

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Socialità (DEASS)

Schizofrenia: la sfida dell'aderenza terapeutica
*Quali interventi di assistenza infermieristica è possibile attuare per favorire
l'aderenza in un paziente affetto da schizofrenia?*

Revisione della letteratura

LAVORO DI TESI
(*BACHELOR THESIS*)
di
Debora Gravante & Nadine Corti

Direttore di tesi
Mariano Cavolo

Corso di Laurea in Cure infermieristiche
Anno Accademico 2021-2022

Manno, 28 luglio 2022

ABSTRACT

Background. Secondo la letteratura, a livello mondiale, il tasso di non aderenza terapeutica nel paziente schizofrenico varia dal 20% al 72%. Il trattamento standard prevede un approccio multidisciplinare, implicante l'utilizzo di farmaci antipsicotici e terapie psicoeducative. Un'aumentata aderenza al piano terapeutico migliora la qualità di vita dell'utente, diminuendo il numero di recidive, ri-ospedalizzazioni e costi sanitari associati. L'infermiere può trovarsi confrontato in qualsiasi momento con pazienti aventi difficoltà nell'aderire alla terapia, per questo motivo è importante individuare delle strategie e degli interventi che ne favoriscano l'aderenza.

Metodologia. La metodologia designata è la revisione della letteratura. La banca dati principalmente utilizzata è stata PubMed, a seguire Cochrane Library e Cinhal. Abbiamo inoltre usufruito del Centro di documentazione dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale.

Risultati. I diversi articoli analizzati affermano che il paziente schizofrenico necessita di un approccio multidisciplinare, è importante scegliere con lui il miglior trattamento farmacologico, prendendo in considerazione la modalità di somministrazione e gli effetti avversi. È rilevante coinvolgere la famiglia nella rete di supporto ed inserire all'interno del piano terapeutico dei colloqui psicoeducativi e interviste motivazionali, al fine di esaminare il vissuto del paziente e sensibilizzarlo riguardo all'obiettivo terapeutico.

Conclusioni: I risultati stilati sottolineano l'importanza di creare una relazione di fiducia tra il paziente e i curanti coinvolti, che permetta di accogliere i dubbi e le emozioni della persona attraverso un'attitudine non giudicante e aperta. È importante inizialmente trovare un terreno comune da dove partire e far assumere al paziente un ruolo attivo e decisionale durante tutto il processo di cura.

Parole chiave: Compliance; Disorder, Schizophrenic; Medication Adherence; Nonadherence; Nursing; Nursing interventions; Nursing knowledge; Schizophrenia; Treatment Adherence and Compliance.

Elenco acronimi

ACT: Assertive Community Treatment;
AT: Adherence Therapy;
CARL: Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro;
CATIE: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness;
CES-D: Center Epidemiological Studies Depression Scale;
DALY: Disability-adjusted life year;
DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition;
DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition;
DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition;
EEAP: Écoute Empathie Accord Partenariat;
EPS: Extrapiramidal symptoms;
FGA: First-generation antipsychotics;
ICD-10: International Classification of Diseases, 10th revision;
ITAQ: Insight Treatment Attitudes Questionnaire;
LAI: Long acting injectable;
MI: Motivational Interview;
MIT: Motivational Interview Techniques;
MMAS: Morisky Medication Adherence Scale;
MOS: Medical Outcome Study;
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association;
NIMH: National Institute of Mental Health;
OAS: Overt Aggression Scale;
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità;
PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale;
PIO: Patient, Intervention, Outcome;
RCT: Randomised controlled trial;
ROMI: Rating of Medication Influences;
SATCI: Schedule for Assessing the Three Components of Insight;
SDM: Shared decision-making;
SGA: Second-generation antipsychotics;
SUPSI: Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana;
TAM: Terapia d'Amplicifazione Motivazionale;
TGA: Third-generation antipsychotics.

Indice

1. Introduzione.....	6
1.1 <i>Motivazione.....</i>	6
Debora.....	6
Nadine	7
1.2 <i>Domanda di ricerca e obiettivi.....</i>	8
1.3 <i>Piano della tesi.....</i>	9
2. Quadro teorico	10
2.1 <i>Aderenza terapeutica e compliance.....</i>	10
Definizione di <i>compliance</i>	10
Definizione di aderenza	10
Metodi di rilevazione dell'aderenza.....	11
Fattori connessi all'aderenza e non	15
L'aderenza nei pazienti psichiatrici	18
2.2 <i>Schizofrenia</i>	20
Disturbo psicotico	20
Definizione di schizofrenia.....	20
Cenni storici.....	20
Epidemiologia	21
Esordio	22
Diagnosi	22
Eziologia.....	24
Fisiopatologia	24
Segni e sintomi.....	25
Decorso	26
Terapia	27
Complicanze.....	29
Insight.....	29
2.3 <i>Ruolo infermieristico e interventi</i>	30
Infermiere in salute mentale e psichiatria	30
Strategie infermieristiche di risposta dei bisogni psichiatrici	31
Competenze infermieristiche e gestione dell'aggressività	33
Interventi per facilitare l'aderenza.....	37
2.4 <i>Stato dell'arte e argomentazione della domanda di ricerca.....</i>	38

3. Metodologia	40
3.1 <i>Disegno di ricerca</i>	40
3.2 <i>Svolgimento della ricerca</i>	40
4. Risultati	42
4.1 <i>Articolo 1</i>	42
4.2 <i>Articolo 2</i>	45
4.3 <i>Articolo 3</i>	48
4.4 <i>Articolo 4</i>	50
4.5 <i>Articolo 5</i>	52
4.6 <i>Articolo 6</i>	54
4.7 <i>Articolo 7</i>	56
4.8 <i>Articolo 8</i>	58
4.9 <i>Articolo 9</i>	60
4.10 <i>Articolo 10</i>	62
5. Discussione	64
Livelli di non aderenza e conseguenze associate	64
Fattori di rischio di non aderenza	64
Metodi di valutazione dell'aderenza	64
Classi farmacologiche preferenziali	65
Interventi	65
Tecniche di intervista motivazionale	66
5.1 <i>Limiti della ricerca</i>	67
Punti forti e bias del lavoro di tesi	68
6. Conclusioni	68
6.1 <i>Autoriflessione</i>	70
7. Ringraziamenti	71
8. Fonti	72
9. Allegati	76
9.1 <i>Allegato A: Overt Aggression Scale</i>	76

1. Introduzione

La schizofrenia è una patologia psichiatrica che colpisce circa 21 milioni di persone al mondo e questo numero, secondo vari articoli, continuerà a crescere a pari passo con l'aumento della popolazione (Charlson et al., 2018). Riteniamo sia quindi un tema attuale e rilevante per noi operatori sanitari del futuro. A livello europeo questo disturbo colpisce circa 5 milioni di persone e, secondo l'OMS, è responsabile dell'1,1% del DALY (ovvero la misura sociale di una malattia che indica il numero di anni persi a causa d'essa) totale (Altamura et al., 2014).

La schizofrenia è una malattia invalidante, che grava sul paziente, sulla sua famiglia e sull'intera società in quanto, una mal gestione di essa, compromette non solo la rete familiare e di supporto della persona malata, ma anche l'intero sistema sanitario.

Purtroppo la non aderenza è un tema comune a livello mondiale: il tasso di non aderenza ai farmaci nei paziente schizofrenici varia dal 20 al 72%, è stimato che il 60% dei pazienti ne interrompe l'assunzione dopo pochi mesi dall'inizio del piano terapeutico e ben l'80% dopo circa 2 anni, provocando di conseguenza recidive e ospedalizzazioni nel corso della vita (Leijala et al., 2021) che aumentano maggiormente la spesa pubblica e ne peggiorano la prognosi.

Nella letteratura non vi è una grande differenza di utilizzo tra i termini "*compliance*" e "aderenza", ma nella realtà questi assumono significati ben diversi, perciò riteniamo utile delucidare il lettore a riguardo. È importante non porre l'attenzione unicamente alla definizione letteraria, ma allo schema involontario implicito che ne deriva, in questo modo l'operatore potrà rendersi consapevole dell'immagine che ha del paziente che segue o meno le raccomandazioni mediche e, conseguentemente, identificare gli interventi volti a migliorare la relazione con esso e a favorirne il ruolo decisionale e non solo operativo (Majani, 2001).

1.1 Motivazione

Debora

Alcuni anni fa, prima di intraprendere questo percorso sanitario, ho avuto modo di leggere un libro, nello specifico una biografia, di un uomo affetto da alcuni disturbi psichiatrici. Nel corso della lettura mi sono particolarmente interessata alle patologie descritte e ho approfondito l'argomento. Durante il quarto semestre scolastico, ci sono state proposte delle lezioni riguardanti il disturbo schizofrenico e ho subito ripensato al libro letto qualche tempo prima.

Sono particolarmente affascinata da queste malattie in quanto non visibili ad occhio nudo, come una gamba rotta o l'asma, ma che allo stesso tempo condizionano notevolmente la realtà della persona presa in considerazione e di chi la circonda. Ho sempre voluto poter capire cosa succedesse effettivamente nella testa delle persone affette da disturbi psichiatrici, provare in qualche modo ad indossare i loro occhiali e, per quanto possibile, mettermi nei loro panni. Essendo tutto ciò particolarmente difficile, ho deciso di intraprendere un percorso di assistenza sanitaria, in modo tale da star vicino a queste persone e cercare, attraverso le risorse e i mezzi a mia disposizione, di aumentare la loro qualità di vita e trovare delle strategie per rendere la malattia il meno invalidante possibile.

Successivamente ho svolto il mio terzo stage presso il CARL, una struttura specializzata in psichiatria cronica, che accompagna le persone affette da vari disturbi psichiatrici in un

percorso di riabilitazione e reinserimento sociale, tentando di esercitare delle abilità per convivere nel modo più sereno possibile con la malattia, senza avere dei grossi deficit sociali. In questa esperienza ho avuto modo di seguire un giovane trentenne affetto da schizofrenia e mi sono resa conto di quanto il percorso di reinserimento, nello specifico per lui, fosse difficile, più di tutti gli altri utenti presenti nella mia struttura. In particolar modo egli non dava alcuna importanza alla terapia, al contrario la reputava la causa delle sue allucinazioni; inoltre, non aveva consapevolezza del proprio stato di salute ed era totalmente trascurato. In quel tempo ho avuto modo di vedere come i diversi colleghi si avvicinassero a lui e tentassero di attuare un'educazione al piano terapeutico. È in quel momento che ho iniziato a differenziare gli interventi efficaci da quelli, secondo me, inutili e confusionari: ad esempio, ricorderò sempre come un collega regalasse delle sigarette al paziente in questione solo se avesse assunto la terapia, ed io ogni volta mi chiedevo quanto fosse corretto mettere sullo stesso piano una sigaretta e una pastiglia anti-psicotica. In questo modo ho realizzato quanto per me fosse importante riuscire a rispondere ad una domanda che ogni giorno, ogni volta che incrociavo lo sguardo frammentato dell'utente, mi tornava in mente: "come posso aiutarlo?".

Non è stata la prima volta che ho avuto a che fare con un paziente schizofrenico, anche nell'esperienza di stage in ospedale ho seguito pazienti psichiatrici. Credo ci sia la necessità comune di allontanarci dall'idea che in ospedale ci siano unicamente persone che necessitano di assistenza fisica e in un centro di salute mentale esclusivamente aiuto psichico. Ogni persona è formata da una mente e un corpo e, nei luoghi di cura, non è possibile creare una netta distinzione. In qualità di operatori della salute è nostro compito considerare la totalità della persona e adattare i nostri interventi ai bisogni specifici. Inoltre, l'aderenza terapeutica è un argomento molto vasto e che interessa qualsiasi tipologia di paziente, per questo motivo trovo essenziale avere delle conoscenze su quali siano i nostri doveri e quali le capacità da poter mettere in pratica, mantenendo sempre il paziente al centro delle nostre attenzioni e cure.

Attraverso il mio attuale percorso scolastico ho avuto la possibilità di riconoscere e acquisire nuove conoscenze che mi permettono di mantenere una mentalità aperta a nuovi spunti di riflessione, ponendomi costantemente delle domande al fine di trovare un senso in ciò che vedo e faccio. Perciò ho avvertito la necessità di improntare la mia ricerca di tesi su questo argomento, dandomi l'occasione di ampliare le mie competenze su questa specifica patologia psichiatrica, sull'aderenza al piano terapeutico e, infine, declinarla al mio ruolo specificando quali siano le mansioni e abilità che posso mettere in pratica per effettivamente concretizzare un cambiamento. In aggiunta, credo sia importante approfondire il ruolo dell'infermiere, nello specifico dell'ambito di salute mentale, per mettere a punto una serie di capacità relazionali ed emotive che possono essere messe in pratica anche nell'ambito ospedaliero.

Nadine

Il campo della salute mentale per me è rimasto sconosciuto fino all'inizio del corso di Cure Infermieristiche presso la SUPSI. Devo ammettere che quando ho scoperto che nel percorso scolastico è previsto uno stage obbligatorio in un contesto psichiatrico ero molto intimorita all'idea di doverlo fare. In seguito, in alcuni moduli abbiamo iniziato ad approfondire le conoscenze sui reparti specializzati in salute mentale e sulle patologie presenti. Qui ho iniziato a scoprire effettivamente la psichiatria e durante il modulo "Rete assistenziale e aderenza terapeutica: percorsi di alta intensità e breve durata 4" è nato il mio interesse verso il tema della schizofrenia. Sono rimasta da subito molto impressionata dalla sintomatologia provocata dalla malattia e dalla sofferenza che ne

deriva; quando ci è stato detto che circa la metà delle persone affette da schizofrenia non aderisce al trattamento mi sono resa conto di come potesse essere complesso assistere questa tipologia di pazienti in veste di infermiera. Poco dopo aver certificato il modulo citato in precedenza ho iniziato lo stage presso la Clinica Sociopsichiatrica Cantonale di Mendrisio in un reparto di psichiatria acuta, il Quadrifoglio 1, dove ho avuto modo di confrontarmi nella pratica per la prima volta con diverse patologie, tra cui utenti affetti da schizofrenia. Durante la mia seppur breve esperienza di stage, ho potuto constatare che effettivamente una buona parte delle persone con schizofrenia non aderiva alla terapia oppure lo faceva in modo “passivo” e questo rappresentava una vera e propria sfida per il personale curante coinvolto. Diversi utenti tornavano regolarmente ad essere ricoverati proprio per il fatto che al domicilio smettevano di assumere i farmaci prescritti.

In particolare, durante lo stage ho seguito una paziente dal momento del ricovero in reparto fino alla sua dimissione e penso sia stata proprio questa l'esperienza più significativa che mi ha portata alla scelta del tema. La paziente era già conosciuta in clinica da diversi anni per continui ricoveri presumibilmente dovuti alla mancata assunzione della terapia al domicilio, al suo arrivo in reparto presentava allucinazioni uditive (una voce maschile che la insultava e denigrava) e sensoriali (percepiva dei serpenti nell'intestino) che la angosciavano e non le permettevano di condurre la sua vita normalmente. Durante la degenza ho notato che non era pienamente consapevole della patologia, spesso riferendosi alle allucinazioni che percepiva diceva che “Dio la stava punendo” e assumeva la terapia pensando che fosse per il mal di testa o per altri sintomi fisici. Mi sono trovata in difficoltà poiché non sapevo quanto fosse corretto somministrare una terapia antipsicotica senza che la paziente fosse consapevole di ciò che stava assumendo e mi chiedevo se ci fosse un modo per aumentare l'aderenza ed evitare le continue ricadute con le conseguenti ri-ospedalizzazioni in clinica psichiatrica, così da alleviare la sua sofferenza. Percepivo un forte senso di impotenza poiché non capivo che strategia avremmo potuto mettere in atto per cercare di aumentare la sua qualità di vita.

Nel corso degli altri stage svolti durante il percorso formativo, mi sono resa conto che in tutti i reparti possiamo trovare pazienti affetti da patologie psichiatriche come la schizofrenia, perciò ritengo che le conoscenze di base su questo tema siano necessarie per qualsiasi reparto in cui ci si trova. Per questo, attraverso il presente lavoro di Bachelor vorrei approfondire le conoscenze sull'aderenza terapeutica del paziente affetto da schizofrenia in modo da essere in grado di effettuare una corretta presa in cura in qualsiasi reparto mi troverò. Inoltre, l'aderenza terapeutica rimane un tema fondamentale anche rispetto ad altre patologie, può dunque essere utile capire di cosa si tratta e quali strategie si possono utilizzare per promuoverla.

Mi piacerebbe quindi approfondire meglio la patologia della schizofrenia, i fattori che possono diminuire l'aderenza terapeutica e quali possono essere le conseguenze legate a questo fenomeno. Inoltre, sono interessata a comprendere quale sia il ruolo infermieristico e se sono presenti delle strategie efficaci per aumentare l'aderenza.

1.2 Domanda di ricerca e obiettivi

Con il seguente lavoro vorremmo approfondire il concetto dell'aderenza dei pazienti psichiatrici rispetto all'assunzione della terapia, quindi ci chiediamo:

“Quali interventi di assistenza infermieristica è possibile attuare per favorire l'aderenza in un paziente affetto da schizofrenia?”

Formulazione del quesito di ricerca secondo il Modello PIO:

P	Persones affette da schizofrenia
I	Identificare gli interventi assistenziali nella letteratura scientifica che risultano essere efficaci nella promozione dell'aderenza terapeutica
O	Conoscere gli interventi che possono essere attuati dagli infermieri allo scopo di sviluppare un'accettazione della terapia, diminuendo i tassi di recidiva e le conseguenze associate

Gli obiettivi che ci siamo prefissate per poter rispondere alla nostra domanda di ricerca sono:

- Identificare nella letteratura quali possano essere gli interventi più efficaci per aumentare l'aderenza terapeutica
- Individuare quali possano essere i fattori che impediscono al paziente schizofrenico di aderire al trattamento
- Indagare le possibili conseguenze nel paziente affetto da schizofrenia provocate dalla non aderenza
- Delineare il ruolo dell'infermiere nell'ambito psichiatrico e quali caratteristiche possono favorire l'attiva partecipazione al piano terapeutico

Obiettivi personali comuni:

- Fornire delle informazioni valide a familiari o soggetti che accusano problemi simili a quelli da noi identificati, ad esempio riguardo l'aderenza, più nello specifico del paziente schizofrenico
- Acquisire nuove capacità attuabili sia a livello personale che professionale che ci permettano di rispondere a dei bisogni espressi da pazienti o da persone che ci circondano

1.3 Piano della tesi

Durante l'elaborazione del seguente lavoro abbiamo cercato di dare una struttura ai vari argomenti da voler trattare, garantendo, secondo noi, un senso logico durante la stesura e la lettura.

Dopo aver delineato la domanda di ricerca, abbiamo identificato tre temi fondamentali che la costituiscono, i quali abbiamo deciso di separare per garantire un migliore e maggiormente completo approfondimento. I tre grandi capitoli del quadro teorico sono: l'aderenza terapeutica, la schizofrenia e il ruolo infermieristico con i rispettivi interventi; ognuno di loro è stato sviluppato in ulteriori sotto-capitoli.

In seguito al *background* è possibile approfondire gli aspetti più formali del nostro elaborato, come la metodologia di ricerca da noi utilizzata. Successivamente si ha la possibilità di esaminare gli articoli accademici da noi scelti per l'analisi e la discussione della domanda di ricerca, abbiamo deciso di inserire le principali informazioni in delle tabelle per rendere la lettura più immediata ed efficace, dopodiché abbiamo discusso le varie informazioni per noi rilevanti.

Infine, vi è una parte dedicata alle conclusioni e agli allegati, permettendo di consultare tutta la bibliografia da noi visionata e utilizzata.

2. Quadro teorico

2.1 Aderenza terapeutica e compliance

Definizione di *compliance*

Secondo Haynes (1979), il termine *compliance* indica il grado in cui una persona segue il comportamento raccomandato dal medico: ad esempio, se e come l'utente assume la terapia farmacologica in base alla prescrizione; oppure, quanto e come cambia il suo stile di vita a seconda delle raccomandazioni date (Majani, 2001). È importante soffermarsi sulla definizione di questo concetto, in quanto ne possiamo dedurre che il paziente non viene concepito come una persona capace di pensare e determinare ciò che è importante per lui, quanto più una persona da cui ci si può aspettare una totale obbedienza e pieno rispetto delle prescrizioni mediche, priva di alcun senso critico e potere decisionale (Majani, 2001). Il medico, perciò, viene ideato come essere infallibile con indiscusse abilità di comunicazione e di pensiero; il paziente, al contrario, ha un ruolo passivo e non vengono prese in considerazione le sue idee, i suoi dubbi e le sue paure nell'interno processo terapeutico e decisionale (Majani, 2001).

Di conseguenza, secondo Majani (2001) possiamo individuare circa 3 affermazioni che vengono date per scontate quando definiamo un paziente *compliant* piuttosto che *non-compliant*:

- 1) Il trattamento non viene messo in discussione, è indubbiamente il migliore per quel paziente;
- 2) La prescrizione è stata comunicata in modo chiaro e senza possibilità di fraintendimenti;
- 3) È dovere del paziente obbedire.

È importante riconoscere che, adottando questo schema mentale, attribuiamo qualsiasi fallimento terapeutico alla *non compliance* del paziente, è dunque colpa del soggetto che non ha rispettato tutte le raccomandazioni mediche (Majani, 2001). La *non compliance* presuppone pertanto un giudizio negativo: se il paziente decide intenzionalmente di non seguire il comportamento prescritto dal medico, viene etichettato come presuntuoso e arrogante; al contrario, se è una questione involontaria, si tratta di una persona smemorata e sbadata (Majani, 2001). I pazienti, in questo caso, non hanno la possibilità di collaborare con le figure professionali e vengono automaticamente classificati in una posizione inferiore rispetto al medico che, secondo questo schema, adotta uno stile protettivo e paternalistico, risultando nel nostro immaginario come una persona dai tratti autoritari e, addirittura, aggressivi (Majani, 2001).

