout in un centro di salute mentale

Il terzo studio è basato a Ginevra, pubblicato nel 2006, e prende come ambiente un “mental health crisis centre”, ossia un centro di salute mentale specializzato in emergenze psichiatriche.

Lo studio prende in considerazione varie definizioni dello stesso termine “dropout”: secondo Kolb si tratta di mancare due visite consecutive, per Hatchett vuol dire mancare all’ultima visita, Longo lo classifica come abbandono dopo una valutazione iniziale, per Pekarik è invece un termine della terapia contro parere medico, non importa il numero di visite fatte.

A determinare l’abbandono di terapia è, secondo quanto riportato, anche il tipo di disturbo di cui soffre il soggetto: chi soffre di un disturbo antisociale, problemi con sostanze, sarà più prono ad abbandonare il percorso di terapia, mentre chi soffre di schizofrenia o disturbi della personalità sarà comunque più a rischio rispetto ad altri disturbi.

Lo studio ha incluso pazienti che si recavano alla University Hospitals of Geneva, includendo 245 pazienti, con un follow up di 4-6 settimane.

I risultati dello studio mostrano un tasso di abbandono del 37,5% e di questi l’81,8% è stato nei primi due giorni, come si può apprezzare nella tabella n3.

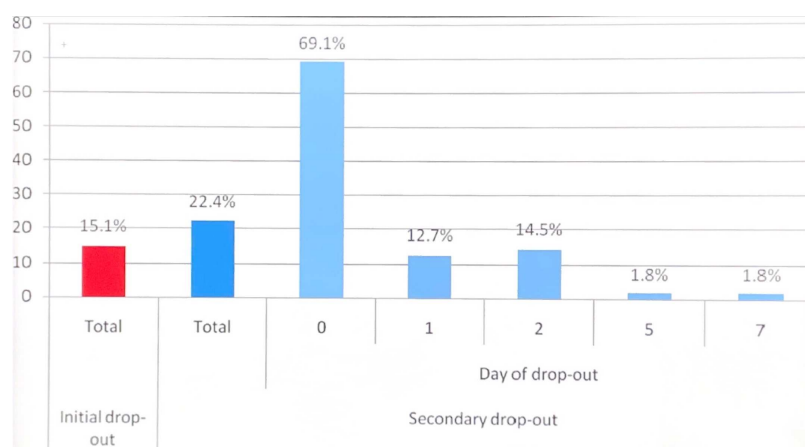


Tabella n3. Relazione tra numero di pazienti e giorno di dropout

I risultati sottolineano i fattori che hanno portato ad aumento del tasso; tra questi troviamo la giovane età, pazienti che soffrono di un disturbo d'ansia, pazienti che non avevano stabilito un buon rapporto con la figura professionale.

Un risultato che contrasta il pensiero comune è il basso tasso di dropout in pazienti con psicosi, disturbi correlati a sostanze e pazienti schizofrenici: nonostante alcuni di questi si presentassero spesso in episodi di psicosi, si pensa che a fare la differenza sia stato l'ambiente multidisciplinare (tra cui assistenti sociali e personale infermieristico) del centro di crisi e che ciò abbia potuto giocare un ruolo fondamentale nel mantenere il rapporto di cura.

Il tasso si è dimostrato più basso nel caso di ricoveri ordinari e volontari in unità operative o in centri di salute mentale che permettevano privacy agli assistiti, rispetto a ricoveri in unità d'emergenza: si denota quindi l'importanza di dare maggiore attenzione ad assistiti che vengono accolti in emergenza.

## **2.5 Studio dello stigma nella realtà militare**

Questo studio viene pubblicato nel 2005 dall'APA (American Psychological Association) e porta il focus su quanto lo stigma possa influire sull'inizio e sul mantenimento di un rapporto di terapia nella realtà militare.

Lo studio prende un totale di 1652 soldati, dei quali 1324 hanno dato il consenso alla pubblicazione. La maggioranza del campione è di sesso maschile e caucasica, tra i 20-29 anni e maggiormente di carica bassa.