Definizione di *aderenza*

Secondo Myers e Midence (1998), al contrario, il termine *aderenza* indica una valida alternativa della situazione precedentemente descritta, dove il paziente viene coinvolto e collabora alla pianificazione e attuazione del proprio piano terapeutico in accordo con il medico (Majani, 2001). Il ruolo del paziente non è solo operativo, ma innanzitutto decisionale: le raccomandazioni mediche sono valide solo se precedentemente condivise e interiorizzate, implicando dunque un buon rapporto medico-paziente (Majani, 2001). In questo caso la *non aderenza* è un segnale di inefficace comunicazione o inadeguato rapporto medico-paziente ed entrambi gli interlocutori dovranno rivedere la loro interazione; non esiste giudizio di colpevolezza, al contrario viene concentrata la propria

attenzione sugli obiettivi da raggiungere e non sui ruoli e posizioni degli attori (Majani, 2001).

Attualmente si può notare che nella letteratura inglese non vi è una caratteristica differenza d'utilizzo tra il termine *compliance* e *adherence*, in particolar modo nelle ricerche più incentrate sul livello medico/scientifico; difatti solo negli studi psicologici e psichiatrici si può maggiormente trovare il termine *adherence* (Majani, 2001). L'autrice Majani (2001) spiega come, secondo Meichenbaum e Turk (1987), questa differenza può essere correlata al fatto che il nome *compliance* viene per lo più associato all'assunzione della terapia farmacologica, invece con *adherence* non viene inteso un unico atto, ma piuttosto una serie di comportamenti come:

- 1) Entrare in un piano di trattamento e proseguirlo con continuità;
- 2) Fissare e rispettare gli appuntamenti di *follow-up*;
- 3) Assumere la terapia farmacologica correttamente;
- 4) Attuare un cambiamento al proprio stile (come l'attività fisica o la dieta);
- 5) Gestire in modo corretto i piani terapeutici domiciliari;
- 6) Evitare i fattori di rischio per la propria salute (come uso di stupefacenti, abuso di alcol, fumo).

Oltre a tutte queste considerazioni, è preferibile utilizzare il termine *adherence* piuttosto che *compliance* per i suoi riferimenti impliciti ad un paziente consapevole della propria malattia, attivamente coinvolto e collaborante nella gestione del proprio piano terapeutico; ad un rapporto medico-paziente simile ad un'alleanza e non ad una gerarchia e, infine, ad una medicina che, nonostante si specializzi e continui ad evolversi attraverso varie tecnologie all'avanguardia, metta in primo piano i valori della persona e permetta dignità nella sofferenza (Majani, 2001).

Il termine italiano deriva da quello inglese *adherence*, il quale potrebbe essere tradotto con il sostantivo adesione piuttosto che aderenza (Majani, 2001). L'adesione non ha gradualità: o è presente o è assente e, come significato, assomiglia molto a *compliance* riportando così un'idea riduttiva; invece con il termine *aderenza* ci riferiamo ad una condizione con vari livelli di intensità: ad esempio una persona può alternare periodi di totale aderenza ad altri di non aderenza, oppure essere totalmente aderente alle prescrizioni farmacologiche e non a quelle concernenti lo stile di vita (Majani, 2001). Per questi motivi è consigliabile utilizzare il termine **aderenza** (Majani, 2001).

La non aderenza è un fenomeno piuttosto difficile da misurare e viene determinato da una moltitudine di fattori: sappiamo che essa può compromettere l'efficacia del curare e che più evolve il sapere medico, più essa si propaga invadendo le nuove terapie e senza abbandonare le vecchie (Majani, 2001). Per questo motivo andremo ad indagare su quali possibili metodiche esistono per rilevare l'aderenza in un paziente.

Metodi di rilevazione dell'aderenza

Uno dei metodi più utilizzati nella rilevazione dell'aderenza è il *self report* del paziente, ovvero ciò che egli riferisce a proposito del proprio comportamento riguardo il trattamento: il paziente viene invitato a rispondere a delle domande dirette ("ha assunto la terapia farmacologia prescritta?" oppure "ha smesso di fumare come stabilito?") e richiesto di quantificare l'entità della non aderenza ("quante dosi non ha assunto?" o "quante sigarette ha fumato ieri?") (Majani, 2001).

Dopo aver collezionato le varie risposte si potrà effettuare un calcolo della percentuale di aderenza: ad esempio, n° di dosi assunte al giorno riferite/ n° di dosi prescritte al giorno \times 100 = % di aderenza (Majani, 2001). Questo calcolo non può essere utilizzato su prescrizioni vaghe o, ad esempio, per i farmaci in riserva, e deve considerare che il paziente potrebbe non ricordarsi tutto nel dettaglio, per questo motivo gli si potrebbe chiedere di eseguire un *self-monitoring*, ovvero un diario preciso dove scrivere gli effettivi comportamenti che seguono la prescrizione, la loro durata e frequenza, facilitando così il calcolo dell'aderenza e dimostrandone la veridicità (Majani, 2001).

Un ulteriore suggerimento dato da Sackett e Haynes (1976) è quello di aggiungere delle premesse giustificative (“i pazienti spesso hanno difficoltà nel prendere tutti i farmaci prescritti” oppure “molte persone hanno difficoltà a ricordare di seguire tutte le prescrizioni”) alla domanda posta al paziente, in modo tale da considerare la dimenticanza come un'evenienza comune della quale il paziente non deve vergognarsi o colpevolizzarsi, favorendo così l'ammissione della non aderenza soprattutto non intenzionale (Majani, 2001). Attenzione però che questo tipo di domande non fanno riferimento alla possibilità che il paziente non segua la terapia in modo intenzionale, bensì viene data per scontata la piena attenzione e desiderio di seguire le raccomandazioni mediche e, al contrario, sappiamo che la non aderenza può avere delle ragioni diverse dalla banale memoria scarsa o dalla distrazione (Majani, 2001). Per questo motivo le premesse giustificative dovrebbero non essere limitate alle dimenticanze, ma coinvolgere anche le varie difficoltà di altro genere che si possono riscontrare, formulando così, ad esempio, la domanda “molti pazienti riscontrano problemi nell'aderenza delle prescrizioni, spesso queste difficoltà sono imprevedibili, è capitato anche a lei?”; con una risposta affermativa avremo l'occasione di porre ulteriori interrogativi per conoscere meglio la causa della non aderenza, ad esempio “può spiegarmi quali problemi ha riscontrato?”, e per definirne l'entità “a causa di questi problemi, quante sono le dosi che non ha assunto?” (Majani, 2001). In questo modo mostreremo al paziente interesse per le sue difficoltà e acquisiremo dei dati più affidabili per la valutazione dell'aderenza (Majani, 2001).

Il *Medical Outcome Study* (MOS), riferendosi a precisi interventi consigliati dal loro staff medico a pazienti affetti da diabete e ipertensione, ha costruito una particolare procedura di valutazione dell'aderenza, differenziandone tre livelli: aderenza generale, specifica e specifica per la malattia (Majani, 2001). Il MOS sottopone un questionario ai suoi pazienti, con possibilità di risposta che varia da “mai” a “sempre”, composto da domande che indagano su tutti i livelli, come “è stato difficile fare ciò che ha detto il medico?” oppure “ha trovato facile seguire i suggerimenti del medico?” per valutare l'aderenza generale e “con che frequenza ha messo in atto quel tipo di comportamento specifico prescritto nell'ultimo mese?” per l'aderenza specifica e specifica per la malattia; trasformando, infine, i punteggi in modo lineare su una scala da 0-100 (Majani, 2001).

L'esempio dell'OMS ci conferma che il metodo del *self report* può essere utilizzato nell'ambito della ricerca e anche in quello clinico: nella pratica si rivela un utile strumento in mano ad operatori empatici e non giudicanti che favorisce la comunicazione sincera e riduce le risposte manipolate, in quanto il paziente percepisce che gli operatori vogliono solo aiutarlo a gestire meglio il proprio stato di salute o a comprendere in modo migliore la propria patologia (Majani, 2001).

Ovviamente anche il *self report* può essere utilizzato in modo inefficace, incrementando l'idea che sia una fonte inaffidabile di dati, difatti se il paziente è consapevole che la sua non aderenza risulti non gradita e impreveduta, allora riferirà un livello di aderenza superiore rispetto a quello effettivo (Majani, 2001).

Anche il *self-monitoring* può essere utilizzato come strumento per il *self report*, ma bisogna considerare che il dover prendere nota in modo dettagliato dei propri comportamenti, li influenza di conseguenza, perciò è di solito consigliato come strumento delle terapie cognitive nell'ambito del controllo di abitudini come il fumo, dei disturbi alimentari o altro, ma perde di valore come metodo unicamente osservativo (Majani, 2001).

Per questi motivi possiamo affermare che il *self report* raggiunge il massimo di efficacia quando viene utilizzato con lo scopo di comprendere la non aderenza e non solo di quantificarla; è un ottimo strumento per la rilevazione che può facilitare l'apertura di conversazioni sui problemi riscontrati permettendone la modifica; non ci dice unicamente se sono presenti dei fattori disfunzionali, ma ci dà informazioni qualitative a riguardo che ci permettono di comprendere a pieno il paziente e lavorarci su (Majani, 2001).

Un metodo oggettivo piuttosto diffuso per valutare l'aderenza riguardante l'assunzione dei farmaci prescritti è il *pill count*, ovvero una metodologia basata sul calcolare il rapporto tra numero di pillole assunte e quello delle pillole prescritte ((quantità fornita – quantità rimanente)/n° di pillole prescritte x 100 = % di aderenza) (Majani, 2001). Questo metodo può essere utilizzato solo su farmaci contenuti in dei blister o erogati da bombolette spray, come quelli per l'asma, in modo tale da avere dei dati oggettivi (numero di pillole, peso delle bombolette) (Majani, 2001). Altresì questo sistema riscontra dei limiti: non può essere effettuato su dosaggi ambigui come per i farmaci topici; se il paziente ha a disposizione delle ricette ripetibili potrebbe procurarsi ed utilizzare una nuova confezione di farmaci prima che quella precedente sia terminata; se il controllo viene effettuato a domicilio o in ambulatorio bisogna avere la certezza che tutte le confezioni aperte siano con il paziente; il paziente potrebbe aver buttato dei farmaci intenzionalmente e non oppure effettuato degli spruzzi in più dalla propria bomboletta per sbaglio (Majani, 2001).

Un ulteriore metodo utilizzato recentemente in studi su larghe casistiche consiste nell'utilizzo di un unico *database* collegato tra più strutture sanitarie (farmacia, ambulatori, ospedali) che permetta di registrare tutti i dati in un unico sistema, per poi confrontare le prescrizioni dei farmaci rispetto al quando e in che misura essi vengono effettivamente richiesti in farmacia (Majani, 2001). Per il metodo descritto viene utilizzata la formula n° di giorni di approvvigionamento/ n° effettivo di giorni tra la prima e ultima consegna x 100 = % di aderenza (Majani, 2001). Attraverso questa metodologia non si ha la possibilità di comprendere l'effettivo e adeguato consumo di farmaci dato che il paziente potrebbe non assumere delle pastiglie oggi e assumerne il doppio domani, ma è possibile osservare la puntualità del paziente nel procurarsi l'approvvigionamento senza dargli la sensazione di essere osservato, considerando comunque il rischio che egli potrebbe procurarsi ulteriori farmaci in strutture nelle quali non vige quel particolare *database* (Majani, 2001).

Esistono tantissimi strumenti elettronici che vengono utilizzati per registrare dei gesti connessi all'assunzione della terapia farmacologica, ad esempio viene calcolato quante volte il tappo di un flacone viene aperto, quante pastiglie tolte da un blister oppure quanti spruzzi vengono fatti da una bomboletta, rilevandone anche il quando (Majani, 2001). Spesso questi dispositivi sono utilizzati e inseriti all'insaputa del paziente, in modo tale da valutare le sue abituali consuetudini (Majani, 2001). Strumenti di questo tipo garantiscono affidabilità dei dati registrati, ma non si può dare per scontato che i fatti siano quelli indicativi all'aderenza, in quanto un paziente potrebbe aprire un flacone per scopi diversi, come contare le pillole rimanenti, per osservare il tappo oppure potrebbero prendere la dose indicata ma poi gettarla via o darla ad altri (Majani, 2001). Questi strumenti potrebbero sicuramente essere maggiormente utilizzati nell'ambito della ricerca, ma nella pratica clinica c'è il rischio di infondere un senso di sfiducia nei confronti

del paziente e quindi compromettere il rapporto medico-paziente che sta alla base dell'aderenza (Majani, 2001).

Una indubbia interpretazione viene data dagli indicatori biochimici di un determinato farmaco presenti nel nostro sangue, come il controllo della glicemia o del dosaggio di alcune terapie per patologie come l'epilessia, o nelle urine, come prova dell'evitamento di sostanze nocive ad esempio gli stupefacenti (Majani, 2001). Questa metodologia, però, non viene molto utilizzata principalmente a causa dello svantaggioso rapporto benefici-costi: vengono richieste molte risorse economiche e tempo, e le procedure possono risultare lunghe e complicate data la non garanzia di avere a disposizione i laboratori nella sede di visita (Majani, 2001). Secondariamente vi sono una serie di fattori che possono interferire sui risultati: ad esempio le variazioni individuali sul metabolismo dei farmaci, in quanto l'assorbimento può essere influenzato da cibi o ulteriori farmaci assunti in quel periodo; inoltre, il paziente potrebbe volontariamente assumere quel farmaco solo in vista dell'esame, con lo scopo di nascondere la non aderenza abituale (Majani, 2001).

Prendendo in considerazione tutte le risorse e i limiti dei metodi sopra-citati, si può notare una diffusa tendenza ad utilizzarne due o più nello stesso caso, in quanto ogni scelta di metodologia evidenzia solo una o due variabili dell'aderenza e non la sua totalità (Majani, 2001). Ad esempio, potremmo utilizzare un rilevatore elettronico per sapere quante volte e quante compresse vengono prelevate da un unico flacone, ma non avremmo nessun dato sull'assunzione; a questo proposito potremmo aggiungere il conteggio del dosaggio ematico di quel preciso farmaco valutandone così l'effettiva presa (Majani, 2001). Aggiungendo un metodo all'altro, e inserendo i risultati nel *self reportage*, avremo la possibilità di rendere visibili degli aspetti che prima restavano oscuri e far emergere maggiori informazioni qualitative che ci aiuteranno nella risoluzione del problema con il paziente; ulteriormente, bisogna sempre tenere conto che i risultati di una ricerca non riflettono necessariamente i fatti accaduti realmente nella vita del paziente (Majani, 2001).

L'aumento della ricerca riguardante l'aderenza viene spiegata in quanto molti medici sono convinti che ad un'alta percentuale di aderenza corrisponda un elevato raggiungimento di obiettivi clinici (Majani, 2001). Secondo loro, difatti, l'aderenza e gli *outcome* clinici possono rapportarsi in modo tale da avere quattro possibili risultati: A) alta aderenza // obiettivo raggiunto; B) alta aderenza // obiettivo non raggiunto; C) bassa aderenza // obiettivo raggiunto; D) bassa aderenza // obiettivo non raggiunto (Majani, 2001). Qui di seguito si può osservare uno schema tratto da Majani (2001) per comprendere al meglio i vari *outcome* sopra-descritti:

		OUTCOME CLINICO	
		Raggiunto	Non raggiunto
ADERENZA	Alta	A	B
	Bassa	C	D

Teoricamente a seguito di un trattamento dovremmo riscontrare i risultati nel box A oppure nel box D, ma non bisogna stupirsi se invece troviamo altri esiti in quanto vi sono tantissime variabili che influenzano l'*outcome* clinico: ad esempio, un paziente potrebbe aver adottato dei comportamenti positivi per il suo stato di salute, ma non ha seguito le prescrizioni farmacologiche (box C); al contrario una persona potrebbe seguire alla lettera le prescrizioni farmacologiche ma non adottare nessun tipo di comportamento connesso alla salute (box B) (Majani, 2001).

Dobbiamo ricordare che l'*outcome* clinico non può essere banalizzato con un pensiero “il comportamento è stato, o non, eseguito”, bensì bisogna prendere in considerazione quali siano i comportamenti prescritti, come sono stati spiegati al paziente e in che modo vengono messi in atto; l'aderenza non è fatta solo di quantità, ma anche di qualità, ed è logico pensare che la qualità vari in base alla complessità della prescrizione (Majani, 2001).

Fattori connessi all'aderenza e non

Inizialmente, nel 1987, gli autori Meichenbaum e Turk hanno cercato di rispondere ad una frequente domanda “esistono dei fattori che vengono associati all'aderenza e alla non aderenza?”, elencando così tutti i possibili fattori associati sotto citati nella tabella 1 (Majani, 2001).

Tabella 1	
Variabili relative al paziente	Variabili relative al trattamento
<ul style="list-style-type: none"> - Caratteristiche individuali - Caratteristiche della situazione sociale dell'individuo - Mancanza di risorse (mezzi di trasporto, denaro, tempo) - Tipo e severità di diagnosi psichiatrica (in particolare, diagnosi di schizofrenia) - Apatia e pessimismo - Disabilità sensoriali - Scarsa memoria - Difficoltà di comprensione - Benefici per la salute inappropriati o conflittuali - Contrastanti concetti socioculturali ed etnici della malattia e del trattamento - Modello implicito di malattia - Difficoltà a riconoscere la condizione di malato o la necessità di trattamento - Precedente o attuale storia di non aderenza ad altri regimi terapeutici - Convinzioni circa la salute (erronee convinzioni circa il disturbo, mancata comprensione della profilassi, convinzione che il farmaco sia necessario solo nelle malattie acute) - Insoddisfazione nei confronti del medico e del trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Caratteristiche del <i>setting</i> di trattamento - Assenza di continuità della cura - Lunga lista d'attesa - Lungo lasso di tempo tra la richiesta di appuntamento e la visita (più di 8 giorni) - Tempestività della consultazione - Mancanza di occasioni per appuntamenti individuali - Insufficiente coerenza nel sistema che eroga l'assistenza - Inconvenienti dell'operatività dei clinici (ad esempio, inefficienza, personale scostante) - Scarsa considerazione delle possibilità del trattamento - Inadeguata supervisione da parte del personale sanitario - Caratteristiche delle prescrizioni terapeutiche - Complessità del regime terapeutico (ad esempio, più farmaci) - Lunga durata del trattamento - Entità del cambiamento comportamentale richiesto (ad esempio, interferisce con il

<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di supporto sociale - Instabilità o disarmonia familiare - Aspettative dei genitori e atteggiamenti nei confronti del trattamento - Instabilità domiciliare - Supporto ambientale a comportamenti di non aderenza - Esigenze contrastanti o conflittuali o altri problemi pressanti (povertà, disoccupazione) 	<p>comportamento personale e richiede modificazioni dello stile di vita)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scomodità (ad esempio, ubicazione dell'ospedale, scarsità dei trasporti) - Costi - Caratteristiche dei farmaci (ad esempio, colore delle pillole, dimensione, tipo di preparazione) - Inadeguatezza delle etichette - Inadeguatezza del contenitore - Inefficienza dei genitori nel supervisionare la somministrazione dei farmaci - Effetti collaterali dei farmaci o effetti collaterali associati con alterazioni comportamentali (ad esempio, sedazione, coinvolgimento extrapiramidale)
<p>Variabili relative alla malattia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattia cronica con assenza di franca sintomatologia - Caratteristiche connesse alla malattia (ad esempio distorsioni visive, confusione, reazioni psicologiche) 	<p>Variabili relative all'interazione medico-paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione inadeguata - Negativa relazione - Errori di atteggiamento o comportamentali (verbali e non) da parte del medico o del paziente - Incapacità del medico di elicitare <i>feedback</i> negativi circa i problemi originati dal regime terapeutico - Insoddisfazione del paziente - Inadeguata supervisione
<p><i>Tratto da (Majani, 2001), di Meichenbaum e Turk 1987, modificato.</i></p>	

Nella tabella 2, invece, si può osservare una divisione secondo il criterio della modificabilità, la quale è stata ideata in un secondo momento da Sanson-Fisher, Bowman e Armstrong (1992) (Majani, 2001).