I soggetti sono stati sottoposti ad un questionario con vari item, in cui veniva richiesto, in riferimento ad una scala se fossero d'accordo o in disaccordo con le affermazioni con relativo punteggio da 1 a 5:

1. Pregiudizio e paura per la propria carriera: “avere aiuto psicologico danneggerebbe la possibilità di essere promosso”, “chiedere aiuto psicologico porterebbe ad essere licenziato”

2. Paura di un trattamento diverso da colleghi: “I miei colleghi potrebbero avere meno fiducia in me se ricevessi terapia”, “Sarei visto dei miei colleghi come debole se ricevessi un trattamento psicologico”
3. Stigma del sé per aver chiesto aiuto: “mi sentirei inferiore ad altri se chiedessi aiuto”, “mi sentirei inadeguato a chiedere aiuto ad un terapeuta”
4. Stigmatizzazione dei soldati che chiedono aiuto: “Non mi fiderei a farmi proteggere da un soldato che sta ricevendo un trattamento psicologico”, “I soldati che stanno cercando un trattamento psicologico stanno cercando di non lavorare”

Successivamente è stato chiesto se nei 12 mesi precedenti e i soggetti avessero ricevuto assistenza psicologica e, se sì, di quale tipo e quante visite avessero avuto e se avessero abbandonato il percorso di terapia.

Il questionario comprendeva anche un'autovalutazione dei propri problemi (emozionali, da stress, da alcol o familiari) e inclusione di sintomi di: sindrome da stress posttraumatico, depressione, dipendenza da alcol e disabilità funzionali per inquadrare le personalità dello studio.

I soggetti considerati bisognosi di trattamento sono stati coloro che esprimevano un bisogno di terapia o che, secondo il questionario riportavano segni o sintomi di PTSD (Post traumatic stress disorder), depressione, dipendenza da alcol.

I risultati hanno mostrato che 213 (il 17%) dei soggetti stavano soffrendo di stress, problemi con alcol o con la famiglia. di questi il 46% a ritenuto il problema da moderato a severo, 172 (13%) presentavano sintomi di PTSD, 82 (6%) disturbo depressivo maggiore, 150 (15%) problemi con alcol.

In totale 394 soldati su 1324 sono stati identificati con un problema mentale e bisognosi di un possibile trattamento psicologico arrivando così ad una percentuale del 30%, di questi solo 157 (40%) ha chiesto aiuto, tramite counseling o in strutture militari e un 14% di questi ha ricevuto una terapia farmacologica.

Il risultato dello studio mostra che tra i partecipanti che hanno chiesto aiuto negli ultimi 12 mesi (260 individui) il 22% di questi ha abbandonato il trattamento per due ragioni principali:

1. Aumento delle disabilità funzionali dopo l'inizio di terapia

2. Il pregiudizio, la paura di essere trattati diversamente e stigma correlato alla propria carriera lavorativa

Inoltre i risultati indicano che chi ha riportato o segnalato un problema mentale ha anche riportato nei quattro campi di stigma sopra elencati dei punteggi più alti, rispetto chi non ha riportato problemi inerenti al campo di ricerca, come si evidenzia nella tabella n4.

Viene riportato che il pregiudizio sulla carriera, la paura di essere trattati in modo diverso e pregiudizio verso il sé sono direttamente correlati alla causa di dropout che ne è conseguita.