Tabella 2	
<p>Non modificabili</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età, sesso e stato socio-economico del paziente - Età e anni di esperienza del medico 	<p>Modificabili</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convinzioni del paziente sulla salute - Informazioni fornite al paziente: contenuti e stile di comunicazione

<ul style="list-style-type: none"> - Severità e storia di malattia - Tipo di malattia 	<ul style="list-style-type: none"> - Soddisfazione del paziente per la consultazione - Regime farmacologico: dosi
<i>Tratto da <u>Majani (2001)</u>, di Sanson-Fisher, Bowman e Armstrong 1992, modificato.</i>	

Possiamo notare come, in queste tabelle, vengano dettagliate le caratteristiche individuali del paziente (età, sesso, situazione socio-economica) e, in particolare nella seconda, vengano evidenziate due variabili legate al medico, più precisamente la sua età e la sua esperienza, ipotizzando che queste possano condizionare la qualità del rapporto medico-paziente e quindi la sua aderenza, magari adoperando delle tecniche di ascolto e di persuasione meno efficaci (Majani, 2001). Esistono vari tipi di tabelle che mettono in evidenza alcuni dei fattori sopra-identificati, solitamente vengono declinate ad una patologia particolare, ma rifacendoci alla tabella 2 abbiamo la possibilità di discutere su alcuni d'essi (Majani, 2001). Secondo studi recenti si può affermare che le variabili sociodemografiche non abbiano una stretta correlazione con il grado di aderenza di un paziente, eccetto per la sua età, in quanto si è evidenziato che i pazienti più aderenti solitamente si trovano in fasce d'età intermedie, forse per il semplice fatto che la maggior parte degli studi viene svolto su popolazione di quest'età e solo negli ultimi anni si è iniziato a sviluppare maggiormente la ricerca per i giovani e gli anziani (Majani, 2001). Non è sicuramente il numero dell'età che influisce sull'aderenza, quanto piuttosto cosa si può collegare ad alcune fasce: ad esempio, i pazienti anziani potrebbe riscontrare maggiori problemi di memoria o di scarsa disponibilità ad effettuare dei grandi cambiamenti sul proprio stile di vita, perciò potrebbero risultare una fascia meno aderente; oppure solitamente i giovani sono più propensi a minimizzare o negare la malattia (Majani, 2001). Esistono vari indicatori socio-demografici che ci permettono di analizzare la situazione del paziente, ma non sono dei veri indicatori di aderenza, ad esempio se una persona visse da sola senza un convivente, potrebbe essere meno propensa a prendersi cura di se stessa; oppure una precaria situazione economica potrebbe portare a delle difficoltà a reperire alcune risorse piuttosto che spostarsi per raggiungere varie strutture, risultando così "poco aderenti" (Majani, 2001). Perciò possiamo concludere che le caratteristiche socio-demografiche non sono dei determinanti dell'aderenza in quanto nessuna di queste associazioni potrebbe spiegare la complessità di questo fenomeno, perciò possono solo segnalarci delle categorie a rischio di non aderenza, ma non la possibilità di fare delle previsioni affidabili o costruire su questo degli interventi migliorativi (Majani, 2001).

Anche i problemi psicologici, come la percezione di non disporre di un adeguato supporto sociale, sembrano essere dei fattori in grado di modificare il grado di aderenza (Majani, 2001). Ad esempio, un paziente circondato da una rete di supporto come familiari e amici, verrà maggiormente invogliato a seguire le prescrizioni, incoraggiandolo e aiutandolo ad accettare la propria patologia, in particolar modo se cronica (Majani, 2001). Possiamo prevedere come il supporto familiare diventi un fattore fondamentale quando parliamo di pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi o con severi deficit cognitivi, pazienti anziani o molto giovani; ad esempio pazienti affetti da disturbi psichiatrici di varie entità e magari anche di altre patologie, potrebbero presentare un'alterazione della visione e del giudizio della realtà, compromettendo probabilmente l'aderenza alle prescrizioni (Majani, 2001). Ma, ricordiamo, che questo discorso può essere fatto anche a livello più superficiale, perfino un cambio del tono dell'umore può influire sull'osservanza delle prescrizioni; ad esempio, una recente rassegna di Di Matteo, Lepper e Croghan (2000) evidenzia che, una persona depressa e affetta da ulteriori patologie, ha un rischio di non aderenza ben

tre volte superiore a pazienti non depressi; questo poiché spesso questa patologia si esprime con sentimenti di disperazione, bassa motivazione e con un indice basso di autoefficacia per ciò che riguarda la gestione della propria situazione clinica, temendo di non riuscire a gestire tutto e di non trarne alcun beneficio (Majani, 2001). Ricordiamo che spesso, soprattutto quando abbiamo a che fare con pazienti a cui è stata diagnosticata una patologia cronica, potremmo riscontrare dei risvolti depressivi nella persona, per questo motivo dovremmo avere un occhio di riguardo sia nella gestione della depressione, sia nel possibile cambio di aderenza (Majani, 2001).

Tra le variabili connesse all'aderenza, nella tabella 1, ritroviamo la complessità a riconoscere lo *status* di malato o l'esigenza di trattamento; questo fattore possiamo riscontrarlo nel disturbo schizofrenico, oppure in situazioni dove il paziente nega la propria malattia, la sua gravità o la cronicità (Majani, 2001). In questi casi l'aderenza del paziente potrebbe presentarsi lacunosa, priva di convinzione o di motivazione; dunque, per riuscire a raggiungere un sufficiente grado di consapevolezza e accettazione, bisognerà non avere fretta e tutta l'équipe medica dovrà impegnarsi a sensibilizzare il paziente e ad identificarne le risorse, poi successivamente si potrà trattare l'aderenza (Majani, 2001).

Una diffusa convinzione è che più è maggiore il numero di informazioni aventi dal paziente riguardanti la propria malattia e il relativo trattamento, maggiore ne sarà l'aderenza: Raynor (1998) afferma invece che la disponibilità di informazioni non sempre equivale ad un aumento della conoscenza e, questo passaggio di nozioni, non sempre porta a modificare i propri comportamenti o atteggiamenti (Majani, 2001). Difatti non si possono separare le informazioni scientifiche dalle rappresentazioni che il paziente ha riguardo la sua malattia, dalle sue aspettative e speranze (Majani, 2001).

L'aderenza può cambiare molto in base alla malattia da cui il paziente è affetto (Majani, 2001). Spesso, nelle patologie sintomatiche, l'aderenza è maggiore se i sintomi vengono direttamente alleviati dopo l'assunzione di una prescrizione medica; se il paziente avverte varie fluttuazioni sintomatiche, potrebbe aderire maggiormente nei momenti spiacevoli e poi pensare di non averne più bisogno quando si sente meglio, provocandone magari una riacutizzazione (Majani, 2001). La durata della malattia può essere un fattore che influenza l'aderenza, in quanto nelle patologie croniche il paziente è più esposto ad un rischio di non aderenza, date le numerose e durature prescrizioni (Majani, 2001). Malattie come quelle psichiatriche possono provocare un'alterazione della percezione del tempo, influenzando probabilmente sulla puntualità nell'assunzione della terapia farmacologica (Majani, 2001).

L'aderenza nei pazienti psichiatrici

Secondo Young, Zonana e Shepler (1986), il 40% dei pazienti psichiatrici smette di assumere i vecchi farmaci antipsicotici entro un anno, l'interruzione comporta il riemergere o il peggioramento dei sintomi e circa il 75% dei pazienti che sospendono la terapia farmacologica antipsicotica sperimenta un significativo peggioramento dei sintomi, contro il 25% che sono aderenti (Majani, 2001). Ricordiamo che un'esacerbazione dei sintomi, in questo caso, porta ad un aumentato rischio di atteggiamenti pericolosi per sé stessi e chi li circonda, aumentando i costi assistenziali e peggiorando la situazione clinica attuale e la prognosi (Majani, 2001). Nei pazienti psichiatrici vi è, frequentemente, assenza di *insight*, non permettendo l'auto-valutazione realistica della malattia e del trattamento, dei rischi e la compromissione del proprio stato di salute, pertanto capita che le priorità mediche non coincidano con quelle del paziente, diminuendo il suo grado di aderenza (Majani, 2001). Secondo David (1990), vi sono tre

dimensioni che definiscono l'*insight*: la consapevolezza e il riconoscimento del proprio disturbo mentale, l'identificazione patologica di alcuni eventi mentali e l'aderenza terapeutica; ma con l'esperienza si è notato che non è unicamente il disturbo psichiatrico e la sua consapevolezza a influire sull'aderenza, ma dipende anche dal coinvolgimento del livello interpersonale e ambientale (Majani, 2001). Nella tabella 3, possiamo scoprire quali sono i fattori, identificati dall'*Health Belief Model* di Perkins (1999), che influiscono maggiormente nei pazienti che assumono farmaci antipsicotici (Majani, 2001).

Tabella 3	
Benefici percepiti del trattamento <ul style="list-style-type: none"> - Convinzioni circa il fatto che i farmaci saranno o no di aiuto in qualche modo 	Rischi percepiti della malattia <ul style="list-style-type: none"> - Ri-ospedalizzazione - <i>Insight</i>
Costi percepiti del trattamento <ul style="list-style-type: none"> - Non disponibilità ad assumere farmaci - Effetti avversi: aumento di peso, risposte soggettive disforiche, acatisia, sintomi parkinsoniani, reazioni distoniche, sonnolenza, compromissione delle funzioni cognitive, severità complessiva degli effetti avversi 	Barriere <ul style="list-style-type: none"> - Costi - Abuso di sostanze - Complessità del trattamento - Disorganizzazione, deficit cognitivi, psicosi - Difficoltà a fissare gli appuntamenti o a rifornirsi di farmaci - Isolamento sociale
Stimoli all'azione <ul style="list-style-type: none"> - Supporto familiare - Promemoria - Aumento dei sintomi 	
<i>Tratto da Majani (2001), di Perkins 1999, modificato.</i>	

Possiamo notare che molti fattori sono comuni ad altre patologie, ma secondo Buis (1992) i più disturbanti per i pazienti psichiatrici sono alcuni effetti avversi, come l'aumento di peso, la sedazione e l'astenia (Majani, 2001). Un ruolo determinante nell'aderenza, in questo caso, è il coinvolgimento da parte di uno o più membri della cerchia familiare, ad esempio familiari di pazienti con disturbi cronici e particolarmente sfiduciati o poco informati riguardo la gestione della malattia, potrebbero influenzare negativamente il grado d'aderenza del soggetto (Majani, 2001).

In uno studio condotto da Olfson e coll. (2000), vengono rivalutati 213 pazienti schizofrenici tre mesi dopo un ricovero ospedaliero e si evidenzia che la non aderenza è spesso correlata ad una precedente storia di non aderenza, di difficoltà nel riconoscimento dei sintomi, dal recente abuso di stupefacenti, da un rifiuto di coinvolgimento da parte dei familiari e da una debole alleanza con l'équipe ospedaliera (Majani, 2001). Perciò possiamo concludere dicendo che l'aderenza in pazienti psichiatrici è legata ad una serie di fattori modificabili riguardanti l'individualità, l'assistenzialità e la relazione; più precisamente possiamo ritrovare questi fattori nel grado di *insight* del paziente, negli effetti collaterali dei farmaci, nelle barriere ritrovabili

nell'accesso ai trattamenti rendendolo difficoltoso, nelle abilità comunicative del medico e del suo staff e nel coinvolgimento della famiglia (Majani, 2001).

2.2 Schizofrenia

Disturbo psicotico

La psicosi o disturbo psicotico è presente in diverse condizioni, sia di tipo psichiatrico che medico (Arciniegas, 2015). La caratteristica principale della sintomatologia di questo disturbo è la perdita del contatto con la realtà e l'affievolimento dei confini del sé (Arciniegas, 2015; Lia & Serretti, 2014). Inoltre, secondo le definizioni più recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'American Psychological Association, devono essere presenti dispercezioni o deliri (Arciniegas, 2015). In particolare, la persona crede fermamente nella realtà del suo delirio nonostante le vengano mostrate delle prove che lo contestano innegabilmente (Arciniegas, 2015). La schizofrenia è uno dei molteplici disturbi psicotici proprio per le caratteristiche che manifesta (Arciniegas, 2015).

Definizione di schizofrenia

Il termine "schizofrenia" deriva dal greco che tradotto letteralmente significa "scissione della mente" (Hany et al., 2022). Essa è una patologia psichiatrica cronica in cui la persona affetta ha una perdita del contatto con la realtà (Lia & Serretti, 2014). È caratterizzata dalla presenza di sintomi positivi (tra cui dispercezioni e deliri), sintomi negativi (come ritiro sociale e ridotta affettività) e disturbi cognitivi (Owen et al., 2016).

Secondo quanto affermano Lia e Serretti (2014), il suo decorso è composto principalmente da tre fasi:

- 1) Prodromica: fase iniziale che determina la comparsa dei sintomi;
- 2) Attiva: fase in cui la malattia è conclamata;
- 3) Residua: i sintomi sono ancora presenti ma in forma più lieve.

Cenni storici

Per inquadrare meglio questa patologia, può essere utile approfondire anche la sua evoluzione nella storia fino ad oggi.

Gli attori principali che hanno contribuito maggiormente a concettualizzare la schizofrenia sono Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1857-1939) e Kurt Schneider (1887-1967) (Gaston & Gaston, 2005; Tandon et al., 2009). Kraepelin è stato il primo a completare la definizione di *dementia praecox* attraverso lo studio di altri casi clinici che possedevano caratteristiche simili (Jablensky, 2010). Egli ha individuato delle differenze nella clinica della *dementia praecox*, perciò ha suddiviso la patologia in nove forme cliniche (Jablensky, 2010). In seguito, Bleuler sostituisce il termine *dementia praecox* con "schizofrenia", affermando che non si trattasse di una malattia unica ma di un insieme di patologie (Jablensky, 2010). Egli propone inoltre una distinzione della clinica in sintomi fondamentali e sintomi accessori, affermando che la presenza di quest'ultimi è l'elemento più importante su cui basare la diagnosi (Gaston & Gaston, 2005). I sintomi accessori individuati da Bleuler comprendono quelli che ad oggi definiamo come "sintomi positivi" (Jablensky, 2010).

Negli anni a seguire, numerosi psichiatri hanno cercato di definire più precisamente la schizofrenia, sia in Europa che negli Stati Uniti, fino a quando Schneider riesce a

delineare nove gruppi di sintomi psicotici che vengono poi utilizzati anche nel DSM-III (Jablensky, 2010; Tandon et al., 2009).

Nonostante questi ultimi contributi, negli anni '60 la visione fornita da Bleuler rimane quella più diffusa negli USA mentre in tutti gli altri paesi prevalgono i concetti di Kraepelin e Schneider (Tandon et al., 2009). È interessante sapere che questo divario ha portato a dei tassi di prevalenza di schizofrenia molto diversi tra Europa e America (Tandon et al., 2009). Uno studio del 1972 ha evidenziato come, a parità di sintomi manifestati, nelle cliniche psichiatriche pubbliche di New York ci fossero il doppio delle possibilità che venisse diagnosticata una schizofrenia rispetto alle cliniche psichiatriche pubbliche di Londra, in cui veniva diagnosticato maggiormente un disturbo maniaco-depressivo (Tandon et al., 2009). Queste differenze sommate ad altri fattori hanno condotto alla necessità di delineare meglio la schizofrenia all'interno del DSM-III e dell'ICD (Tandon et al., 2009).

Possiamo dire che nella storia sono intervenuti diversi fattori che hanno provocato le modifiche del concetto di schizofrenia, come ad esempio i dati ottenuti dalle ricerche, la necessità di distinguere meglio i sintomi della schizofrenia oppure gli studi svolti con la presenza o con la totale assenza di trattamenti (Tandon et al., 2009).

Epidemiologia

Non è semplice ottenere dati statistici precisi della schizofrenia in quanto ci sono diversi fattori di influenza, come la difficoltà nel porre la diagnosi e la grande variabilità dei metodi diagnostici utilizzati (National Institute of Mental Health, n.d.).

Si stima che la *lifetime* prevalenza, ovvero il rischio di sviluppare la schizofrenia nel corso della vita, si trovi tra 0,38% e 1,87% (Pletscher et al., 2015). Questo significa che nel 2012 circa 31 mila persone in Svizzera sono state colpite da questo disturbo (Pletscher et al., 2015). Statisticamente colpisce maschi e femmine in modo simile, anche se si è notato che nell'uomo l'esordio è più precoce e la prognosi è peggiore rispetto alle donne (Lia & Serretti, 2014).

Essa si trova al quindicesimo posto nella classifica delle cause di disabilità a livello mondiale (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017). Il tasso di mortalità prematura delle persone con schizofrenia è aumentato rispetto alla popolazione e spesso questo è dovuto a delle comorbidità come patologie cardiache, epatiche o diabete (National Institute of Mental Health, n.d.). Allo stesso modo, anche il tasso di suicidi è più elevato, soprattutto negli esordi della malattia (National Institute of Mental Health, n.d.). Degli studi affermano che il tasso di suicidi nelle persone affette da schizofrenia varia tra il 4 e il 13%, i *tentamen* suicidali (ovvero dei comportamenti suicidali non fatali) hanno un tasso compreso tra il 18 e il 55% (Sher & Kahn, 2019).

Le spese della schizofrenia nell'anno 2012 erano in media di 39'408 euro a paziente (Pletscher et al., 2015). I costi legati alle cure mediche della schizofrenia rappresentavano il 24% del totale (ovvero 9'507 euro a paziente), le spese non legate alle cure mediche comprendevano il 12% dei costi, ovvero 4'793 euro a persona, mentre i costi dovuti alla riduzione dell'attività lavorativa erano di 25'108 euro per paziente, ovvero il 63% dei costi totali (Pletscher et al., 2015). All'interno dei costi medici diretti troviamo, ad esempio, i ricoveri ospedalieri, le cure ambulatoriali ed esami di laboratorio, mentre nei costi non medici troviamo le cure fornite dalle case anziani e dai familiari (Pletscher et al., 2015). Infine, bisogna considerare anche la diminuzione della speranza e della qualità di vita che è costata 19,02 euro a paziente (Pletscher et al., 2015). La qualità di vita di una persona affetta da schizofrenia, difatti, corrisponde in media al

64,72% rispetto a quella della popolazione generale che raggiunge l'86,77% (Pletscher et al., 2015).

Esordio

In genere i prodromi della schizofrenia, ovvero i primi sintomi che precedono la diagnosi, si manifestano nella fase dell'adolescenza, anche in persone che hanno avuto un'infanzia con comportamenti e crescita nella norma (Lia & Serretti, 2014). I prodromi comprendono diversi elementi, tra cui un isolamento sociale, ansia, preoccupazione a livello del proprio corpo, atteggiamento impulsivo o bizzarro, cambiamenti a livello del pensiero e una diminuzione dell'attitudine al comportamento finalizzato (Lia & Serretti, 2014). La personalità del soggetto prima della diagnosi può essere di diversi tipi: nella metà dei casi il soggetto non manifesta atteggiamenti o tratti di tipo patologico, in un quarto dei casi invece si notano degli atteggiamenti tendenti all'essere instabile a livello emotivo, mentre nel rimanente 25% dei casi è presente un disturbo di personalità di tipo schizoide (Lia & Serretti, 2014). Tra i 20 e i 30 anni si può verificare l'esordio vero e proprio della patologia, che nella maggior parte dei casi è di tipo insidioso (Gaston & Gaston, 2005; Lia & Serretti, 2014). Nella maggioranza dei casi, l'esordio si verifica in seguito a un evento scatenante (come il decesso di una persona o un divorzio oppure l'abuso di sostanze), in modo acuto e improvviso (Gaston & Gaston, 2005). In genere, questo esordio è preceduto da sintomi leggeri come ad esempio un calo della produttività a livello lavorativo, scolastico e in generale nella vita sociale, atteggiamenti bizzarri, sintomi fisici come dolori alla schiena come pure dispercezioni (Gaston & Gaston, 2005).

Diagnosi

La diagnosi di schizofrenia viene effettuata valutando la clinica, l'anamnesi e lo stato mentale, purtroppo non sono presenti test diagnostici che valutano la presenza di marcatori specifici nel sangue (Owen et al., 2016). Per questo motivo, l'utilizzo dei criteri diagnostici forniti dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) o dalla Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) permette una maggiore affidabilità (Owen et al., 2016).

In particolare, il DSM offre una definizione di schizofrenia che si è sviluppata meglio di edizione in edizione, fino ad arrivare a quella più recente del DSM-V (Tandon et al., 2013). Per effettuare la diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-V troviamo sei criteri, dalla lettera A alla F (Tandon et al., 2013):

- **A – Sintomi caratteristici:** devono essere presenti due o più sintomi per almeno un mese:
 - Delirio;
 - Allucinazioni;
 - Disorganizzazione del discorso;
 - Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico;
 - Sintomi negativi (cioè ridotta espressione emotiva o avolizione);
- **B – Disfunzione sociale/occupazionale:** uno o diversi ambiti di funzionamento della persona, come quello lavorativo, relazionale o della propria cura, risultano essere disfunzionali rispetto a prima dell'inizio del disturbo;
- **C – Durata di sei mesi:** i sintomi durano almeno sei mesi, compreso un mese di sintomi del criterio A;

- **D – Esclusione dei disturbi schizo-affettivi e dell’umore;**
- **E – Esclusione di sostanze/condizioni generali dell’umore;**
- **F – Relazione con il ritardo dello sviluppo globale o il disturbo dello spettro autistico:** nel caso siano presenti disturbi di spettro autistico o di comunicazione insorto durante l’infanzia, la diagnosi viene posta unicamente nel caso in cui ci siano deliri o allucinazioni per un periodo minimo di un mese.

All’interno del DSM-IV e nelle versioni precedenti, oltre ai criteri diagnostici, esistevano delle sottoclassi di schizofrenia (paranoide, catatonica, residua, indifferenziata, disorganizzata) che sono state eliminate definitivamente nel DSM-V (Arciniegas, 2015). Esse venivano stabilite in base alla sintomatologia che prevaleva nel momento in cui veniva effettuata la valutazione avente l’obiettivo di porre la diagnosi (Arciniegas, 2015). L’affidabilità di questa classificazione è stata messa in discussione poiché spesso diversi sintomi si sovrappongono tra loro e risultano essere estremamente variabili nel tempo, senza poter prevedere precisamente il loro andamento nel tempo (Arciniegas, 2015).

Passando ora ai criteri diagnostici dell’ICD-10, possiamo notare che comprendono elementi molto simili a quelli del DSM-V (Hany et al., 2022):

- Il paziente manifesta almeno uno dei sintomi elencati per minimo un mese:
 - o Inserimento, eco, trasmissione o ritiro del pensiero;
 - o Manie di controllo, influenza o passività;
 - o Voci allucinanti che forniscono un commento continuo del paziente;
 - o Deliri persistenti culturalmente inappropriati o poco plausibili.
- In alternativa bisogna osservare almeno due dei sintomi elencati per minimo un mese (Hany et al., 2022):
 - o Allucinazioni persistenti in qualsiasi modalità;
 - o Interruzioni di interpolazioni nel pensiero che sfociano in incoerenze o neologismi;
 - o Comportamento catatonico;
 - o Sintomi negativi;
 - o Trasformazione significativa e coerente del comportamento che si manifesta come anedonia o ritiro sociale.