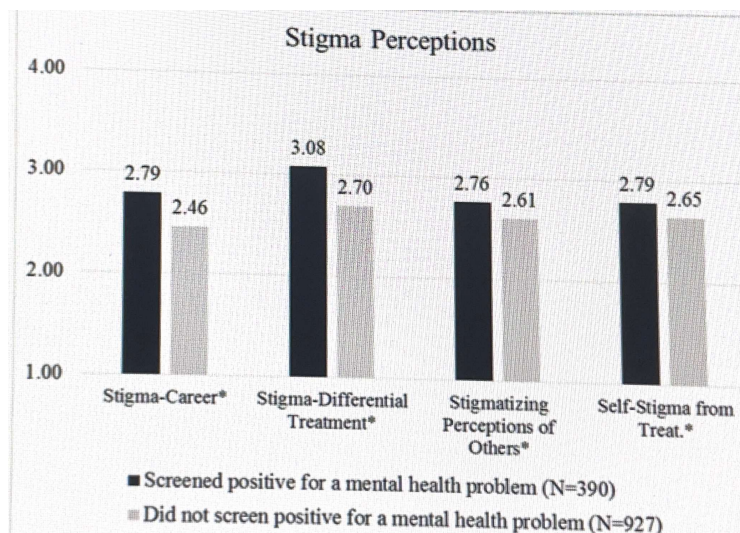


Tabella n4. Differenza di punteggio di stigma tra chi ha riportato avere disturbi mentali e chi è invece risultato negativo

### **CAPITOLO III- Il ruolo dell'infermiere nel dropout**

Gli articoli sopra riportati danno luce a varie problematiche per cui, in diverse parti del mondo, in diversi contesti sociali ed economici, ci troviamo a far fronte all' interruzione di terapia.



Riassumiamo le principali problematiche, che sono oggetto di questo studio, come segue:

1. Il tasso di dropout dei pazienti assistiti solamente da professionisti sanitari è molto più alto, in riferimento a più paesi, rispetto al percorso di terapia effettuato con psichiatri o medici di medicina generale
2. Difficoltà ad instaurare un rapporto con la figura di riferimento
3. Difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie o ad assicurazioni private (nel caso degli Stati Uniti)
4. Attitudine negativa verso il raggiungimento dell'obiettivo di benessere tramite terapie psichiatriche o psicoterapia
5. Pregiudizio e stigma verso la stessa terapia, paura per la propria carriera lavorativa

Per quanto riguarda il punto 1 e il punto 2, sopra citati, andiamo ad esplorare come l'infermiere, inserito in un team multidisciplinare, possa essere una figura indispensabile per l'aderenza al piano terapeutico.

Lo studio condotto a Ginevra sottolinea, infatti, come un percorso di terapia, portato avanti da più figure professionali, che lavorano in sincronia abbia portato una sostanziale differenza per aspetti che riguardano la continuità assistenziale e la compliance del paziente.

Un'importante differenza notata tra gli articoli presi in esame e quello qui riferito, è il setting di partenza: tutti tranne lo studio del 2006 sono svolti in comunità. Si sottolinea chiaramente come, nel caso di un centro di crisi per emergenza psichiatrica, ci si serva di un team multidisciplinare che comprende sia figure come servizi sociali che personale infermieristico, e di come abbia ottenuto grazie a ciò, tassi di dropout inferiori rispetto ad altre realtà. Viene qui considerata la stessa figura infermieristica un asset importante per la riuscita e per la continuità del piano terapeutico.

Secondo quanto viene riportato dall'articolo di Tetsuya Tanioka et al, pubblicato nel 2011, per migliorare l'outcome è fondamentale centrare l'intera assistenza sul soggetto

e sfruttare tutte le informazioni che otteniamo dal paziente per stabilire obiettivi e migliorare la sua qualità di vita.

Ad intervenire in questo processo è, appunto, il personale infermieristico, che nella sua opera è responsabile di raccogliere le informazioni sul singolo, sull'ambiente in cui vive, le sue volontà, i suoi valori e si impegna ad anticipare i suoi bisogni e, di conseguenza, della formazione ed esecuzione del piano assistenziale.

È quindi l'infermiere stesso a raccogliere le informazioni che possono essere fondamentali per la riuscita o il fallimento del processo di cura.

Un punto focale del lavoro infermieristico è, quindi, la comunicazione con il paziente, che deve essere efficace, onesta, basata sulle evidenze scientifiche. Qui ritroviamo il pensiero di Peplau, che avevamo inizialmente citato, che vede la pratica infermieristica strettamente legata alla comunicazione e al rapporto di fiducia con il proprio assistito.

Nell'articolo vediamo anche citato il ruolo dell'infermiere nel reinserimento dell'assistito nella società, come un piano che viene dettagliatamente organizzato (secondo tempistiche e modalità) per permettere al singolo una vita indipendente: un ruolo attivo nella comunità, autogestione dei sintomi ed educazione psicologica.

Vediamo così come le prime due difficoltà sopra indicate possano essere risolte tramite l'implementazione di un team multidisciplinare che veda integrata la figura infermieristica come un professionista specializzato nell'ambito psichiatrico che, data la natura del proprio lavoro sprona alla comunicazione, conoscenza e fiducia dell'assistito nei confronti del team.

Ricordiamo come l'aspetto della fiducia sia un elemento chiave nel processo, questo perché permette un miglioramento della qualità di cure mediche e un aumento di adesione alle terapie e compliance al piano.

Abbiamo pocanzi parlato dell'importanza della comunicazione con il paziente, e di come essa debba essere efficace ed onesta.

In uno studio pubblicato nel 2020, condotto in Polonia, viene esplorato il concetto di "mindfulness", ossia di consapevolezza, declinato per professionisti sanitari (includendo

figure infermieristiche, mediche e studenti di medicina), che va a spiegare e declinare un giusto rapporto di comunicazione e le sue modalità.

Una delle caratteristiche qui descritte è una comunicazione tra infermiere e paziente incentrata sul prestare attenzione a ciò che viene detto e a come ci viene detto, accettando il contenuto senza giudicare l'altro. Questo avviene quando si ha pazienza, compassione, sincerità per la situazione che ci si presenta.

È molto importante non reagire automaticamente allo stimolo, poiché questo potrebbe risultare in pensieri negativi della persona con la quale stiamo comunicando, ma riflettere per capire la situazione più chiaramente e rispondere a stimoli in modalità più efficienti.

Secondo lo studio più di 250 centri localizzati negli Stati Uniti utilizzano questo metodo, che ha portato beneficio non solo alla relazione ma anche ai professionisti stessi.

Per quanto riguarda invece il punto 4, vediamo come, sempre nell'articolo pubblicato da T. Tanioka et al, uno dei compiti fondamentali della professione infermieristica sia appunto l'educazione del soggetto preso in carico, da più punti di vista: nella conoscenza di se stesso, della patologia, delle strutture utili a disposizione; come è dimostrato in tabella n 5 e tabella n 6.

Stage of treatment	Target of psychiatric services
Acute Emergency ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Shorten duration of hospital stays</li> <li>•Prevention of re-hospitalization</li> <li>•Consideration of human rights</li> <li>•Family support</li> <li>•Careful nursing</li> </ul>
Sub-acute General ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Enhancement of intensive rehabilitation</li> <li>•Improvement of patient's QOL</li> <li>•Enhancement of patient and family psycho-education</li> <li>•Improvement of adherence</li> </ul>
Recuperation Convalescent ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Enhancement of rehabilitation by interdisciplinary team</li> <li>•Improvement of patient's daily life skills and abilities</li> <li>•Enhancement of patient mental education</li> <li>•Improvement of adherence and self-care</li> </ul>

**Realization of normalization**

For people with mental disorders

- Social adjustment
- Independence
- Improvement of QOL

Tabella n 5: Target dei servizi psichiatrici in pronto soccorso, unità operativa e centri

Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>•provide good quality recuperation environment</li> <li>•systematize of nursing services</li> <li>•ensure proper and sufficient staff assignments</li> </ul>
Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>•patient safety</li> <li>•informed consent</li> <li>•protection of personal information</li> <li>•construction of mutual trust</li> <li>•education for staff and improvement of technique</li> <li>•interdisciplinary collaboration</li> </ul>
Result	<ul style="list-style-type: none"> <li>•improve quality of psychiatric services</li> <li>•shorten average length of hospitalization</li> <li>•improve satisfaction level</li> <li>•improve health</li> <li>•improve knowledge and health behaviors</li> </ul>

Tabella n 6: struttura, processo e risultati dell'attività infermieristica in reparti di igiene mentale

Il lavoro infermieristico, infatti, non è basato solamente sulla cura cura di sintomi, ma anche, e soprattutto, su prevenzione ed educazione sanitaria, che porta il singolo ad avere una continuità di cura nel sociale, un miglioramento della qualità di vita e meno possibilità di fallire nel portare a termine il suo percorso.