Contrariamente al DSM-V, possiamo notare come i criteri diagnostici compresi nell’ICD-10 classifichino la schizofrenia in sottoclassi a seconda dei sintomi con cui si manifesta; esse sono (Hany et al., 2022):

- Schizofrenia paranoide;
- Schizofrenia ebefrenica;
- Schizofrenia catatonica;
- Schizofrenia indifferenziata;
- Depressione post-schizofrenia;
- Schizofrenia residua;
- Schizofrenia semplice.

Oltre alla diagnosi, è importante valutare se la persona mostra la presenza di un potenziale rischio di recare danno a se stessa o a terzi (Hany et al., 2022). Dato che, durante l'esordio della patologia, in genere vi è scarso *insight* (argomento che verrà trattato in un capitolo successivo), raramente la persona affetta si presenta da qualcuno cercando aiuto (Hany et al., 2022). Difatti, è molto più frequente che i parenti o le persone vicine alla persona notino degli atteggiamenti insoliti e chiedano sostegno (Hany et al., 2022).

Eziologia

Le cause di questa patologia si possono ricercare in diversi fattori (Gaston & Gaston, 2005; Lia & Serretti, 2014; Owen et al., 2016). Sono stati identificati plurimi elementi che sono in grado di favorire, scatenare o aggravare, la malattia; pertanto, il modo in cui essa si presenta può dipendere dalla persona in sé, dal suo ambiente sociale e familiare, dalle sue esperienze, come pure da altri fattori (Gaston & Gaston, 2005). Qui di seguito verranno elencate e analizzate brevemente le cause.

I fattori legati alla genetica isolati non sono sufficienti a provocare la malattia, ma sembrano contribuire in modo importante alla sua comparsa, ci sono diverse centinaia di loci genici coinvolti (Owen et al., 2016). Degli studi hanno mostrato come il rischio di manifestare la patologia sia maggiore nei parenti delle persone affette rispetto al resto della popolazione (Lia & Serretti, 2014). Recentemente si è scoperto che gli alleli che potenzialmente possono provocare un rischio maggiore di sviluppo della malattia sono i più rari grazie a una selezione naturale, mentre quelli che hanno degli effetti minimi sul rischio sono i più frequenti e diffusi (Owen et al., 2016).

I fattori ambientali comprendono diversi altri elementi, tra cui: fattori psicologici, sociali e biologici (Lia & Serretti, 2014). Fra questi possiamo ritrovare delle cause in epoca perinatale come lo stress della madre o il fumo durante la gravidanza, infezioni perinatali, crescita intrauterina ritardata e complicazioni durante il parto (Owen et al., 2016). Troviamo inoltre dei fattori sociali ed economici come la povertà o un passato con storia migratoria (Owen et al., 2016). Ci sono anche altri fattori che possiedono un ruolo nello sviluppo della schizofrenia, tra cui una difficoltà di sviluppo durante l'infanzia, traumi cranici, crisi epilettiche, infezioni di elevata gravità e patologie autoimmuni (Owen et al., 2016). Degli studi hanno dimostrato che esiste una correlazione dose-dipendente tra il consumo di THC e la comparsa di psicosi, affermando difatti che il rischio di manifestare la schizofrenia aumenta del 40% nelle persone che fanno uso di cannabis (Hany et al., 2022).

Fisiopatologia

Nonostante un numero elevato di studi e ricerche, la fisiopatologia della schizofrenia resta ancora lacunosa (Owen et al., 2016). La prima ipotesi fisiopatologica è stata formulata attorno agli anni '60 e affermava la presenza di un livello eccessivo di dopamina; proprio in quegli anni viene scoperta e utilizzata la prima molecola efficace contro i sintomi positivi, la clorpromazina (Stępnicki et al., 2018). In seguito, l'ipotesi dopaminergica è stata approfondita ampiamente, degli studi sembravano contraddirla mentre altri la confermavano, perciò è stata rivista e riformulata più volte (Stępnicki et al., 2018). Ad oggi, sono state formulate diverse ipotesi che spiegano la fisiopatologia della schizofrenia (Stępnicki et al., 2018).

Una spiegazione si focalizza sulla salienza aberrante della psicosi, che lega proprio i sintomi della malattia con la dopamina (Stępnicki et al., 2018). La salienza aberrante è

l'errata attribuzione di senso a degli stimoli inoffensivi (Godini et al., 2015). La teoria è stata formulata basandosi a sua volta su un'altra supposizione, quella che spiega quanto sia fondamentale la dopamina nel processo che permette di attribuire un senso a uno stimolo e come di conseguenza sia importante nella regolazione dell'attenzione e nella presa di decisioni (Stępnicki et al., 2018). Proprio da qui deriva l'ipotesi secondo cui la salienza aberrante possa essere causata da un rilascio eccessivo di dopamina durante l'episodio psicotico, questo può spiegare i sintomi che vengono manifestati e la loro estrema variabilità anche nello stesso soggetto (Stępnicki et al., 2018).

Un'altra ipotesi è quella glutammatergica, secondo cui delle anomalie nella trasmissione del glutammato potrebbero alterare l'azione di un recettore detto NMDA, provocando una modifica della morfologia e della struttura cerebrale fino a sviluppare una psicosi (Stępnicki et al., 2018).

Una terza ipotesi è quella serotoninergica, secondo la quale un carico eccessivo di serotonina potrebbe alterare l'azione dei neuroni corticali (Stępnicki et al., 2018). Si è visto che non sono coinvolti unicamente i recettori di dopamina e serotonina ma anche altri recettori aminergici, che sembrano essere coinvolti nella comparsa dei sintomi cognitivi (Stępnicki et al., 2018).

Un'ultima ipotesi è quella GABA-ergica, in cui un deficit di questo neurotrasmettitore sembra essere in grado di portare a un mancato equilibrio tra stimoli eccitatori e inibitori nella corteccia cerebrale (Stępnicki et al., 2018).

Segni e sintomi

La caratteristica principale della schizofrenia comune a quasi tutte le persone che ne sono affette è la scissione della mente (Gaston & Gaston, 2005). La clinica risulta essere molto variabile sia tra un soggetto e l'altro, che nella persona stessa, poiché varia anche nel corso degli anni (Gaston & Gaston, 2005). Come menzionato in precedenza, i segni e sintomi possono essere divisi in positivi, negativi e cognitivi (Owen et al., 2016). Qui di seguito verranno analizzati in modo più approfondito.

I sintomi positivi hanno la tendenza a manifestare delle recidive nel corso degli anni e talvolta si presentano in modo tale da dover richiedere un ricovero ospedaliero (Lia & Serretti, 2014). I sintomi positivi sono composti da modifiche del comportamento, del pensiero e dispercezioni (Lia & Serretti, 2014). A livello del comportamento, possono esserci atteggiamenti aggressivi o, al contrario, assenza di movimento, come la catatonìa, in cui il soggetto rimane fermo, immobile e muto (Lia & Serretti, 2014). Per quanto riguarda le allucinazioni, esse sono definite come percezioni sensoriali senza uno stimolo, che corrisponde a ciò che viene percepito (Arciniegas, 2015). Possiamo dire che quelle più frequenti sono le allucinazioni a livello uditivo, anche se possono riguardare qualunque senso dei cinque (Lia & Serretti, 2014). La persona può quindi sentire delle voci secondo diverse modalità, possono essere intimidatorie e ostili, oppure contrariamente amichevoli e innocue (Lia & Serretti, 2014). Anche le allucinazioni visive sono relativamente frequenti, mentre quelle più infrequenti sono dispercezioni a livello del tatto, del gusto e dell'olfatto (Lia & Serretti, 2014). Infine, a livello del pensiero, possono esserci alterazioni della forma, che vengono riscontrate in ciò che esprime verbalmente la persona, come pure in ciò che scrive (Lia & Serretti, 2014). Le alterazioni della forma comprendono scarsa coerenza, mancanza di nessi logici, ripetizione automatica di parole pronunciate da altre persone o l'uso di parole senza un senso (Lia & Serretti, 2014). Le alterazioni del pensiero possono riguardare non solo la forma ma anche il contenuto, sotto forma di delirio (Lia & Serretti, 2014). Il delirio è una falsa e

rigida rappresentazione della realtà o di sé stessi, che viene ritenuta reale nonostante siano presenti delle prove che la contestano (Arciniegas, 2015). Sono divisi principalmente in due categorie, ovvero delirio bizzarro e ordinario: il delirio bizzarro è incentrato su elementi impossibili, come ad esempio la convinzione di una persona che le siano stati rimossi tutti gli organi senza lasciare cicatrici; mentre quello ordinario è basato su errate rappresentazioni di esperienze di vita quotidiana (Arciniegas, 2015). Il delirio, quindi, può essere di diversi tipi, definiti in base al tema su cui esso è incentrato, può essere di gelosia, di persecuzione, mistico o somatico (Lia & Serretti, 2014).

Passando ora ai sintomi negativi, possiamo dire che in generale tendono a essere più stabili negli anni ma che hanno un ruolo importante nell'aggravare la compromissione a livello funzionale (Lia & Serretti, 2014). Questa compromissione funzionale fa parte dei criteri di diagnosi, poiché il funzionamento della persona spesso si riduce in diversi campi della sua vita, come potrebbe essere nell'area lavorativa o scolastica oppure delle relazioni interpersonali o nella cura personale (Lia & Serretti, 2014). Di conseguenza, questi effetti fanno sì che spesso le persone abbiano bisogno di aiuto e assistenza per soddisfare i propri bisogni, anche i più basilari come l'alimentazione, la vestizione, la cura di sé e della propria dimora (Lia & Serretti, 2014). Tornando ai sintomi negativi, essi comprendono un appiattimento dell'affettività, mimica facciale ridotta, scarsa gestualità, tono di voce poco espressivo, risposta emotiva ridotta (Lia & Serretti, 2014).

I sintomi cognitivi nella schizofrenia comprendono difficoltà di concentrazione e attenzione, di memoria e un certo livello di lentezza psicomotoria (Lia & Serretti, 2014). Le alterazioni cognitive sono spesso legate ai sintomi negativi e possiedono un ruolo importante nel determinare il funzionamento della persona affetta (Galluzzo et al., 2013). Riguardano principalmente alcuni domini, tra cui la memoria episodica, "[...] l'attenzione, la velocità di processazione, le funzioni esecutive, la *working memory* [...]" (Galluzzo et al., 2013, pag. 3). La memoria episodica permette di ricordare gli aspetti delle esperienze vissute, da alcuni studi emerge che il deficit in questa dimensione è dovuto alla patologia in sé e non all'assunzione di antipsicotici (Galluzzo et al., 2013). L'attenzione nella persona con schizofrenia si presenta ridotta già a partire dal primo esordio psicotico e ciò non è forzatamente dovuto alla terapia o all'ospedalizzazione, ma si tratta di un disturbo primario della malattia (Galluzzo et al., 2013). La velocità di processazione corrisponde alla rapidità con cui vengono svolti diversi compiti a livello cognitivo, degli studi hanno scoperto che nella persona affetta da schizofrenia questa velocità è rallentata e che di conseguenza si riduce l'autonomia del soggetto (Galluzzo et al., 2013). Le funzioni esecutive comprendono diversi elementi, tra cui la capacità di pianificare e formulare strategie per il *problem solving*, il pensiero astratto e l'abilità di mettere in atto dei comportamenti in modo intenzionale; il loro deficit sembra essere correlato alla mancanza di *insight* e di conseguenza può provocare delle maggiori ospedalizzazioni e una minore aderenza terapeutica (Galluzzo et al., 2013). Infine, per quanto riguarda la *working memory*, essa è la capacità di ricordare le informazioni per poco tempo, un deficit di questa dimensione fa in modo che la persona trattenga meno le informazioni che riceve e che sia maggiormente distraibile (Galluzzo et al., 2013).

Decorso

L'evoluzione della patologia può essere molto diversificata tra i soggetti che ne sono affetti ma nonostante ciò, in generale, c'è una tendenza alla stabilizzazione in cui i sintomi positivi vengono sostituiti con quelli negativi (Gaston & Gaston, 2005). Nella maggioranza dei casi, dopo un periodo caratterizzato dall'esacerbazione dei sintomi psicotici si possono avere delle remissioni parziali o totali; difatti, circa un terzo dei pazienti

rimangono asintomatici anche dopo la manifestazione di diversi episodi psicotici (Gaston & Gaston, 2005; Lia & Serretti, 2014). Circa la metà delle persone è in grado di mantenere un buon funzionamento nella sfera sociale e in quella lavorativa (Lia & Serretti, 2014). Una buona parte di persone affette da schizofrenia riesce a vivere in modo autonomo, mentre altre necessitano di aiuto da parte di strutture e servizi o dai parenti (Owen et al., 2016).

Per comprendere meglio il tipo di decorso a cui può andare incontro la persona affetta sono stati identificati dei fattori che indicano una prognosi più favorevole, come una terapia precoce, un *coping* funzionale della famiglia, tolleranza da parte della società, presenza di sintomi positivi e un buon funzionamento del soggetto prima della diagnosi (Gaston & Gaston, 2005; Lia & Serretti, 2014). Possiamo notare come anche l'ambiente sociale sia molto importante per ottenere un decorso favorevole, difatti secondo quanto afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità (n.d.), nei Paesi emergenti troviamo una minore frequenza di atteggiamenti competitivi e meno aspettative nei confronti di prestazioni cognitive e sociali (Lia & Serretti, 2014).

Terapia

Più di 100 anni fa, dopo la scoperta della schizofrenia, il trattamento prevedeva tecniche aspecifiche e invasive come l'induzione del coma tramite la somministrazione di insulina oppure lobotomie (Maric et al., 2016). La prima terapia sufficientemente specifica, la clorpromazina, è stata scoperta attorno al 1960 e ha dimostrato la sua efficacia nel contrastare l'agitazione nelle persone con psicosi (Maric et al., 2016). Negli anni, sono state scoperte e approvate unicamente molecole in grado di agire sulla regolazione della trasmissione di dopamina (Maric et al., 2016). Queste molecole si sono evolute in tre generazioni (Maric et al., 2016):

- Prima generazione, FGA: antagonisti della dopamina (farmaci a bassa potenza – clorpromazina; farmaci ad alta potenza – pimozide, aloperidolo, flufenazina);
- Seconda generazione, SGA: antagonisti della dopamina-serotonina (risperidone, paliperidone) e antipsicotici multitarget (clozapina, olanzapina, ziprasidone, quetiapina, asenapina, iloperidone);
- Terza generazione, TGA: dopamina-funzionalmente selettiva (aripirazolo, brexpiprazolo, cariprazina).

Gli antipsicotici di prima generazione sono anche detti antipsicotici tipici, mentre quelli di seconda e terza generazione corrispondono agli antipsicotici atipici (Remington et al., 2021).

È importante valutare il rapporto tra i rischi e i benefici associati all'assunzione della terapia in quanto questi tipi di farmaci possono provocare effetti collaterali importanti (Maric et al., 2016). Nel caso dei farmaci FGA, possiamo affermare che hanno una buona efficacia nella riduzione dei sintomi positivi ma difficilmente sono in grado di contrastare i sintomi negativi e cognitivi; inoltre, vi è un elevato rischio che provochino una sintomatologia extrapiramidale (Maric et al., 2016; Owen et al., 2016). I farmaci di seconda generazione sono in grado di contrastare i sintomi positivi provocando meno effetti collaterali legati al movimento, ma possono portare a effetti collaterali a livello del cuore e del metabolismo (Owen et al., 2016). I farmaci TGA utilizzano un meccanismo di azione che si adatta in base alla concentrazione di dopamina, agiscono come antagonisti quando è presente un alto tasso di dopamina, altrimenti come agonisti (Maric et al., 2016). Alcuni studi mostrano che questi farmaci possiedono una buona capacità di

contrastare i sintomi psicotici senza provocare effetti collaterali sul movimento, alterazioni del ciclo mestruale o legati alla prolattina (Maric et al., 2016). Malgrado il miglioramento di queste molecole, non si può ancora affermare che la terza generazione sia superiore alla prima, fatta eccezione per la clozapina che viene utilizzata unicamente nel caso in cui gli altri trattamenti siano fallimentari (Maric et al., 2016).

Visto che il tasso di non aderenza alla terapia era elevato già negli anni '60, sono stati introdotti anche gli antipsicotici a rilascio prolungato, abbreviati con l'acronimo "LAI", cercando di contrastare questo problema iniettando il farmaco per via intramuscolare (Graffino et al., 2014). Questa introduzione, tuttavia, non portò alla svolta desiderata in quanto sia i medici che gli psichiatri temevano una maggiore comparsa di effetti indesiderati e una scarsa efficacia dei LAI usati come unica terapia (Graffino et al., 2014). Inoltre, si era diffuso il pensiero secondo cui questo tipo di somministrazione venisse imposta contro il diritto della persona e senza considerare le sue idee al riguardo (Graffino et al., 2014). Ciononostante, negli anni, si è compreso quanto fosse fondamentale una buona aderenza terapeutica come pure l'assunzione di una terapia di mantenimento, per cui l'impiego dei LAI viene maggiormente considerato (Graffino et al., 2014). Grazie ad un aumento della somministrazione di questi composti, si scopre che per diminuire la comparsa degli effetti collaterali sia necessario adattare la dose, somministrare dei farmaci specifici e monitorare attentamente la persona attraverso visite regolari ed esami di laboratorio (Graffino et al., 2014). Malgrado l'introduzione e l'uso degli antipsicotici di seconda generazione, l'aderenza terapeutica rimane scarsa, di conseguenza vengono prodotti anche LAI di SGA per provare a rendere questi farmaci maggiormente tollerabili e nel tentativo di aumentare l'adesione da parte delle persone che li assumono (Graffino et al., 2014). Nel 2014 erano disponibili in totale nove LAI, sei di prima generazione e tre di seconda; la differenza tra i due composti è che i primi sono in forma oleosa, mentre i secondi in forma acquosa (Graffino et al., 2014).

L'utilizzo degli antipsicotici a rilascio prolungato consente di ottenere una biodisponibilità più elevata, una prevedibilità migliore del rapporto tra la dose somministrata con la sua concentrazione nel plasma sanguigno ed, infine, permette di somministrare un dosaggio ridotto rispetto alla terapia orale; perciò l'incidenza di effetti indesiderati diminuisce (Graffino et al., 2014). I composti FGA-LAI, comparati agli FGA assunti per via orale, hanno pressoché lo stesso rischio di provocare effetti a livello extrapiramidale, mentre la formula SGA-LAI causa meno disturbi a livello motorio rispetto agli antipsicotici di prima generazione (Graffino et al., 2014). I LAI sono consigliati nelle persone che mostrano scarsa aderenza, soprattutto se questo aspetto li porta a manifestare recidive frequenti (Graffino et al., 2014). Bisogna comunque considerare che nonostante i numerosi vantaggi legati a questo tipo di somministrazione di antipsicotici, ci sono anche degli aspetti negativi come un costo aumentato dei medicinali LAI, il fatto che richiedano un certo tempo per raggiungere il dosaggio desiderato nel plasma e che possano provocare dolore e infiammazione nel sito in cui vengono iniettati (Graffino et al., 2014).

Possiamo dire che il trattamento della schizofrenia non riguarda solo l'assunzione di farmaci antipsicotici, essi sono una parte molto importante ma devono essere accompagnati da un supporto a livello psicologico e sociale per poter ottenere una buona efficacia (Owen et al., 2016). È quindi fondamentale aumentare l'aderenza e implementare un sostegno professionale e riabilitativo con diverse figure interdisciplinari (Owen et al., 2016). Questi interventi dovrebbero essere accompagnati da azioni preventive come l'assunzione di un'alimentazione equilibrata, evitare l'uso di droghe e fumo, praticare esercizio fisico ed effettuare controlli di salute regolari (Owen et al., 2016).

Complicanze

Esiste una forma di schizofrenia resistente alla terapia, ovvero quando la persona non mostra effetti dopo la somministrazione di minimo due antipsicotici per un periodo minimo di sei settimane (Hany et al., 2022). Gli studi mostrano che il 7% delle persone affette non risponde alla terapia e il 30% in modo scarso (Hany et al., 2022). In questi casi viene consigliato l'utilizzo della clozapina (Hany et al., 2022).

Bisogna sapere che una percentuale importante di persone con schizofrenia ha come causa di morte una patologia cardiovascolare, perciò bisogna educare i pazienti a ridurre i fattori di rischio come la sedentarietà, il fumo e l'alimentazione squilibrata (Hany et al., 2022).

Come accennato in precedenza, il rischio di suicidio ha un tasso relativamente elevato e non può essere sottovalutato in quanto è uno dei fattori che diminuisce maggiormente la speranza di vita delle persone affette da schizofrenia (Sher & Kahn, 2019). È importante quindi individuare tempestivamente la presenza di fattori di rischio suicidali e agire sul trattamento, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di questo tipo di eventi (Sher & Kahn, 2019). Il rischio aumenta soprattutto con la presenza di determinati fattori, tra cui giovane età, sesso maschile, disoccupazione, isolamento sociale, buona istruzione, presenza di alte aspettative e la consapevolezza che non verranno soddisfatte, facile accesso alle armi letali, fasi iniziali della malattia, ricadute frequenti, scarsa aderenza terapeutica e abuso di alcool (Sher & Kahn, 2019). La prevenzione, quindi, non presume unicamente l'identificazione precoce della persona a rischio di suicidio, ma comprende anche il miglioramento dell'aderenza terapeutica, la gestione i disturbi concomitanti come l'abuso di alcool, l'implementazione di interventi a livello psicosociale e familiare e l'educazione del personale sanitario (Sher & Kahn, 2019).

Insight

La definizione di *insight* rimane imprecisa, nonostante il concetto in sé sia di facile comprensione (Belvederi Murri & Amore, 2019). Normalmente, con l'uso di questa parola, si indica l'abilità di comprendere in modo accurato un certo argomento o una certa persona (Belvederi Murri & Amore, 2019). In psichiatria, invece, l'*insight* viene definito come la misura in cui il soggetto è consapevole e comprende il suo stato di malattia (Lia & Serretti, 2014). Ci sono diversi gradi di consapevolezza della patologia, essa può essere totale, parziale o non completa (Lia & Serretti, 2014). Essendo un dato importante, sono state implementate delle scale di valutazione per misurare il grado di *insight* presente (Belvederi Murri & Amore, 2019). Le persone affette da schizofrenia con un basso livello di *insight* risultano avere una qualità di vita maggiormente ridotta, scarse relazioni sociali e minori risultati a livello lavorativo (Belvederi Murri & Amore, 2019).

Negli ultimi anni si è scoperto che l'*insight* non è solo influenzato dalla patologia in sé, ma anche da fattori sociali e culturali, pertanto ad oggi si sa che molteplici fattori giocano un ruolo importante nella sua determinazione (Belvederi Murri & Amore, 2019). Il livello di comprensione della patologia dipende infatti dalla cultura di appartenenza, dalle esperienze di vita della persona, da ciò che si aspetta o ciò di cui è convinto, dalle informazioni che ha a disposizione e da tanti altri elementi (Belvederi Murri & Amore, 2019). I fattori che rischiano di ostacolare l'aumento di *insight* comprendono stigma verso la malattia, spiegazioni non di livello medico e svantaggio sociale (Belvederi Murri & Amore).

Bisogna sapere inoltre che l'*insight* varia nel tempo, tende ad essere peggiore durante l'esordio della malattia, migliore verso i 50 anni, ed in seguito tende di nuovo a diminuire

(Belvederi Murri & Amore, 2019). Può esserci un aumento della consapevolezza di malattia una volta concluso l'episodio psicotico, probabilmente anche grazie al trattamento e agli interventi messi in atto per la gestione della vicenda (Belvederi Murri & Amore, 2019).

2.3 Ruolo infermieristico e interventi

Infermiere in salute mentale e psichiatria

Esistono delle differenze tra l'ambito esclusivamente medico e quello psichiatrico, in particolar modo riguardo all'agire e all'atteggiamento del personale assistenziale; difatti nel campo medico all'infermiere viene insegnata una correlazione tra relazione con qualcosa di concreto, come una ferita, un sintomo somatico e qualsiasi tipo di alterazione funzionale; contrariamente nel ramo psichiatrico si ha maggiormente a che fare con comportamenti o relazioni, più che con dati concreti (Gaston & Gaston, 2005). Oltre tutto, a differenza della medicina, non vi è una ricerca sulla spiegazione di un fenomeno attraverso dati causali, piuttosto vi è la necessità di trovare un collegamento fra svariati dati per conferire un senso alla soggettività dell'esperienza (Gaston & Gaston, 2005).

Pertanto, come infermiere in salute mentale, urge il bisogno di padroneggiare perfettamente la tecnica, anche quella collegata puramente all'ambito medico, in modo tale da garantire una vigilanza su qualsiasi tipo di cambiamento psico-fisico, e di riuscire a concedere il giusto valore alla qualità del rapporto con il malato; basandosi su capacità di identificare, apprendere, controllare i sentimenti che egli suscita, e di collegare la relazione sia con lo stato mentale del soggetto, sia con il contesto in cui ci si trova (Gaston & Gaston, 2005).

Per questi motivi occorre sempre tener conto che la relazione, in particolar modo in trattamenti sanitari obbligatori, non è volontaria: di fatto esiste una asimmetria nel rapporto malato-infermiere ed essa non è facilmente gestibile da parte del paziente; la comunicazione verbale assume un ruolo fondamentale nella relazione poiché in questi particolari ambiti risulta qualitativamente significativa e, infine, il ricovero è spesso di breve durata, pertanto l'infermiere percepisce l'esigenza di disporre di una grande capacità di accoglienza e di rapida elaborazione, perfino in situazioni piuttosto drammatiche (Gaston & Gaston, 2005).

Dunque, secondo Gaston & Gaston (2005), all'infermiere psichiatrico vengono richieste quattro grandi competenze:

- 1) Disponibilità al rapporto umano: la relazione è il principale intervento infermieristico, non è sempre evidente entrare in relazione con persone la quale comunicazione risulta alquanto singolare, bizzarra e/o incomprensibile; pazienti di tipo psicotico necessitano di una grande elaborazione della propria esperienza ed emozioni per riuscire a riconoscere delle problematiche e prendersene cura;
- 2) Competenze tecniche: occorre mantenere le capacità infermieristiche di base e ampliarle con conoscenze e tecniche psicologiche e sociali;
- 3) Capacità di lavorare in équipe: la discussione nel team interprofessionale è fondamentale per chiarire gli aspetti clinici, il trattamento e le migliori strategie d'intervento sull'assistenza e l'organizzazione del proprio reparto;
- 4) Conoscenza e autocontrollo: ogni genere di relazione provoca delle reazioni psicologiche e nel campo di salute mentale è decisivo condividere con i propri colleghi quali siano i nostri *feedback* emotivi, cercando di controllarli per

salvaguardare la relazione con il malato e l'infermiere da eventuali reazioni eccessive.

Strategie infermieristiche di risposta dei bisogni psichiatrici

L'infermiere, per avere la possibilità di sviluppare efficaci strategie di risposta per le esigenze potenziali e/o immediate del paziente, può aiutarsi attraverso il *Nursing Process*, ovvero un sistema di lavoro, nello specifico un processo decisionale, volto all'erogazione di risposte standard e personalizzate per i pazienti e per la cura (Tamagnini, 2015). Di seguito verranno esposte le quattro fasi del *Nursing process*: il processo diagnostico, la pianificazione e/o programmazione, l'attuazione e la valutazione finale (Tamagnini, 2015).

Il processo diagnostico si compone dalla raccolta dati, che può avvenire attraverso l'acquisizione di dati oggettivi o la loro estrapolazione dal tempo passato insieme, e dalla loro interpretazione, con lo scopo di identificare i bisogni del paziente (Tamagnini, 2015). È in questo momento che viene stabilita la relazione con lui e si ha l'opportunità di fondare le basi per un rapporto di reciproca fiducia (Tamagnini, 2015). Non si tratta di una banale conversazione, ma di un colloquio guidato che viene svolto in un'atmosfera psicologicamente idonea: ad esempio in un ambiente tranquillo, riparato da disturbi visivi e sonori, garantendo la privacy ed evitando interruzioni (Tamagnini, 2015). La conversazione dovrà oscillare in modo equilibrato da momenti dove il paziente ha un ruolo attivo, nei quali avrà la possibilità di esprimere le proprie emozioni e pensieri liberamente, ad altri con ruolo passivo, con lo scopo di poter fare domande più precise e dettagliate (Tamagnini, 2015). Oltre al colloquio è di fondamentale importanza l'osservazione, ovvero la registrazione critica di contributi oggettivi e soggettivi visibili e offerti dalla persona; si tratta di un'osservazione perspicace e sistematica, con il fine di determinare aspetti devianti rispetto alla norma, ragion per cui è richiesta implicitamente una precisa conoscenza degli aspetti psicologici, sociologici e fisiologici da indagare (Tamagnini, 2015). Attraverso il colloquio, e in particolare l'osservazione, dovremo identificare le principali problematiche del paziente, perciò è cruciale spaziare dall'aspetto generale, come l'igiene personale, a quello specifico come l'apparato cardiocircolatorio: notando, ad esempio, eventuali difficoltà respiratorie e la presenza di edemi (Tamagnini, 2015). Infine, secondo Tamagnini (2015), bisogna indagare su ulteriori possibili questioni somatiche, valutando anche lo stato mentale, nello specifico:

- Il livello di coscienza, ovvero la risposta del paziente agli stimoli dell'ambiente, le sue capacità motorie e la sua linearità linguistica;
- L'atteggiamento, se si mostra diffidente, ostile o collaborante, valutando se alcuni comportamenti anomali possano essere dovuti alla presenza di allucinazioni;
- Le prestazioni intellettuali, come la capacità di esprimere giudizi o risolvere problemi;
- Il linguaggio: dunque la fluenza verbale, il tono di voce, la velocità di piuttosto che l'astensione.

È frequente ritrovare nei pazienti psichiatrici delle alterazioni dello stato di coscienza dovute a uso di stupefacenti, insufficienza epatica/renale e/o squilibri elettrolitici (Tamagnini, 2015).

In conclusione del colloquio, l'infermiere deve accertarsi sulla presenza di comportamenti etero- e/o auto-lesivi, in quanto con la perdita della realtà si possono facilmente commettere delle azioni lesionistiche (Tamagnini, 2015). È necessario raccogliere tutte

le informazioni, tra cui anche eventuali strategie di *coping* utilizzate dal paziente o i suoi valori culturali e individuali, in una cartella infermieristica (anche condivisa da tutti i membri del team), la quale rappresenta una garanzia di coerenza e continuità nel piano assistenziale, indicando un progetto condiviso (Tamagnini, 2015). Tamagnini (2015) spiega che con il termine strategie di *coping* si intendono le tecniche attuate con lo scopo di reagire e affrontare situazioni nuove e che potrebbero generare dello stress; a questo proposito cita i tre principali stili di *coping* evidenziati da Ender e Parker (1990):

- Operativo (orientato al compito): ha lo scopo di trovare una risoluzione mirata del problema attraverso strategie cognitive e comportamentali;
- Emotivo (orientato alle emozioni): produce delle risposte emotive volte a dare un significato all'evento e non a risolverlo;
- Evitante (orientato alla fuga): genera una tendenza ad allontanare la situazione stressante grazie a diversivi sociali o allo spostando dell'attenzione su compiti distruttivi.

Solitamente, nel paziente schizofrenico, possiamo identificare delle strategie poco efficaci e rigide, come l'evitamento, che va inevitabilmente ad influenzare negativamente l'esito della reazione (ricadute, diminuzione della qualità di vita, esacerbazione dei sintomi) (Tamagnini, 2015).

Alla fine del processo diagnostico, avremo la possibilità di formulare delle diagnosi infermieristiche, ad esempio facendo capo ai modelli funzionali di Gordon nel NANDA, in modo tale da rendere riconoscibili le azioni assistenziali e condivisibili (Tamagnini, 2015). Comunemente, per un paziente schizofrenico, vengono identificate le seguenti diagnosi infermieristiche: rischio di atti violenti contro se stessi e gli altri, *coping* individuale inefficace, isolamento sociale, alterata percezione sensoriale/comunicazione verbale/processi di pensiero, deficit di cura della persona, disturbo del ritmo sonno-veglia (Tamagnini, 2015).

La programmazione è la fase di sviluppo, in continuo aggiornamento, del piano assistenziale, il quale deve tener conto dei bisogni del paziente, delle sue risorse e dei suoi limiti, degli interventi attuabili e degli obiettivi preferibilmente in ordine di priorità (Tamagnini, 2015). Quest'ultimo potrebbe essere stabilito secondo la scala dei bisogni di Maslow, dando perciò maggiore importanza ai bisogni primari, ma non sottovalutando i bisogni di autostima e realizzazione che in ambito psichiatrico hanno notevole significato (Tamagnini, 2015).

L'attuazione concerne la fase operativa nella quale vengono adottati e rivalutati gli interventi: per risultare efficace necessita di una collaborativa interazione tra paziente, famiglia, infermiere e altri membri del team; l'approccio non deve mai essere unicamente standardizzato in quanto abbiamo visto come, in psichiatria, non sia la patologia a rendere comune l'intervento, ma al contrario è il livello di singolarità e influenzabilità dello specifico fattore, come la famiglia (Tamagnini, 2015).

La valutazione finale è l'ultima fase, ma è strettamente connessa alla fase dell'attuazione (Tamagnini, 2015). Difatti, il riesame degli interventi viene svolto preferibilmente con l'aiuto del malato e/o dei suoi *caregivers*, cercando così di evidenziare la percezione che ha il paziente riguardo la sua capacità di raggiungere gli obiettivi stabiliti (Tamagnini, 2015). È compito dell'infermiere, al momento della dimissione, rilasciare una scheda scritta, dunque tracciabile, dei risultati raggiunti con l'assistenza infermieristica (Tamagnini, 2015).

Competenze infermieristiche e gestione dell'aggressività

Nell'ambito psichiatrico, l'infermiere deve essere consapevole che non avrà la possibilità di porsi ad una debita distanza di sicurezza relazionale privilegiando l'aspetto tecnico, con la finalità di evitare un coinvolgimento diretto emotivo con egli; al contrario questo coinvolgimento sarà inevitabile e dovrà essere controllato ed adeguato, cosicché si possa stabilire una relazione efficace e conseguentemente terapeutica (Gaston & Gaston, 2005). È dunque imperativo conoscere e saper utilizzare alcuni strumenti per far fronte alle sollecitazioni emotive che vengono suscitate dalla relazione con il paziente psicotico: ad esempio vi sarà la necessità di rispondere al suo bisogno di affidabilità: spesso molti pazienti non riescono a sviluppare la capacità di fidarsi degli altri, per proteggersi dal mondo percepito come ostile nei loro confronti oppure a causa di precedenti fallimenti di chi li ha curati (Gaston & Gaston, 2005). Perciò viene garantita una efficacia terapeutica esclusivamente fondando alla base una relazione di fiducia, da utilizzare come accessibilità alla cura, alleanza di lavoro e veicolo del trattamento (Gaston & Gaston, 2005).

Solitamente lo psicotico teme lo stato di bisogno, a causa di precedenti e ripetute esperienze frustranti neganti la possibilità di sollievo, perciò è per lui fondamentale saper riconoscere i propri bisogni e affidarsi a chi può aiutarlo, ma ciò implica fidarsi dell'altro e non aver paura del potere che l'altro può assumere o la possibilità di separazione, per questo solitamente tende a preferire relazioni distruttive e a negare la possibilità di ricevere o aver bisogno di cura (Gaston & Gaston, 2005). Perciò l'infermiere, per dare la possibilità al paziente di conoscere diverse risposte da quelle sperimentate in passato, deve essere disponibile a tollerare le paure del malato, ad accettare i suoi bisogni e non imporgli i propri, ad adattarsi alla sua evoluzione, invece di pretendere che sia lui che si adeguerà ai nostri obiettivi e tempi (Gaston & Gaston, 2005).

Per questi motivi ogni trattamento assistenziale deve basarsi sulla valutazione delle risorse e potenzialità individuali del paziente e la sua capacità di far fronte ai bisogni, come prendersi cura di sé, della famiglia e del proprio ambiente, della propria situazione economica o lavorativa, che spesso vengono vissuti come problematiche reali e urgenti da risolvere; in questo modo l'assistenza e l'infermiere agiscono da *lo ausiliario*, a complemento dell'*lo fragile* e incerto del malato (Gaston & Gaston, 2005). A questo proposito, l'infermiere può utilizzare la seguente lista, tratta da Tamagnini (2015), come schema da seguire per la valutazione del *self-care* (capacità auto-gestionale) nel paziente schizofrenico, la quale prende in considerazione tutte le attività di vita quotidiana:

- Alimentazione: il paziente ha la capacità di alimentarsi autonomamente, assume la giusta quantità di cibo ma è aumentato di peso (attenzione effetti neurolettici);
- Eliminazione: il paziente ha ritenzione urinaria, stipsi, incontinenza;
- Igiene personale: il paziente provvede quotidianamente alla sua igiene personale;
- Pressione arteriosa: il paziente è soggetto a ipotensione ortostatica indotta dai farmaci neurolettici;
- Riposo: il paziente è iperattivo e ciò influenza il ritmo sonno-veglia;
- Attività e stimoli: il paziente è poco attivo;
- Sessualità: il paziente è soggetto agli effetti indesiderati della terapia antipsicotica (ginecomastia, irregolarità mestruali);

- Funzione sensoriale e sicurezza personale: il paziente è soggetto ad allucinazioni e deliri, egli avverte voci minacciose e persecutorie;
- Socializzazione: il paziente è ansioso in ogni rapporto sociale;
- Abilità di coping: il paziente è in grado di affrontare le normali problematiche della vita, egli ha margini di recupero per un reintegro sociale e/o familiare.

Inoltre, l'infermiere può offrire una presenza costante al paziente, rassicurando le sue ansie e paure riguardo all'abbandono, fornendogli cure adeguate sia emotive che fisiche, come una madre con il bambino piccolo che necessita di lei per conservare la propria integrità (Gaston & Gaston, 2005).

L'assistenza, quindi, dovrà adattarsi passo dopo passo all'evoluzione del soggetto, variando la propria funzione in base alle necessità: nel caso di un paziente che possiede delle risorse adeguate al fine di evolversi in una situazione relativamente indipendente, si tratterà di assistenza emancipativa, correlata ad una terapia sia psicologica che farmacologica; invece, lo scopo sarà conservativo in quei casi dove è difficile allontanarsi da uno stato di dipendenza, perciò si cercherà di mantenere la persona in uno stato accettabile di funzionamento patologico, sostenendolo a perseguire obiettivi adeguati ai suoi limiti e comprendendolo empaticamente (Gaston & Gaston, 2005).

Bisogna ricordarsi che, entrare in contatto con il mondo emotivo di una persona psicotica, è un'esperienza piuttosto disturbante in quanto il paziente ci fa sperimentare emozioni come panico, confusione, paura, dolore, rabbia per la sua esistenza, impotenza e disperazione (Gaston & Gaston, 2005). Bisognerà perciò comprendere lo psicotico, e differenziare quelle idee deliranti che sono effettivamente invalidanti e quindi che necessitano di essere modificate o del tutto annullate, da quelle che il paziente crea nella sua realtà interna per sopravvivere all'angoscia che il mondo esterno e reale gli provoca (Gaston & Gaston, 2005). Per questo motivo si necessiterà di puntare alla migliore adattabilità possibile nella malattia, tentando di promuovere una guarigione sociale, dunque quella in cui il paziente può vivere normalmente senza manifestare psicosi e senza modificare radicalmente il proprio mondo interno (Gaston & Gaston, 2005).

In qualità di operatore sanitario è giusto ricordare la particolare rilevanza che ha l'aggressività nel paziente psicotico, difatti egli spesso usa la violenza come risposta a stimoli frustranti o come metodo di difesa da chi e cosa percepisce come pericoloso, e per dimostrare di essere ancora vivo (Gaston & Gaston, 2005). Per riuscire a gestire in sicurezza l'emergenza aggressiva e a contenere la violenza del paziente, l'infermiere dovrebbe non provare e dimostrare paura, in modo tale da non alimentarne l'aggressività (Gaston & Gaston, 2005). Piuttosto l'obiettivo è sedarla, riducendo il pericolo di essere aggredito, in quanto egli non percepirà l'incapacità di un'adeguata gestione del suo problema; l'operatore sanitario dovrà prevenire l'insorgenza delle crisi di agitazione psicomotoria: conoscendo il proprio paziente è possibile effettuare degli interventi preventivi, ad esempio allentando la tensione di un bisogno che, restando insoddisfatto, sappiamo scatenerà l'aggressività (Gaston & Gaston, 2005). Infine, potrebbe essere opportuno organizzare uno spazio idoneo per l'accoglienza di pazienti in crisi per neutralizzarne l'aggressività, ricorrendo, se necessario, a mezzi ausiliari di contenimento psicologici, fisici o farmacologici, ricordando assolutamente di evitare qualsiasi risposta reattiva che verrebbe vista come un atteggiamento punitivo alimentandone la crisi, invece di contenere l'aggressività per difendere lo stesso malato e aiutarlo a riprendere il controllo (Gaston & Gaston, 2005).