La conoscenza del percorso e la consapevolezza di sé potrebbe portare l'assistito ad una maggiore compliance.

L'ultimo punto volge l'attenzione sullo stigma a cui sono sottoposti coloro che cercano aiuto da una figura professionale dell'ambito o che necessitano comunque di cure.

Come si è potuto notare nello studio svolto nel setting militare, il mantenimento dello stesso rapporto terapeutico è stato difficoltoso, contando una percentuale di dropout del 22%, con motivazione di base: lo stigma.

È importante citare lo studio condotto in Germania pubblicato nel 2023. In questo studio non randomizzato vediamo presi in considerazione un gruppo di studenti di medicina che, divisi in due gruppi (uno di controllo e l'altro sperimentale). Al gruppo sperimentale è stato assegnato un tirocinio di una settimana in un unità operativa di medicina psicosomatica, mentre a quello di controllo è stato assegnato un tirocinio in unità operativa di medicina somatica. Prima dell'inizio della settimana è stato

somministrato un test per il tasso di stigma, riproposto poi ad entrambi i gruppi alla fine dell'esperienza.

Ciò ha permesso di esporre e far conoscere la realtà, avvicinarsi all'assistito e considerare quanto la conoscenza dell'ambiente avesse poi una vera influenza sul pregiudizio.

I risultati (mostrati in figura n. 3) riportano una diminuzione significativa dello stigma nel gruppo sperimentale, mentre, in quello di controllo, rimangono per lo più invariati.

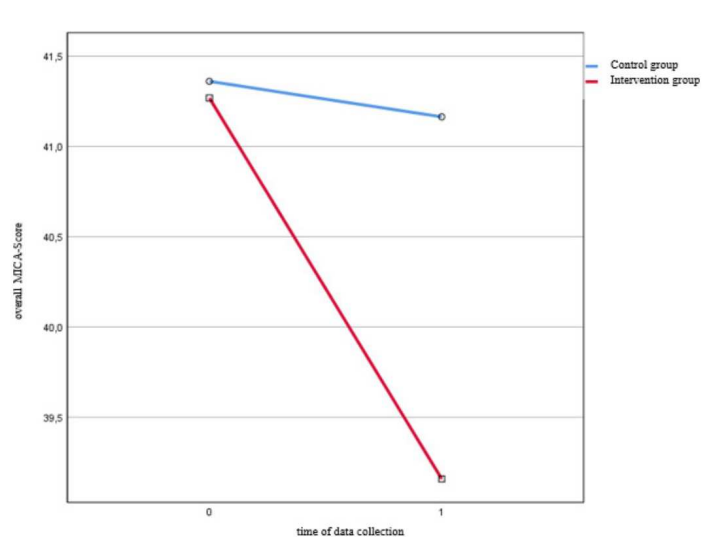


Figura n3: risultati di riduzione della stigmatizzazione

Vediamo come quindi anche in questo caso, come precedentemente sottolineato, un impegno di educazione della popolazione, del singolo e dei nuclei familiari dell'assistito possano fare una grande differenza nella stigmatizzazione di chi soffre di un disturbo mentale, e possa, con l'attività di educazione sanitaria, avere un ruolo più attivo nella società e di conseguenza una migliore qualità di vita.

## Obiettivo

Lo scopo di questo lavoro è quello di prevenire e quindi diminuire, tramite il lavoro che viene fatto dal personale infermieristico di prevenzione e promozione della salute, il

tasso di popolazione che interrompe, contro la volontà medica, il trattamento sanitario declinato nella salute mentale.

Ci si pone, inoltre, l'obiettivo di presa in carico in modalità olistica dell'assistito fornendo una continuità assistenziale e promuovere in più realtà la formazione di team multidisciplinari che permettono una buona conoscenza del soggetto e un rapporto di fiducia e compliance.

## **Materiali e metodi**

La tesi è stata sviluppata attraverso una revisione di materiale pubblicato sul database PubMed; sono stati presi in considerazione articoli con data di pubblicazione che parte dall'anno 2002 fino ad oggi, principalmente in lingua inglese e che basavano le loro ricerche in diversi paesi del mondo (tra cui Svizzera, Germania, Stati Uniti, Canada e paesi dell'America del Sud).