Esiste un decalogo di punti che l'infermiere può tenere ben presente nella gestione di un paziente delirante con moti aggressivi, in quanto in qualità di infermieri attenti alla frammentazione schizofrenica, sappiamo che questi momenti sono la manifestazione dell'angoscia del paziente di perdersi nel nulla (Tamagnini, 2015). Tamagnini (2015) segnala i seguenti punti:

- 1) Cercare di strutturare una relazione empatica: ricercare il contatto empatico per permettere alla relazione di essere proficua; attraverso ciò si ha la possibilità di capirne i sentimenti ma si necessita di capacità di superare l'angoscia e la paura del delirio;
- 2) Offrire sicurezza: spesso il paziente schizofrenico è diffidente e ha paura del mondo percependolo come estraneo e minaccioso, di conseguenza solo mantenendo un atteggiamento calmo, fermo e deciso potremmo infondere sicurezza;
- 3) Osservare e ascoltare: rispondere al delirio con delle opposizioni non è assolutamente efficace, piuttosto si necessita di ascolto senza mostrarsi sconcertati, in questo modo mostreremo comprensione della sofferenza causata dal delirio; non bisogna confermare le sue idee deliranti e ci si può mostrare maggiormente interessati agli argomenti in qualche modo correlati alla realtà;
- 4) Rispettare: a volte ci si può trovare davanti ad un paziente che esprime le sue idee deliranti in modo ridicolo e divertente, è assolutamente importante non rispondere con sarcasmo e ironia in quanto il delirio è solo la manifestazione della sua disperazione; per questo motivo bisogna ricordare anche ai familiari e agli amici di una persona schizofrenica quanta sofferenza ci sia dietro al delirio e non farsi prendere dal divertimento, piuttosto rispettare questa manifestazione;
- 5) Comprendere l'ambivalenza: la vita di uno schizofrenico è caratterizzata da ambivalenza, ambivalenza di emozioni contrastanti nello stesso momento, ambivalenza nella relazione con l'infermiere passando dalla necessità e da uno stato di dipendenza dall'operatore a momenti di scetticismo; perciò in qualità di infermiere bisognerà essere pronti a momenti di gratificazione e a momenti di frustrazione e impotenza, cercando di non predisporre un senso di inadeguatezza o un coinvolgimento esageratamente emotivo;
- 6) Porsi come intermediario tra il paziente e le figure del contesto in cui vive: un fattore di riduzione delle ricadute del paziente schizofrenico è un ambiente familiare e sociale indulgente nei suoi confronti ed è solitamente un compito fisso dell'infermiere in salute mentale, quello di mediare le attività e le relazioni tra il paziente, la comunità sociale e la famiglia;
- 7) Rappresentare un valido sostegno all'ambiente: spesso il paziente schizofrenico è circondato da un ambiente caratterizzato da una comunicazione distorta che influenza negativamente il decorso; pertanto, è importante che l'infermiere combatta la cristallizzazione (perdita della capacità di evolversi) delle relazioni e dinamiche familiari e l'impoverimento della comunicazione emozionale;
- 8) Assicurare assistenza sanitaria: in generale l'infermiere nella salute mentale non è alle prese con tanti atti tecnici, ma è assolutamente importante l'aspetto della somministrazione dei farmaci e il rilievo degli effetti avversi che possono derivarne, dunque l'infermiere dovrà mettere a punto delle capacità per somministrare la terapia farmacologica anche a pazienti poco collaboranti e che spesso si astengono dall'assunzione;

- 9) Contenere i vissuti allucinatori e deliranti garantendo assistenza nell'acuto: il momento acuto può spesso trasformarsi in crisi pantoclastiche o atti aggressivi che aumentano nell'infermiere l'angoscia, intensificando così il rischio di regressione (mettere in discussione la forza delle parole esaltando quella fisica per contenere l'altro); è importante non arrivare a questo punto perciò bisogna conoscere le fasi che il malato percorre dal delirio alla violenza (spiegate in seguito);
- 10) Assistere e favorire, senza forzare, il recupero di un rapporto con il principio di realtà: nella fase post-acuta non dobbiamo incitare il paziente a ripensare o rimettere in discussione le sue idee deliranti, anzi lo inviteremo a riprendere le attività e le relazioni sociali, in questa fase lo motiveremo a lavorare e assumeremo un ruolo di custode per garantire un ambiente protettivo nel difficile percorso del ristabilimento.

L'aggressività può essere suddivisa in tre momenti: irrequietezza, in questo istante dobbiamo agire per evitare l'aggravamento scoprendo le cause o il fattore scatenante e cercando di rimuoverlo, potremmo ad esempio proporre delle alternative ambientali per modificarne gli stimoli oppure la somministrazione di un ansiolitico; accentuazione, qui il paziente non risponde più in modo adeguato agli interventi e la sintomatologia si aggrava, perciò possiamo intervenire cercando di negoziare con il paziente favorendo una comunicazione assertiva ed evitando domande chiuse (è importante assumere una posizione laterale al paziente, in modo tale da comunicare sensibilità al dialogo e non sfida); infine, aggressione, questa è la fase dove ci si prepara ad intervenire fisicamente e ad acquisire il pieno controllo della situazione in qualità di infermieri, all'interno dell'équipe vengono definiti i ruoli e si fa presente al paziente che non è più lui ad avere il controllo della situazione, eliminiamo qualsiasi oggetto pericoloso dell'ambiente e se necessario si passa alla contenzione fisico-meccanica (Tamagnini, 2015).

Il paziente psicotico non ha solo impulsi aggressivi, ma ha altrettanta difficoltà nel comunicarli, affrontarli e maneggiarli in maniera adeguata, pertanto è opportuno prevenirle così come dargli modo di esprimerle entro dei limiti imposti dalle condizioni e regole dell'ambiente (Gaston & Gaston, 2005). L'operatore deve, comunque, avere la possibilità di svolgere le sue funzioni in maniera sicura e in condizioni tali da salvaguardare la propria incolumità oltre a quella del malato, per mantenere una tolleranza nei suoi confronti e non restarne mai sopraffatti (Gaston & Gaston, 2005).

Per l'aggressività, l'infermiere si può rifare al questionario *OAS - Overt Aggression Scale*, di Yudofsky et al. (1986)¹, il quale si basa sull'osservazione del paziente durante un episodio aggressivo, avendo la possibilità di annotare quali comportamenti si manifestano, gli interventi terapeutici messi in atto e le risposte adottate (Tamagnini, 2015).

La scala si articola in quattro grandi divisioni: aggressività verbale, ovvero le accuse, aventi scopo di provocare danno psicologico, che spesso vengono formulate sotto forma di minacce o mortificazioni; aggressività fisica contro oggetti, viene indagato se vengono distrutti oggetti di proprietà del reparto e/o di altri ospiti; aggressività fisica autodiretta, vengono prese in considerazione le automutilazioni fino agli atteggiamenti anticonservativi; infine, aggressività fisica eterodiretta, perciò delle azioni violente con lo scopo di recare danno fisico, dolore o perfino morte ad altri (Tamagnini, 2015). Questo strumento è molto efficace per quanto riguarda la valutazione e la documentazione dell'aggressività soggettiva, ma non riesce a mostrare bene eventuali fluttuazioni nel

¹ Allegato A.

comportamento e solitamente l'infermiere, durante questo genere di manifestazioni, non ha il tempo e/o la priorità di compilarla (Tamagnini, 2015).

Interventi per facilitare l'aderenza

Per favorire l'aderenza terapeutica in un paziente schizofrenico, è importante partire dal nostro approccio: non dobbiamo decidere in solitudine il trattamento e gli obiettivi posti per la sua guarigione e non dobbiamo imporre le nostre motivazioni e idee, piuttosto bisogna smettere di discutere con lui e ascoltarlo attivamente, in modo tale da fargli percepire che il suo punto di vista è rispettato, comprese le sue convinzioni di non essere malato e le sue idee deliranti (Amador, 2007). Se continuiamo a seguire questi principi ogni volta che comunicheremo con lui, avremo la concreta possibilità di creare un'alleanza, lavorando insieme per trovare le ragioni per le quali dovrebbe accettare e seguire un trattamento (Amador, 2007). Esclusivamente in questa maniera inizieremo a fargli accettare dei trattamenti, secondo il loro punto di vista, non necessariamente collegati alla loro malattia, ad esempio cercando di diminuire il volume delle voci che percepiscono invalidanti, piuttosto che aiutarli a diminuire l'apprensione e lo stress dovuto alla famiglia (Amador, 2007).

Cercare di educare un paziente, con un basso grado di *insight*, sulla malattia che non pensa di avere, potrebbe risultare inefficace; difatti, diversi studi dimostrando che interventi come la partecipazione a gruppi di persone con patologie simili, in questo momento, fanno più del male che del bene, contrariamente a quanto tanti pensano (Amador, 2007).

Un metodo validato scientificamente che aiuta le persone con basso *insight* ad accettare la propria malattia è il TAM (Terapia d'Amplificazione Motivazionale), il quale è stato inizialmente pensato per persone affette da alcolismo o tossicodipendenza (Amador, 2007). Negli anni successivi questa metodica è stata rivalutata e inizialmente insegnata unicamente a dei terapeuti, poi gli autori hanno preso coscienza sul fatto che chiunque possa apprendere queste abilità specifiche e strategie da loro identificate in quanto si tratta principalmente di uno stile di comunicazione piuttosto che un intervento terapeutico specifico e completo (Amador, 2007). Per questo è stato sviluppato il metodo EEAP (dal francese Ascolto, Empatia, Accordo e Partenariato), ovvero una versione adatta sia ai non professionisti, sia agli operatori che lavorano nella salute mentale (Amador, 2007). Lo scopo di questo metodo, utilizzabile dai professionisti e dai familiari, è convincere un malato, di un disturbo psichiatrico severo, di accettare il suo trattamento (Amador, 2007). Il processo, secondo Amador (2007), comprende quattro tappe:

- 1) L'ascolto: saper utilizzare l'ascolto riflessivo;
- 2) L'empatia: manifestare empatia;
- 3) L'accordo: saper negoziare un accordo;
- 4) Il partenariato: pianificare un piano in collaborazione per raggiungere gli obiettivi condivisi.

Il primo obiettivo di questo metodo riguarda gli operatori: riparare eventuali danni fatti alla relazione a causa di un approccio piuttosto medico a rispetto a questo più relazionale; secondariamente far trovare le proprie motivazioni al malato per seguire e accettare il proprio trattamento: per farlo si ha la necessità di cercare il più possibile di rinunciare all'idea di doverlo convincere di essere malato, perlomeno inizialmente (Amador, 2007). Il punto focale di questa metodica è l'ascolto riflessivo, che consiste nell'ascoltare il punto di vista dell'altro e rinviargli ciò che si è compreso, senza alcun commento o giudizio, e

se può sembrare facile a leggerlo, lo sarà meno quando egli ci dirà che sta bene e che non ha bisogno di alcuna terapia o aiuto (Amador, 2007).

L'ascolto è la nostra prima fase (Amador, 2007). Come detto precedentemente, in questo istante dobbiamo riuscire ad ascoltare realmente l'altro su ciò che crede, vuole e ama; in seguito, dovremo ritornare, con nostri vocaboli, ciò che crediamo di aver capito e ciò che abbiamo sentito, senza discutere, mostrare disapprovazione o inserire dei nostri commenti (Amador, 2007). L'obiettivo di questa fase è capire il vissuto di malattia e di trattamento dell'altro, le sue esperienze e cosa si aspetta dal futuro, in modo tale da farlo sentire ascoltato, renderlo più aperto a parlare con noi e nell'avvenire, più aperto a prestare attenzione a quello che abbiamo da dire (Amador, 2007).

La seconda tappa è l'empatia (Amador, 2007). Qui dobbiamo imparare come e quando esprimere la nostra empatia, ovvero mostrarsi comprensivi su tutte le ragioni che lui ha nel non seguire il trattamento, anche quelle che ci sembrano poco appropriate, in modo tale da mandare il messaggio di aver preso seriamente in considerazione le percezioni e i pensieri dell'altro (Amador, 2007).

Nella fase dell'accordo, l'obiettivo è trovare un terreno comune con l'altro per poter identificare delle sue problematiche e offrirgli il nostro aiuto; questo non deve essere fatto secondo il nostro punto di vista ma secondo quello del malato: ad esempio, non bisognerà dirgli che deve prendere le pastiglie per non finire di nuovo in ospedale, piuttosto chiedergli cosa fosse successo quando ha interrotto il trattamento, e se lui ci risponderà che si è sentito pieno di energie ma ha fatto fatica a dormire, allora il nostro terreno comune sarà il sonno e gli proporremo degli interventi su quello, senza aver bisogno che lui sia consapevole della propria diagnosi psichiatrica (Amador, 2007). Attraverso le fasi precedenti, scopriremo le motivazioni che l'altro può avere per accettare un tipo di trattamento a corto e/o a lungo termine e, in questo momento, potremo proporgli eventuali trattamenti (Amador, 2007).

Infine, il partenariato, ha l'obiettivo di identificare degli obiettivi condivisi (Amador, 2007). Una volta che l'operatore ha dei punti dove si può trovare un accordo, ad esempio trovare un lavoro, non essere ri-ospedalizzato e/o avere un appartamento, bisognerà lavorare insieme sulla decisione dell'obiettivo comune, senza la necessità di etichettare l'intervento come "conoscere la malattia", piuttosto "non ritornare in ospedale" (Amador, 2007).

2.4 Stato dell'arte e argomentazione della domanda di ricerca

Attraverso la stesura del nostro quadro teorico siamo riuscite a identificare alcuni possibili fattori che influenzano l'aderenza in un paziente affetto da schizofrenia, la terapia farmacologica e psico-educativa che può migliorare la prognosi di questo tipo di paziente e quali sono le conseguenze sullo stesso soggetto e sulla società derivate dalla mancata aderenza. Inoltre, ci è stato possibile delineare il ruolo infermieristico specifico nell'ambito psichiatrico, che dunque permette di applicare degli interventi volti a migliorare la relazione d'assistenza promuovendo una migliore qualità di vita.

Attraverso la prossima ricerca nella letteratura, oltre che rispondere alla nostra domanda di ricerca, vorremmo confermare o smentire i dati da noi già identificati, indagando su nuovi possibili interventi infermieristici applicabili e rispondendo ad alcune domande che ci sono sorte durante la stesura del quadro teorico:

- Quali ulteriori interventi psicoeducativi possono risultare efficaci?
- Quali interventi assistenziali sono applicabili con questa tipologia di pazienti?

- Quanto è importante il ruolo infermieristico e in che modo influenza l'aderenza terapeutica?
- Quali possono essere le motivazioni e i vissuti soggettivi che portano la persona a non assumere la terapia?

3. Metodologia

3.1 Disegno di ricerca

Per riuscire a rispondere alla nostra domanda di ricerca abbiamo scelto come metodologia la revisione della letteratura. Essa consiste nell'integrazione delle evidenze scientifiche attuali con lo scopo di creare una sintesi critica che offra delle conoscenze applicabili alla pratica professionale e che permetta di acquisire una consapevolezza sulle informazioni presenti e su quelle mancanti. Questa metodologia garantisce un continuo aggiornamento dei dati e un confronto di un numero maggiore di informazioni che, secondo noi, favorisce l'esecuzione di una ricerca più completa.

Inoltre, non avendo svolto uno stage in psichiatria al momento della stesura del progetto di tesi, la nostra possibilità di trovare dei pazienti adatti a una ricerca qualitativa o quantitativa risultava limitata.

3.2 Svolgimento della ricerca

Inizialmente, la nostra ricerca è nata dal bisogno di soddisfare un interesse personale e professionale, senza essere a conoscenza di averlo in comune. Difatti, dopo aver consegnato il proprio progetto al desiderato direttore di tesi, egli stesso ci ha comunicato che entrambe avevamo avuto la stessa idea e ci ha proposto di svolgere questo lavoro in coppia e, dopo un breve confronto, abbiamo accettato. L'obiettivo comune che abbiamo riscontrato è stato indagare l'influenza del ruolo infermieristico nel disturbo schizofrenico e in seguito, elaborando il modello PIO, abbiamo formulato la nostra domanda di ricerca. Abbiamo deciso di attingere a diverse fonti in modo da ottenere il maggior numero e varietà di informazioni possibili, ci siamo quindi recate presso il Centro di Documentazione e ricerca dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale di Mendrisio e la biblioteca universitaria per trovare dei testi pertinenti. Inoltre, abbiamo consultato alcune banche dati come PubMed, Cochrane Library e Cinhal, trovando i maggiori risultati nella prima citata. Per ottimizzare la ricerca *online* abbiamo definito le seguenti parole chiave collegandole con gli adeguati operatori booleani "AND" e "OR":

- Schizophrenia;
- Disorder, Schizophrenic;
- Treatment Adherence and Compliance;
- Treatment Adherence;
- Compliance;
- Medication Adherence;
- Nonadherence;
- Nursing;
- Nursing interventions;
- Nursing knowledge.

Durante la ricerca abbiamo utilizzato la funzione "*similar articles*" tutte le volte che un articolo risultava interessante e pertinente, in questo modo siamo riuscite ad ampliare ed affinare ulteriormente il campo di ricerca.

Attraverso le iniziali ricerche con le parole chiave da noi designate abbiamo individuato circa 60 articoli. Da qui, per individuare il grado di pertinenza, abbiamo dapprima applicato i nostri criteri di inclusione ed esclusione, che abbiamo elencato nella tabella 4, e secondariamente letto le informazioni contenute nell'abstract. Grazie a questa selezione, abbiamo ottenuto una quarantina di fonti possibilmente utilizzabili da revisionare, in seguito le abbiamo lette ed analizzate, e ci siamo confrontate con il direttore di tesi, ponendo infine in evidenza 10 articoli che sono quelli discussi nel presente lavoro.

Tabella 4	
<p>Criteri di inclusione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulti con età superiore ai 18 anni - Persone affette da Disturbo Schizofrenico - Articoli dal 2006 in poi - Articoli in lingua inglese, francese o italiana - Articoli provenienti da diverse parti del mondo - Studi comprendenti popolazione infermieristica e medica attiva nell'ambito psichiatrico 	<p>Criteri di esclusione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persone minorenni - Articoli con popolazione non affetta da patologie psichiatriche - Articoli precedenti gli anni 2000 - Articoli non in lingua inglese, francese o italiana

4. Risultati

4.1 Articolo 1

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia (2014).	Kimberly M. Shuler.	Revisione sistematica della letteratura in assenza di studi clinici.	Gli articoli inclusi nella revisione sono 47, pubblicati dal 1° gennaio 2003 fino al 15 luglio del 2013. Vengono inclusi articoli che fanno riferimento all'aderenza di persone affette da schizofrenia in un contesto sociale e generale. Sono stati esclusi tutti gli studi di casi e le revisioni non sistematiche.	Questa revisione analizza la problematica relativa alla non aderenza della terapia farmacologica in pazienti schizofrenici e ai fattori che la influenzano; identifica dei possibili approcci di trattamento e gli elementi multidisciplinari per ottimizzarla.	Il problema relativo alla non aderenza risulta essere importante. Non sono state identificate evidenze rispetto all'influenza sull'aderenza che possono esercitare le terapie antipsicotiche di prima e seconda generazione o le formulazioni orali o sottocutanee. I fattori specifici del paziente che influenzano l'aderenza includono <i>l'insight</i> di malattia, i problemi cognitivi, lo stigma associato all'assunzione di farmaci, l'abuso di sostanze, l'accesso all'assistenza sanitaria, la povertà/occupazione, lo stato di assicurazione. L'aderenza può essere influenzata negativamente da una mancanza di sostegno sociale e familiare. Le evidenze supportano l'idea che un approccio orientato al team nella gestione dei pazienti con schizofrenia ne migliora l'aderenza, ne riduce i tassi di ricaduta, di ricoveri ospedalieri e dei costi associati.

Questo articolo è una revisione sistematica della letteratura che si pone come obiettivo l'analisi della non aderenza farmacologica nei pazienti schizofrenici, dei fattori che la influenzano e dei possibili approcci, trattamenti e/o elementi multidisciplinari (Shuler, 2014). Rispetto alla terapia, in particolare, viene esaminato l'approccio di un trattamento assertivo di comunità, l'ACT, caratterizzato da un elemento cruciale per l'aderenza, ovvero la gestione dei farmaci (Shuler, 2014). Esso consiste in un approccio integrato e intensivo basato sulla comunità, volto a chi ha difficoltà a seguire un percorso ambulatoriale, nel quale viene adottato un approccio multidisciplinare e fornito aiuto nella gestione dei medicinali e nella soddisfazione dei propri bisogni, assistenza abitativa e supporto nella gestione del denaro (Shuler, 2014). Stando ad uno studio preso in considerazione dall'autore Shuler (2014), più di due terzi dei pazienti mostrando un basso livello di aderenza ai farmaci in terapia e le motivazioni date nel sondaggio sono state la mancanza di comprensione del bisogno dei farmaci, la mancanza di *insight*, l'imbarazzo e condizioni di vita inadatte per favorire l'aderenza. Secondo uno studio condotto da infermieri, le due principali barriere all'aderenza erano lo stigma associato all'assunzione della terapia farmacologica e le sue reazioni avverse (Shuler, 2014). Considerando la letteratura, ci sono molteplici variabili che possono influenzare la non aderenza nei pazienti schizofrenici, ad esempio la classe di farmaci prescritta, la formulazione (orale o sottocutanea), la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria, la carenza di un adeguato sostegno sociale e l'abuso di sostanze in concomitanza (Shuler, 2014). Le evidenze dimostrano che la non aderenza ai farmaci prescritti, nei pazienti schizofrenici, porta a esacerbazione dei sintomi, aumento dei ricoveri e conseguente aumento dei costi sanitari (Shuler, 2014). Data dunque la prevalenza e l'impatto della non aderenza ai farmaci, è importante che gli operatori sanitari siano consapevoli delle barriere del paziente e abbiano familiarità con approcci multidisciplinari del team di trattamento per il loro superamento (Shuler, 2014).

Questa revisione non ha svolto delle meta-analisi dei dati primari, ma ha fornito dei riassunti descrittivi degli articoli identificati, sono stati esclusi gli studi sui casi e le revisioni non sistematiche (Shuler, 2014).

Il primo obiettivo di questa revisione sistematica è stato quello di valutare effettivamente il peso della non aderenza alla farmacoterapia in questo genere di pazienti e di individuare, in relazione agli operatori sanitari, i vari fattori che possono influenzarla col fine di essere consapevoli di come e quando i membri dell'équipe possono aiutare a favorire l'aderenza (Shuler, 2014). In effetti, secondo vari studi presi in considerazione, solitamente più del 50% dei pazienti schizofrenici non segue tutte le prescrizioni farmacologiche con una conseguente ricaduta e ri-ospedalizzazione (Shuler, 2014). In vari articoli americani emerge l'importanza dei costi sanitari associati alle ricadute dei pazienti schizofrenici, evidenziando una netta differenza tra pazienti aderenti e non (Shuler, 2014). Questa revisione ha altresì riconosciuto quattro tipi principali di fattori che influenzano la non aderenza: la classe del farmaco antipsicotico, la formulazione di esso, fattori specifici del paziente e il sistema di supporto familiare e sociale (Shuler, 2014). Alcune evidenze consigliano l'utilizzo degli antipsicotici atipici, rispetto a quelli tipici, che sembrerebbero aumentare fino a quattro volte in più il tasso di aderenza con la rispettiva durata, mentre in altri studi questa raccomandazione non può essere confermata (Shuler, 2014). Le reazioni avverse della terapia sono uno dei principali fattori riscontrati in diverse ricerche come variabili importanti dell'aderenza, ma ci sono pochi dati a riguardo per poter affermare che gli antipsicotici atipici offrano una migliore tollerabilità (Shuler, 2014). Sebbene solitamente i pazienti preferiscano i farmaci orali a quelli iniettabili, sono stati identificati alcuni vantaggi nella terapia sottocutanea: la richiesta di una sola o due

somministrazioni al mese, tempo più lungo di sospensione della terapia e il doppio delle probabilità di continuità del trattamento (Shuler, 2014). In uno studio, il cambio di formulazione della terapia, da orale a iniettabile, ha diminuito la percentuale di ricoveri psichiatrici, diminuendone di conseguenza i costi diretti (Shuler, 2014). Nella maggior parte degli studi presi in esame, la terapia iniettabile offre un vantaggio numerico ma non significativo nella riduzione del rischio di non aderenza e soprattutto non influenza positivamente i pazienti schizofrenici ambulatoriali (Shuler, 2014). Per questi motivi, al momento della scelta della terapia, il medico dovrebbe prendere in considerazione principalmente la preferenza del paziente riguardo, ad esempio, alla frequenza di dosaggio e rimanere flessibili dopo l'impostazione, lasciando sempre aperta l'opzione di variarla (Shuler, 2014). Esistono poi vari fattori specifici dell'individuo che influenzano la non aderenza, qui di seguito possiamo leggerne i principali identificati: lo stigma relativo all'assunzione dei farmaci, le reazioni avverse, la dimenticanza dell'assunzione, la mancanza di supporto sociale, la mancanza di comprensione del bisogno, la negazione della malattia, l'imbarazzo di dover assumere giornalmente una terapia, problemi cognitivi, eccessivo costo finanziario (Shuler, 2014).

Il secondo obiettivo è stato quello di valutare i risultati di studi in cui sono stati implementati i team ACT e conseguentemente identificare gli approcci efficaci di gruppo (Shuler, 2014). È stato dimostrato che un'alleanza di lavoro tra medici e pazienti è un forte fattore positivo per l'aderenza ai farmaci, difatti, in diversi studi presi in considerazione, i pazienti iscritti ad un programma ACT avevano delle probabilità di buona aderenza più che raddoppiate, un maggiore controllo dei sintomi positivi e negativi, una minore incidenza di abuso di sostanze e maggiori probabilità di riuscire a vivere in modo indipendente (Shuler, 2014).

Per concludere, l'aderenza farmacologica è fondamentale nei pazienti schizofrenici per favorirne il funzionamento ottimale e per la sua salute generale; superare la non aderenza in questo tipo di persone è un problema complesso che richiede la considerazione e l'attenzione nei confronti di molteplici fattori (Shuler, 2014). Tuttavia, l'autore ha riscontrato una scarsità di informazioni nella letteratura, in particolar modo su come gli operatori sanitari possano influenzare il tasso di aderenza (Shuler, 2014).

4.2 Articolo 2

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
The Effect of Psychoeducation based on Motivational Interview Techniques (MIT) on medication adherence, hope, and psychological well-being in schizophrenia patients (2022).	Pinar Harmanci, Funda Kavak Budak.	Trial con un gruppo di controllo pre-test e post-test. Il campione è di 150 pazienti schizofrenici, di cui 75 nel gruppo sperimentale e 75 nel gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto ad un programma di psico-educazione di sei sessioni basato sulle MIT.	Lo studio è composto da pazienti schizofrenici della <i>Community Mental Health Centers</i> (CMHC). I criteri di inclusione sono l'assenza di problemi di comunicazione e la frequenza regolare (2 volte alla settimana) al CMHC. I criteri di esclusione comprendono non essere in fase acuta di malattia (sintomi positivi non attivi) e assenza di diagnosi di demenza e/o altri disturbi mentali organici.	Questo studio cerca di integrare le MIT in gruppi psicoeducativi con lo scopo di interagire e migliorare tre concetti importanti (aderenza ai farmaci, speranza e benessere psicologico) in più pazienti schizofrenici possibile. Un ulteriore scopo è quello di valutare se è possibile, in un breve periodo di psico-educazione (6/8 settimane), di influenzare positivamente i tre concetti sopra-citati, in quanto in letteratura si trovano dei risultati positivi ma solo a medio-lungo termine. Sono state formulate tre ipotesi: <ul style="list-style-type: none"> - H1: la psico-educazione basata su MIT aumenta l'aderenza ai farmaci - H2: la psico-educazione basata su MIT aumenta la speranza - H3: la psico-educazione basata su MIT aumenta il benessere psicologico Scale e strumenti: <ul style="list-style-type: none"> - Formulario descrittivo delle caratteristiche sociodemografiche (8 domande) - <i>Hearth Hope Index</i> - <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS) - <i>Psychological Well-Being Scale</i>. 	Nello studio, la psico-educazione basata sulle MIT ha mostrato una differenza statisticamente significativa nei livelli dei tre concetti presi in considerazione, tra cui l'aderenza ai farmaci, risultando dunque efficace.

Questo studio si identifica come un trial con gruppo di controllo sia pre- che post- test (Harmanci & Budak, 2022). L'obiettivo dello studio è determinare l'effetto della psico-educazione basata su tecniche di intervista motivazionale in pazienti schizofrenici sull'aderenza ai farmaci, la speranza e i livelli di benessere psicologico, in quanto il numero di studi basato su questo è limitato (Harmanci & Budak, 2022). Tutti i partecipanti rientrano nei seguenti criteri di inclusione: assenza di problemi di comunicazione e i partecipanti frequentano regolarmente (almeno 2 volte a settimana) la comunità (Harmanci & Budak, 2022). Sono stati esclusi i pazienti schizofrenici in fase acuta con sintomatologia positiva, chi aveva una comorbidità con demenze e/o altri disturbi mentali (Harmanci & Budak, 2022). A partire da 150 partecipanti, sono stati creati due gruppi, uno di controllo e uno sperimentale, senza particolari differenze, né a livello socio-demografico tra i partecipanti, né in termini di punteggio di aderenza, speranza e benessere iniziale (Harmanci & Budak, 2022). Lo studio ha creato uno specifico modulo descrittivo con l'obiettivo di raccogliere i dati e sono state utilizzate quattro scale specifiche per ogni elemento che viene indagato (Harmanci & Budak, 2022). Il formulario delle caratteristiche descrittive era composto da un totale di otto domande preparate dal ricercatore e utilizzate per raccogliere informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche dei pazienti (come età, stato civile, sesso, durata della malattia, occupazione, livello di istruzione, reddito, storia di malattia mentale nella famiglia) (Harmanci & Budak, 2022). I partecipanti sono stati informati riguardo al programma di psico-educazione basato su tecniche di intervista motivazionale, ma gli interventi sono stati applicati unicamente al gruppo sperimentale, interventi come chiamare il partecipante una settimana prima per ricordargli l'ora e il giorno della psico-educazione o la divisione d'essi in ulteriori sotto-gruppi di 10/11 persone (Harmanci & Budak, 2022). Nel mentre, tutti i pazienti schizofrenici di ogni gruppo hanno continuato con i loro trattamenti farmacologici, visite mediche e pratiche di routine della loro comunità d'appartenenza (Harmanci & Budak, 2022). In questo studio è stata data importanza agli interventi cognitivi nelle interviste motivazionali con lo scopo di far ricordare in automatico ai partecipanti di porsi delle domande sul perché voler star bene, qual è il proprio scopo o quali sono i propri desideri, in modo tale da creare un controllo continuo sulle proprie incertezze (Harmanci & Budak, 2022). Le tecniche di intervista motivazionale sono state utilizzate in quanto prendono in considerazione l'origine cognitiva di questa tecnica, la sua capacità di includere implementazioni efficaci e brevi, la possibilità di raggiungere un numero maggiore di individui affetti da schizofrenia, l'importanza della soluzione delle incertezze per la psicologia positiva che reputa importante la speranza e il benessere e che effettivamente i pazienti schizofrenici notano problemi legati a questi concetti (Harmanci & Budak, 2022). L'ascolto riflessivo e i metodi di riepilogo caratterizzano l'intervista favorendo la comunicazione aperta, evitando i discorsi persuasivi e utilizzando le stesse frasi dell'individuo (Harmanci & Budak, 2022). L'esperimento è stato diviso in sei sessioni (Harmanci & Budak, 2022). Nella prima sessione il ricercatore ha cercato di entrare in empatia con i pazienti, ha applicato un ascolto attivo per mantenere e approvare la comunicazione; sono state poste delle domande aperte sulle proprie percezioni, condizioni e conoscenze sulla malattia, sul futuro e sulle speranze permettendo ai pazienti di rivelare i propri sentimenti e pensieri senza giudizio (Harmanci & Budak, 2022). Nella seconda sessione è stato posto l'obiettivo di rivedere le proprie percezioni dello stigma e degli effetti collaterali rispetto alle aspettative e piani futuri, ai trattamenti e relativi benefici, ai cambiamenti di benessere e alle risorse o limiti per le attività della vita quotidiana, tutto tramite delle domande aperte e non giudicanti (Harmanci & Budak, 2022). In questo modo il ricercatore è riuscito a identificare, nel linguaggio del corpo, nei discorsi, nei gesti ed espressioni, i miti riguardanti la malattia e

le incertezze che caratterizzano gli individui; sono emersi sentimenti ambivalenti riuscendo a raggiungere uno degli obiettivi principali dell'intervista motivazionale (Harmanci & Budak, 2022). Nella terza sessione il ricercatore doveva ricevere da parte dei pazienti delle iniziative sulla percezione dell'essere sani ed il benessere, sugli effetti negativi delle loro aspettative future, sugli effetti collaterali e benefici dei farmaci, sul riconoscimento dei limiti delle barriere e delle abilità nella vita quotidiana; utilizzando domande aperte, ascolto attivo e riflessivo per riconoscere gli atteggiamenti in queste aree (Harmanci & Budak, 2022). Il ricercatore ha affermato o accettato le argomentazioni solo per mostrare di aver compreso, ma senza una valutazione del contenuto, inoltre sono stati assegnati ai partecipanti dei compiti da fare a casa per valutare gli argomenti presi in discussione (Harmanci & Budak, 2022). Nella quarta fase il ricercatore ha utilizzato ciò che ha raccolto nelle fasi precedenti per avviare il cambiamento, sono stati assegnati ulteriori compiti e sono stati confrontati con i precedenti e ridiscussi, attraverso l'ascolto proiettivo si è cercato di consapevolizzare i pazienti di come alcune problematiche effettivamente influenzassero i loro desideri, ad esempio per alcuni pazienti l'effetto avverso del trattamento era una forte limitazione per lavorare (Harmanci & Budak, 2022). Nella quinta fase il ricercatore ha discusso con i partecipanti sulle loro decisioni riguardanti i piani futuri o le strategie identificate per migliorare il proprio benessere e ha riassunto inoltre le esperienze di successo riportandole ad ogni individuo (Harmanci & Budak, 2022). Il ricercatore, inoltre, ha educato i partecipanti sui trattamenti psicosociali e gli effetti di questi sulla speranza, il benessere e l'aderenza (Harmanci & Budak, 2022). Nell'ultima sessione l'obiettivo voleva il mantenimento della conformità dei pazienti con il trattamento e i piani futuri, sono state intensificate le interviste individuali e spiegati i concetti di obiettivi futuri, l'importanza di porsi obiettivi realistici e di mettersi su un livello tale da garantire la soddisfazione delle nostre speranze o obiettivi (Harmanci & Budak, 2022). A fine studio, il ricercatore ha sottoposto il formulario ai pazienti rispondendo insieme (Harmanci & Budak, 2022). Per questa ricerca i limiti rilevati sono la messa dei pazienti privi di *insight* nei criteri di esclusione e che molti partecipanti non hanno partecipato regolarmente alla comunità, d'altro canto la maggior parte d'essi aveva una diagnosi di schizofrenia da più di 6 anni e ciò ha permesso di valutare meglio l'intervento applicato (Harmanci & Budak, 2022). A fine studio i punteggi medi di aderenza ai farmaci, speranza e benessere psicologico erano notevolmente più alti nel gruppo sperimentale, ma non significativa rispetto al punteggio pre-test (Harmanci & Budak, 2022). Infine, lo studio ha confermato la letteratura rispetto ai bassi livelli di benessere, speranza e aderenza nei pazienti schizofrenici e che l'intervista motivazionale ha aumentato i livelli di aderenza ai farmaci dei pazienti (Harmanci & Budak, 2022).

4.3 Articolo 3

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial (2020).	Kim Julia, Ozzoude Miracle, Nakajima Shinichiro, Shah Parita, Caravaggio Fernando, Iwata Yusuke, De Luca Vincenzo, Graff-Guerrero Ariel, Gerretsen Philip.	Questo studio si basa su una analisi dei dati dello studio CATIE (<i>Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness</i>) condotto dal NIMH (<i>National Institute of Mental Health</i>), ovvero uno studio controllato randomizzato che valuta l'efficacia dei farmaci antipsicotici. I dati sono stati raccolti tra gennaio 2001 e dicembre 2004.	I pazienti coinvolti nello studio CATIE erano 1'500 persone con diagnosi di schizofrenia, di età tra 18-65 anni, assumono tutti una terapia orale e hanno adeguate capacità decisionali. Sono stati esclusi pazienti al loro primo episodio di schizofrenia e pazienti affetti da altri disturbi mentali come disturbi affettivi, demenza o delirium.	Questo studio vuole analizzare le relazioni tra <i>insight</i> compromesso e: 1) tassi di non aderenza ai farmaci antipsicotici; 2) tempo di non aderenza ai farmaci. L' <i>insight</i> è stato valutato attraverso lo strumento G12 della PANSS (<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>).	La compromissione dell' <i>insight</i> , da moderata a grave, è stata associata a una non aderenza più precoce rispetto ai gruppi con compromissione minima o assente. Gli interventi per migliorare l' <i>insight</i> all'inizio del trattamento possono contribuire a migliorare l'aderenza ai farmaci e, conseguentemente, i risultati clinici e funzionali a lungo termine nei pazienti.

Questo articolo ha utilizzato i dati dello studio CATIE con l'obiettivo di esaminarli cercando un'associazione diretta tra la compromissione dell'*insight* e la non aderenza ai farmaci nei pazienti schizofrenici (Kim et al., 2020). Lo studio CATIE è un grande studio controllato randomizzato condotto dal NIMH per valutare l'efficacia dei farmaci antipsicotici ed è stato svolto in diversi stati degli Stati Uniti (Kim et al., 2020). I partecipanti totali erano 1447, i vari gruppi erano omogenei in fatto di caratteristiche sociodemografiche, cliniche e di *insight*, l'aderenza terapeutica è stata valutata a 6, 12 e 18 mesi dopo l'inizio dello studio (Kim et al., 2020). Al primo controllo dal 17 al 25% dei pazienti erano non aderenti al farmaco antipsicotico prescritto, rispettivamente dal 19 al 29% non lo erano al secondo controllo; a 18 mesi le percentuali di non aderenza sono aumentate fino al 31/43% nei vari gruppi (Kim et al., 2020). È stato notato come il tempo di inosservanza dei farmaci era più breve nei pazienti con *insight* compromesso da moderato a grave, rispetto agli altri (Kim et al., 2020). Non sono state trovate particolari associazioni tra i tipi di farmaco antipsicotico e il tempo di non aderenza nel campione, invece è stata identificata un'associazione significativa tra *insight* compromesso e non aderenza ai farmaci (Kim et al., 2020). Si è notato come i pazienti con compromissione nulla o minima interrompevano precocemente il trattamento se accusavano effetti collaterali per loro inaccettabili, mentre i pazienti con compromissione minima o moderata-grave, tendenzialmente, hanno interrotto prima degli altri il trattamento di propria iniziativa (Kim et al., 2020). In conclusione, la compromissione della comprensione della malattia è uno dei fattori chiavi della non aderenza ai farmaci, ma non è stata rivelata come associazione per l'interruzione della terapia in quanto essa può derivare da una moltitudine di motivi (Kim et al., 2020). È stato inoltre evidenziato che i pazienti con *insight* compromesso hanno una maggiore gravità dei sintomi depressivi e hanno maggiori probabilità di essere non aderenti, ma non è stata stabilita nessuna relazione causale (Kim et al., 2020). Lo studio evidenzia alcuni limiti, ad esempio i pazienti assumevano tutti una terapia diversa che implica diversi effetti sull'*insight* e sull'aderenza. Inoltre, l'aderenza è stata determinata in base al conteggio delle pillole che, come metodo, può non essere del tutto sicuro (Kim et al., 2020). Viene consigliato di attuare delle strategie di intervento all'inizio del trattamento, come l'intervista motivazionale e la psico-educazione, per migliorare l'aderenza, gli esiti clinici e gli esiti funzionali a lungo termine per i pazienti (Kim et al., 2020).

4.4 Articolo 4

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy (2006).	Prakash S. Masand e Meera Narasimhan	Revisione della letteratura	Gli articoli inclusi in questa ricerca prendono in considerazione i termini di schizofrenia e di aderenza o <i>compliance</i> e sono stati cercati nella banca dati MEDLINE.	Questo studio ha lo scopo di rivedere le conseguenze della non aderenza alla farmacoterapia nei pazienti con schizofrenia, così come i fattori di rischio associati e i metodi per migliorare l'aderenza.	<p>La non aderenza è una causa comune per le ricadute e le ri-ospedalizzazioni dei pazienti con schizofrenia, perciò influisce sull'alto costo del trattamento, sugli eventi avversi e sulla mancanza di <i>insight</i>.</p> <p>Sono stati evidenziati alcuni fattori di rischio per la non aderenza, come l'abuso di sostanze in comorbidità, lo scarso coinvolgimento della famiglia e la scarsa relazione medico-paziente. I pazienti con un atteggiamento negativo verso il trattamento hanno maggiori probabilità di non essere aderenti.</p> <p>Sono state identificate alcune strategie per migliorare l'aderenza come l'ottimizzazione della terapia antipsicotica, la minimizzazione degli eventi avversi, l'incoraggiamento della partecipazione del paziente alla psico-educazione, il trattamento dei disturbi da abuso di sostanze in comorbidità, il coinvolgimento dei membri della famiglia nel processo di trattamento e la creazione di una stretta relazione terapeutica tra équipe e paziente.</p>

Questo studio, una revisione della letteratura, ha lo scopo di rivalutare nella letteratura le conseguenze della non aderenza alla terapia antipsicotica in pazienti schizofrenici, i fattori di rischio che la influenzano e i metodi per incrementarla (Masand & Narasimhan, 2006). L'articolo ha evidenziato che i metodi utilizzati per valutare l'aderenza sono l'autodichiarazione dei pazienti, il conteggio delle pillole, l'uso di tappi monitorati elettronicamente e la misurazione delle concentrazioni di farmaci nel sangue, urine o saliva; ma nessuno di questi metodi fornisce un'indicazione affidabile e completa (Masand & Narasimhan, 2006). La non aderenza, o anche una parziale aderenza, può portare ad un peggioramento dei sintomi e dell'adattamento sociale, ad un aumento del rischio di ricaduta e di ri-ospedalizzazione (Masand & Narasimhan, 2006). Questo fenomeno viene riscontrato in circa il 40-60% nei pazienti schizofrenici in comunità, si è notato che circa il 40% dei pazienti dimessi da una comunità interrompe il trattamento dopo 1 anno e il 75% entro 2 anni (Masand & Narasimhan, 2006). È importante per gli operatori sanitari sapere quali sono i fattori di rischio di non aderenza, in modo tale da concentrarsi su quelli che hanno meno probabilità di seguire la terapia prescritta (Masand & Narasimhan, 2006). L'articolo individua tre grandi categorie di fattori di rischio: elementi legati al paziente e alla malattia, al medico e/o al farmaco (Masand & Narasimhan, 2006). I fattori di rischio collegati al paziente o alla malattia comprendono i fattori di rischio non modificabili, come l'età attuale e di insorgenza della malattia, la sua durata, le precedenti esperienze di non aderenza, e quelli modificabili come l'abuso di sostanze in concomitanza, la mancanza di coinvolgimento della famiglia, una bassa soglia di *insight*, un'attitudine negativa al trattamento, le dimenticanze e lo stigma nel prendere dei medicinali; i fattori associati al medico comprendono un'inadeguata attenzione agli effetti avversi dei farmaci, un'inadeguata presa in cura e di *follow-up*, una relazione o un'alleanza terapeutica con il paziente povera sia durante che al di fuori l'ospedalizzazione; infine, riguardo al trattamento delle possibili problematiche potrebbero essere relative alla gestione della terapia (dosi, complessità e frequenza), il tempo e la qualità dell'efficacia e la tollerabilità al trattamento e agli effetti avversi (Masand & Narasimhan, 2006). A partire dal 1995 la prescrizione di antipsicotici atipici è raddoppiata in quanto si è notata una maggiore tollerabilità da parte dei pazienti: alcuni farmaci incidono di più sull'aumento del peso, gli antipsicotici atipici sembrano far insorgere meno sintomi extrapiramidali rispetto a quelli convenzionali e, infine, è stato notato che i farmaci ad altro contenuto di prolattina incidono maggiormente sulle disfunzioni sessuali, compresa la perdita della libido e la disfunzione erettile ed eiaculatoria (Masand & Narasimhan, 2006). Per migliorare l'aderenza, come primo passo, bisogna scegliere con il paziente l'antipsicotico più efficace e da lui più tollerato, privilegiando i farmaci che hanno un impatto meno negativo sull'EPS, l'aumento di peso e la disfunzione sessuale, ovvero gli effetti avversi vissuti dai pazienti come i peggiori; secondariamente bisogna incorporare alla terapia delle strategie psicosociali, come programmi psicoeducativi basati su interviste motivazionali, *problem solving*, servizi di supporto, formazione assertiva della comunità ed educazione familiare (Masand & Narasimhan, 2006). Da una ricerca sulla letteratura, si è notato che i programmi psicoeducativi non sono efficaci se non accompagnati da componenti comportamentali e servizi di supporto, perciò si identifica più efficace l'istruzione nel *problem solving*, le tecniche motivazionali, gli interventi individualizzati volti a risolvere problemi specifici all'aderenza per ogni individuo e i programmi rivolti a prevenire e trattare i disturbi da abuso di sostanze (Masand & Narasimhan, 2006). Infine, ma non per importanza, è fondamentale creare una relazione di fiducia e continua tra medico e paziente in modo tale da sviluppare trattamenti individualizzati e coinvolgere attivamente la famiglia (Masand & Narasimhan, 2006).