La ricerca è basata su assistiti che hanno abbandonato le cure prima di aver completato il percorso di terapia in diversi setting: centri di igiene mentale, visite private, basi militari. Sono stati eliminati coloro che sostenevano di aver abbandonato il trattamento per un miglioramento di sintomi e sono stati sottoposti a questionari che studiavano le principali motivazioni di abbandono e la percezione di stigma e di percentuale di fiducia avessero verso il trattamento.

I quesiti formati sono stati due:

1. Quali sono le motivazioni che portano un assistito psichiatrico ad abbandonare il trattamento sanitario?
2. In che campo può la figura infermieristica prevenire l'abbandono di cure nell'ambito psichiatrico?

Successivamente alla formazione del quesito (utilizzando il metodo PICO) si sono ricavate parole chiave come: dropout, stigma, infermiere dell'area psichiatrica, promozione e prevenzione della salute, presa in carico dell'assistito.

Sono stati applicati poi filtri come: full text, data di pubblicazione.

## **Risultati**

In base agli articoli presi in considerazione e ai dati rilevati dai questionari sottoposti si nota, per quanto riguarda lo studio su paesi in via di sviluppo un campione di 60224 persone per quanto riguarda i paesi in via di sviluppo con un responso dell'81,1%, per quanto riguarda i paesi sviluppati il campione era di 77303 persone e un responso di 63,5%.

Il tasso di abbandono qui si divide in base alla figura sanitaria assegnata al soggetto e si aggira sul 30% in paesi sviluppati e del 45% in paesi in via di sviluppo.

Il secondo studio preso in considerazione tratta il rapporto di cura in persone provenienti dagli Stati Uniti ai quali è stato somministrato un questionario, contando un campione di 8098 persone con un responso dell'82,4%, mentre un altro studio in Ontario ha somministrato un altro questionario ad un totale di 9953 persone con un responso da parte dell'88,1%.

Da questa ricerca è risultato che l'abbandono di cura a un tasso quasi sovrapponibile tra Stati Uniti e Ontario contando rispettivamente 19,2% e 16,9%.

Il terzo studio citato vede lo studio dei determinanti di Dropout in un centro di salute mentale specializzato in emergenza. Il campione conta 245 assistiti e una percentuale di 37,5% di abbandono.

Vediamo qua una divisione in abbandono primario (coloro che non hanno partecipato alla prima visita), abbandono secondario (abbandono entro i primi due giorni dalla prima visita). La maggior parte dei casi di dropout è stata per abbandono secondario; del 37,5% citato prima l'81,8% ha interrotto le cure entro i primi due giorni dal follow-up.

Il quarto e ultimo studio è basato su una ricerca in base militare. Il campione preso in considerazione conta 1324 soggetti, ad ognuno di loro è stato somministrato un questionario. I risultati hanno presentato che 394 persone presentavano sintomatologia correlabile a problemi psichiatrici, e che 157 avessero chiesto di poter iniziare terapia

negli ultimi 12 mesi, molto spesso rimanendo dentro la base militare. Il tasso di interruzione di terapia è stato in questo caso del 22%.

## **Discussione**

I risultati degli studi finora analizzati presentano un grande problema di mancata continuità di cura, data da varie motivazioni che variano in base alla cultura, alle possibilità economiche e all'ambiente in cui si cresce e si vive.

In alcuni testi è stato sottolineato come il lavoro di un team multidisciplinare abbia portato risultati positivi per quanto riguarda il problema in questione. Questo il focus che in futuro deve essere tenuto, la collaborazione deve essere alla base del rapporto di cura come lo deve essere la comunicazione.

Come all'inizio del lavoro è stato spiegato la sintomatologia dell'assistito che si prende in considerazione è varia e colpisce lo stato di coscienza come la percezione del mondo del soggetto, e quindi difficile avere un rapporto di cura che sia positivo, che porti sempre ad un traguardo, ed è questa la difficoltà che si incontra nell'ambito psichiatrico. Nel futuro sarebbe importante implementare campagne di formazione per la rete sociale laica che punti alla conoscenza della natura e delle motivazioni che spingono il comportamento di una persona che soffre di disturbo psichiatrico, così da avere nella società un alleato che porti beneficio all'assistito.

## **Conclusione**

In base agli articoli che sono stati studiati, è possibile evincere che la realtà delle cure ad oggi disponibili può non essere sufficiente per una buona presa in carico dell'assistito. Vediamo come nelle realtà lontane dalla nostra, ad esempio negli Stati Uniti, si abbia ancora difficoltà a reperire strutture adatte alle proprie necessità o avere una copertura assicurativa che permetta la sicurezza del singolo.

Oltre a ciò è stato sottolineato come lo stigma sia ancora un fattore fondamentale per il quale una persona possa scegliere di iniziare il percorso di cura e di continuarlo.



Come notato nello studio di personale militare, non solo i soggetti hanno ancora paura del giudizio altrui ma come lo stigma verso se stessi gioca ancora un ruolo fondamentale.

È importante ad oggi far conoscere realtà che si pensano distanti dalla società per permettere una buona conoscenza dell'altro e una buona informazione su atteggiamenti propositivi; è allo stesso modo importante educare l'assistito sulla cura di se stesso, i suoi punti di forza e come sfruttarli.

Il lavoro che viene fatto è quindi di educazione del singolo che viene preso in carico e della società in cui egli dovrà vivere alla fine delle cure e del quale deve far parte durante le cure.

L'infermiere, grazie al colloquio e alla collaborazione con l'assistito e con il personale a lui assegnato, forma un team che permette una presa in carico completa che assicura la buona riuscita del piano.

Questo è ciò che viene fatto dall'infermiere: educazione, cura, prevenzione e collaborazione.

## **Bibliografia**

Britt, T. W., Jennings, K. S., Cheung, J. H., Pury, C. L. S., & Zinzow H. M. (2015). The Role of Different Stigma Perceptions in Treatment Seeking and Dropout Among Active Duty Military Personnel. APA (American Psychological Association).

Chmielewski, J., Łoś, K., & Łuczynski, W. (2021). Mindfulness in Healthcare professionals and medical education. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*.

Edlund, M. J., Wang, P. S., Berlung, A. P., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors

Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario.  
Am J Psychiatry.

Fernández, D., Vigo, D., Sampson, N. A., Hwang, I., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. O. et al. (2021). Patterns of care and dropout rates from outpatient mental healthcare in low-, middle- and high-income countries from the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. PMC Pmed Central.

Hans-Jürgen, M. (2018). Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatria Polska*.

Henzen, A., Moeglin, C., Giannakopoulos, P., & Sentissi, O. (2016). Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry*.

Hopp, A., Dechering, S., Wilm, S., Presentin, M., Müller, T., Richter, P. et al. (2023). The influence of patient-centered teaching on medical students' stigmatization of the mentally ill. *German Medical Science*.

Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Luciano, M., Perris, F., Saviano, P. et al. (2020). Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5. *Rivista di psichiatria*.

Tanioka, T., Kataoka, M., Yasuhara, Y., Miyagawa, M., & Ueta, I. (2011). The role of nurse administrators and managers in quality psychiatric care. *The Journal of Medical Investigation*.

Zarea, K., Maghsoudi, S., Dashtbozorgi, B., Hghighizadeh, M. H., & Javardi, M. (2014). The Impact of Peplau's Therapeutic Communication Model on Anxiety

and Depression in Patients Candidate for Coronary Artery Bypass. National Library of Medicine.

Organizzazione Mondiale Sanità, (2023). Definizione di salute.

Al Nonno, che ha “sempre creduto in me” e  
mi ha insegnato cosa vuol dire avere bisogno di qualcuno  
Alla Penny, che mi ha sempre accompagnato  
Ai miei genitori, che mi hanno supportata  
A mio fratello che, in silenzio, mi ha protetto sempre  
Alla mia Migliore Amica, senza la quale vivrei con metà cuore.  
A me stessa, per esserci riuscita.  
Lo dedico a noi.