4.5 Articolo 5

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Medication adherence in patients with schizophrenia (2016).	Stephanie V Phan.	Revisione della letteratura.	Sono stati inclusi articoli che riguardano unicamente pazienti con diagnosi di schizofrenia e i fattori che influenzano l'aderenza alla terapia farmacologica.	Lo scopo di questo articolo è discutere sulle possibili strategie per migliorare l'aderenza alla farmacoterapia in pazienti con schizofrenia.	Non sembra esserci un'unica strategia per gestire e prevenire l'aderenza totale o parziale ai farmaci. Gli interventi che sembrano essere più efficaci sono multidimensionali e si rivolgono a diversi fattori specifici del paziente. Con il suo consenso, bisognerebbe coinvolgere il sistema di supporto del paziente, come i <i>caregiver</i> (famigliari e amici). Le barriere all'aderenza sono diverse per ogni paziente e possono cambiare nel tempo, perciò gli operatori devono esserne a conoscenza e riconoscere questi periodi, valutando continuamente il rischio di non aderenza. In questo modo, si riducono conseguentemente anche i rischi di ospedalizzazione, ricaduta, prognosi generale peggiore e/o perdita di funzionalità.

Questa revisione della letteratura ha avuto come obiettivo la valutazione degli interventi per aumentare l'aderenza ai farmaci nei pazienti con schizofrenia, trovando risultati contrastanti (Phan, 2016). Si è notato che gli studi sui metodi psicoeducativi col fine di comprendere i farmaci, la malattia e gli atteggiamenti, risultano inefficaci se non accompagnati da ulteriori interventi comportamentali come la pratica delle proprie abilità, le tecniche di rinforzo e l'intervista motivazionale (Phan, 2016). Quest'ultima è una tecnica che influenza i comportamenti aiutando il paziente a identificare e risolvere l'ambivalenza, consentendogli di trarre conclusioni sui benefici o sulle conseguenze delle sue azioni, come la mancata assunzione dei farmaci, ma sono necessarie ulteriori ricerche a riguardo (Phan, 2016). È stato riscontrato che la terapia familiare da sola è poco efficace, ma molto vantaggiosi sono stati gli interventi di inclusione della famiglia nel sistema di supporto del paziente (Phan, 2016). Anche i fattori legati agli antipsicotici possono influenzarne l'uso, come gli effetti avversi, l'inefficacia, la complessità del regime terapeutico e le esperienze passate del paziente con quel farmaco; per questo motivo è importante continuare a valutare la condizione percepita dal paziente e, come operatore sanitario, rimanere flessibile nel cambiamento (Phan, 2016). Sono stati riscontrati dei vantaggi nelle terapie antipsicotiche di seconda generazione, in quanto c'è una minore incidenza di sintomi extrapiramidali e discinesia tardiva, ma non sono stati evidenziati dei tassi di aderenza differenti (Phan, 2016). È importante coinvolgere i pazienti nel trattamento e nel processo decisionale, mantenere una comunicazione aperta e non giudicante con lui e tutti i membri del team, indagare sulle proprie aspettative di efficacia del trattamento e gli obiettivi a breve e lungo termine ed educarlo sugli effetti avversi (Phan, 2016). È inoltre importante, specialmente in pazienti non istituzionalizzati, non frammentare le cure ma mantenere sempre una continuità e un *follow-up*, costruendo un rapporto di alleanza forte che funga anche da supporto per l'individuo (Phan, 2016). È stato dimostrato che tra i vari metodi per valutare l'aderenza, i promemoria elettronici possono aiutare il paziente, anche se resta il rischio di una diminuita aderenza dopo l'interruzione dei promemoria (Phan, 2016). Nel 2013 è stata pubblicata l'iniziativa STAY che comprende sei principi per migliorare l'aderenza al trattamento nei pazienti, essi includono il riconoscimento del rischio di non aderenza nelle persone schizofreniche, coinvolgere la famiglia e i *caregiver*, ottimizzare l'efficacia delle cure e assicurarsi che il paziente riceva cure continue (Phan, 2016). In conclusione, gli interventi devono essere multifattoriali e specifici per il paziente per essere maggiormente efficaci ma si necessitano nuove ricerche per confermare l'efficacia di ogni intervento preso in considerazione (Phan, 2016).

4.6 Articolo 6

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
<p>How do socio-demographic and clinical factors interact with adherence attitude profiles in schizophrenia? A cluster-analytical approach (2011).</p>	<p>Eva-Marina Beck, Marialuisa Cavelti, Markus Wirtz, Joe Kossowsky, Roland Vauth.</p>	<p>Approccio cluster-analitico.</p>	<p>Il campione preso in esame è composto da 171 pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni, selezionati in modo casuale da medici psichiatri. Doveva essere presente la diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo secondo l'ICD-10 e la prescrizione di almeno un farmaco antipsicotico.</p>	<p>Il primo obiettivo è individuare dei gruppi omogenei di pazienti affetti da schizofrenia che presentano atteggiamenti diversi rispetto all'aderenza ai farmaci. Il secondo è convalidare i modelli attitudinali individuando associazioni con dei fattori di rischio di non aderenza noti.</p> <p>Strumenti di intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La <i>Rating of Medication Influences</i> (ROMI) valuta i fattori di attitudine e comportamento che influenzano l'aderenza; 2) La <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) e la <i>Center Epidemiological Studies Depression Scale</i> (CES-D) per valutare la gravità della psicopatologia; 3) L'<i>Insight Treatment Attitudes Questionnaire</i> (ITAQ) per valutare il livello di comprensione della patologia. 	<p>Sono stati individuati tre gruppi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Gruppo interpersonale orientato al futuro": fondamentali i fattori interpersonali, per questo gruppo può essere utile trovare un significato alla vita e formulare obiettivi futuri. - "Gruppo autonomo orientato al futuro": meno importanza ai fattori interpersonali, è utile la psico-educazione. - "Gruppo autonomo orientato al presente": motivazione proveniente dalle conseguenze positive immediate. Per questo gruppo può essere utile facilitare l'assunzione della terapia.

In questo studio viene utilizzato un approccio cluster-analitico sviluppato in due fasi per raggruppare le persone in piccoli gruppi e rilevare la variazione delle caratteristiche (Beck et al., 2011). Gli obiettivi principali dello studio erano due, il primo era quello di individuare dei gruppi omogenei di pazienti affetti da schizofrenia trattati in modalità ambulatoriale che mostrano degli atteggiamenti diversi nell'aderenza alla terapia farmacologica (Beck et al., 2011). Il secondo, invece, era quello di rendere validi questi diversi modelli di comportamento individuando delle associazioni con dei fattori di rischio di non aderenza già noti, tra cui la patologia in sé, la depressione, la consapevolezza di malattia, le variabili socio-demografiche e il delirio (Beck et al., 2011). La non aderenza risulta essere un problema comune nei pazienti affetti da schizofrenia (Beck et al., 2011).

Il campione che viene esaminato in questo studio è composto da 171 persone di età tra i 18 e i 65 anni, selezionati in maniera casuale da parte di psichiatri aventi uno studio privato (Beck et al., 2011). I criteri per essere inclusi nello studio, oltre all'età, comprendevano la diagnosi di schizofrenia o di disturbo schizoaffettivo secondo i criteri del'ICD-10 e la prescrizione di minimo un farmaco antipsicotico (Beck et al., 2011). Come strumenti di intervento sono state utilizzate diverse scale di valutazione. La *Rating of Medication Influences* (ROMI) è una scala di valutazione somministrata in forma di colloquio che indaga i motivi per cui la persona assume o non assume i farmaci, è stata usata per valutare i fattori e gli atteggiamenti che possiedono un'influenza sull'aderenza alla terapia farmacologica (Beck et al., 2011). Per valutare il livello di gravità della patologia sono state utilizzate la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e una parte della *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), individuando la dimensione psicopatologica in cui viene compreso il paziente (ovvero tra sindrome positiva, negativa, disorganizzazione e disturbo della relazione) (Beck et al., 2011). Come ultimo strumento è stato utilizzato l'*Insight Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ) per poter valutare il livello con cui la persona comprende la malattia tramite un'intervista semi-strutturata (Beck et al., 2011). L'analisi ha infine individuato tre *cluster* distinti in base ai fattori che influenzano l'aderenza terapeutica (Beck et al., 2011). Il *cluster* numero uno "Gruppo interpersonale orientato al futuro" comprende diversi fattori sociali rilevanti legati all'aderenza, come ad esempio una relazione positiva con il medico e le persone significative (Beck et al., 2011). Il *cluster* due "Gruppo autonomo orientato al futuro" si presenta molto simile al primo ma i fattori sociali possiedono un impatto minore sull'aderenza (Beck et al., 2011). Infine, il *cluster* numero tre "Gruppo autonomo orientato al presente" è influenzato quasi esclusivamente dalle conseguenze positive immediate legate all'assunzione della terapia (Beck et al., 2011). Questi tre gruppi sono stati associati anche a dei modelli socio-demografici e clinici, in modo da riuscire a capire quali fattori specifici sono importanti per migliorare l'aderenza terapeutica (Beck et al., 2011). Per le persone affini al *cluster* "Gruppo autonomo orientato al futuro" potrebbe essere utile la psico-educazione incentrata sull'aumento dell'*insight* e della capacità di gestire la patologia (Beck et al., 2011). I pazienti che si avvicinano al *cluster* "Gruppo interpersonale orientato al futuro" traggono beneficio dalla psico-educazione, da una relazione stabile con i curanti e da un piano di trattamento condiviso, può inoltre essere utile la formulazione di obiettivi e la ricerca di un senso nella vita (Beck et al., 2011). I pazienti appartenenti al *cluster* "Gruppo autonomo orientato al presente" hanno mostrato poco beneficio dalla psico-educazione, sembrano aderire alla terapia nel caso in cui sperimentano degli effetti positivi, scarsi effetti collaterali e senza pressioni esterne che li spingano ad assumerla, può quindi essere utile facilitare l'assunzione dei farmaci (Beck et al., 2011).

4.7 Articolo 7

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study (2019).	Melike Yönder Ertem, Zekiye Çetinkaya Duman.	Studio randomizzato controllato.	Campione composto da 40 persone affette da schizofrenia (secondo il DSM-V) con età compresa tra i 18 e i 65 anni.	<p>Lo scopo è di esaminare l'efficacia dell'intervista motivazionale nel trattamento di aderenza e <i>insight</i> nelle persone affette da schizofrenia.</p> <p>Strumenti di intervento:</p> <p>1) <i>Personal Information</i>: formulario per informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche, sulla terapia e sulla patologia;</p> <p>2) <i>Self-Reported Measure of Medication Adherence</i> per misurare l'aderenza al trattamento;</p> <p>3) <i>Schedule for Assessing the Three Components of Insight</i> (SATCI) per valutare il livello di <i>insight</i> nelle persone con schizofrenia.</p>	<p>L'uso dell'intervista motivazionale mostra un miglioramento sia dell'<i>insight</i> che dell'aderenza terapeutica.</p> <p>Emerge che sia i pazienti che le istituzioni psichiatriche possono beneficiare da un maggiore livello di aderenza e <i>insight</i> grazie all'adozione del metodo dell'intervista motivazionale a partire dalla prima ammissione del paziente in una clinica psichiatrica.</p>

Questo studio è di tipo randomizzato controllato, l'obiettivo principale era di indagare l'effetto che possiede l'intervista motivazionale (MI) sull'aderenza terapeutica e sul livello di consapevolezza della malattia nelle persone affette da schizofrenia (Ertem & Duman, 2019). La scarsa aderenza terapeutica può causare ricadute e ri-ospedalizzazioni frequenti, come pure un aumento dei costi di trattamento (Ertem & Duman, 2019).

L'MI è un tipo di consulenza che viene effettuato con il paziente per aiutarlo a porre delle modifiche a livello del comportamento (Ertem & Duman, 2019). Inizialmente questo colloquio veniva attuato con le persone aventi disturbi da dipendenze, in seguito il suo utilizzo è stato diffuso anche alle persone con deficit a livello fisico o mentale (Ertem & Duman, 2019). La ricerca è stata svolta in un ambulatorio psichiatrico in Turchia tra dicembre del 2014 e ottobre del 2015, includendo 40 persone con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-V di età compresa tra i 18 e i 65 anni (Ertem & Duman, 2019). In seguito, 20 pazienti sono stati inclusi nel gruppo di intervento secondo uno specifico metodo di randomizzazione, mentre gli altri 20 al gruppo di controllo (Ertem & Duman, 2019). Sono stati utilizzati tre strumenti differenti. Il primo è il Personal Information, un modulo per indagare le informazioni personali attraverso 22 domande legate a patologie, assunzione di farmaci e fattori sociodemografici (Ertem & Duman, 2019). Come secondo strumento è stata utilizzata una scala di valutazione, la *Self-Reported Measure of Medication Adherence* che attraverso quattro domande chiuse misura il livello di aderenza al trattamento (Ertem & Duman, 2019). Come ultimo strumento troviamo un'altra scala di valutazione, la *Schedule for Assessing the Three Components of Insight* (SATCI), composta da otto domande per valutare il livello di *insight* presente (Ertem & Duman, 2019). Attraverso l'intervista motivazionale ripetuta più volte, l'obiettivo era aiutare il paziente a comprendere il suo trattamento, stimolare la sua collaborazione e quindi migliorare l'aderenza (Ertem & Duman, 2019).

L'analisi dei dati raccolti da questo studio indica che l'intervista motivazionale è efficace nell'aumentare l'aderenza terapeutica e l'*insight*, perciò viene suggerito agli infermieri in salute mentale di familiarizzare con questo metodo in modo da poterlo applicare nella pratica (Ertem & Duman, 2019). Il beneficio derivante da una maggiore aderenza terapeutica può coinvolgere sia il paziente stesso che la struttura sanitaria, specialmente nel caso in cui l'intervista motivazionale venga attuata fin dall'inizio del primo ricovero in clinica psichiatrica (Ertem & Duman, 2019). Un limite allo studio riguarda la *Self-Reported Measure of Medication Adherence* in quanto essendo formata da quattro domande non è uno strumento in grado di valutare il trattamento multidimensionale; un ulteriore limite riguarda il numero del campione risultato limitato a causa della scelta di effettuare interviste individuali (Ertem & Duman, 2019).

4.8 Articolo 8

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review (2020).	Andrea Fiorillo, Stefano Barlati, Antonello Bellomo, Giulio Corrivetti, Giuseppe Nicolò, Gaia Sampogna, Valentina Stanga, Franco Veltro, Giuseppe Maina, Antonio Vita.	Revisione della letteratura.	8 articoli inclusi nella revisione, pubblicati tra il 2009 e il 2019.	L'obiettivo è quello di fornire un aggiornamento riguardo gli interventi che possono migliorare il processo decisionale condiviso (SDM), discutere il ruolo di quest'ultimo nel miglioramento dell'aderenza alla terapia farmacologica e definire un trattamento specifico per la persona affetta da schizofrenia, soprattutto nel cambiamento tra terapia per via orale a una formulazione LAI.	L'SDM è una strategia per migliorare la collaborazione tra i medici e i pazienti. Pensando alla terapia farmacologica è importante che i clinici considerino le preferenze, le aspettative e le preoccupazioni del paziente, senza dimenticare il suo coinvolgimento attivo nel processo di decisione. Questo coinvolgimento dovrebbe essere accompagnato da un confronto e una comunicazione costante con l'équipe. La SDM è efficace nella prescrizione di LAI in quanto riduce la percezione di costrizione dell'assunzione e permette al medico di risolvere pregiudizi e paure immotivate.

L'articolo redatto da Fiorillo et al. (2020) è una revisione della letteratura, con l'obiettivo di aggiornare i possibili interventi per rendere maggiormente efficace il processo decisionale condiviso (SDM) e di valutare il suo ruolo nel miglioramento dell'aderenza alla terapia farmacologica nel paziente affetto da schizofrenia. Inoltre, volevano indagare il ruolo dell'SDM nella pianificazione di un trattamento personalizzato, in particolare nel cambio di terapia da formulazione orale a LAI (Fiorillo et al., 2020). L'SDM è un processo decisionale dove il medico informa in modo chiaro e completo il paziente sul trattamento e il paziente riferisce quali sono le sue preferenze in merito, è riconosciuto come un metodo che permette a medici e pazienti di collaborare in modo più efficace (Fiorillo et al., 2020).

Per svolgere questa revisione sono stati selezionati otto articoli pubblicati tra il 2009 e il 2019 (Fiorillo et al., 2020). Viene confermato che l'SDM è un metodo con cui si può migliorare la collaborazione tra i clinici e i pazienti poiché entrambi mettono a disposizione conoscenze e capacità complementari (Fiorillo et al., 2020). L'uso dell'SDM permette un recupero migliore e un'aderenza terapeutica maggiore, perciò si può considerare efficace nel trattamento a lungo termine dei pazienti affetti da schizofrenia scarsamente aderenti alla terapia, soprattutto nel caso in cui questa mancata aderenza provochi recidive della malattia e costi elevati (Fiorillo et al., 2020). È fondamentale che il medico controlli regolarmente il modo in cui vengono fornite le informazioni, valutando inoltre ciò che preferisce il paziente, ciò che si aspetta e ciò che lo preoccupa riguardo la terapia farmacologica (Fiorillo et al., 2020). È emerso inoltre che l'SDM sembra essere efficace nel gestire i timori legati ai farmaci LAI, permettendo al medico di fornire le giuste informazioni e di coinvolgere il paziente nella scelta della formulazione del farmaco di modo che la persona non si senta costretta ad assumere la terapia contro la sua volontà (Fiorillo et al., 2020). È utile ricordare che il coinvolgimento del paziente nelle scelte terapeutiche non basta per aumentare l'aderenza, è necessario anche un confronto continuo e una buona comunicazione con l'équipe psichiatrica (Fiorillo et al., 2020).

4.9 Articolo 9

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis (2016).	Richard Gray, Daniel Bressington, Ada Ivanecka, Sheila Hardy, Martin Jones, Michael Schulz, Suparpit von Bormann, Jacquie White, Kathryn Hoehn Anderson, Wai-Tong Chien.	Revisione sistematica e metanalisi di RCT.	Sono stati inclusi 6 studi pubblicati tra il 2006 e il 2015.	Lo scopo di questa revisione e metanalisi è quello di rivalutare le prove di efficacia dell' <i>Adherence Therapy</i> nel miglioramento di esiti clinici in pazienti affetti da schizofrenia.	L' <i>Adherence Therapy</i> risulta essere un trattamento aggiuntivo efficace nelle persone affette da schizofrenia. Dovrebbe essere effettuata da professionisti formati e in combinazione con altre cure.

L'articolo di Gray et al. (2016) si tratta di una revisione sistematica e metanalisi di sei studi randomizzati controllati (RCT) pubblicati tra gennaio del 2006 e luglio 2015. Gli autori affermano che il 41-61% dei pazienti non assumono la terapia antipsicotica come prescritto, di conseguenza troviamo un mancato controllo della sintomatologia e un rischio elevato di ricadute (Gray et al., 2016). Lo scopo era quello di valutare l'efficacia dell'*Adherence Therapy* (AT) rispetto al miglioramento dei sintomi manifestati dalla persona adulta affetta da disturbi dello spettro della schizofrenia, valutando inoltre un eventuale cambiamento del comportamento e del livello di aderenza terapeutica (Gray et al., 2016). L'AT è un intervento psicologico che si basa sul principio del colloquio motivazionale e della terapia cognitiva-comportamentale, comprende uno scambio di informazioni, un'analisi delle convinzioni della persona e una soluzione di eventuali problemi legati alla terapia farmacologica (Gray et al., 2016). In genere viene effettuato da parte di medici con una frequenza di otto sedute a settimana (Gray et al., 2016).

Quello che emerge dallo studio è che l'AT integrata nel trattamento abituale riduce il numero di recidive nelle psicosi e migliora la sintomatologia psichiatrica (Gray et al., 2016). All'interno di questa metanalisi non è stato rilevato un miglioramento significativo riguardo l'aderenza terapeutica, gli autori affermano che potrebbe essere dovuto alla difficoltà di misurare l'aderenza e al fatto di aver analizzato studi incentrati su pazienti già aderenti alla terapia (Gray et al., 2016). L'AT è efficace se viene effettuata da professionisti formati e combinata con il trattamento usuale (Gray et al., 2016). Servono ulteriori studi che valutano il lungo termine per monitorare l'eventuale cambiamento nel tasso di aderenza (Gray et al., 2016).

4.10 Articolo 10

Titolo, anno	Autore/i	Design dello studio	Gruppo bersaglio	Scopo e strumenti di intervento	Outcomes
Strategies for Improving Treatment Adherence in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder (2010).	Donald C. Goff, Michele Hill, Oliver Freudenreich.	Revisione della letteratura.	Persone affette da schizofrenia o disturbo schizoaffective.	Lo scopo è quello di aumentare l'aderenza nella pratica clinica.	<p>Diversi fattori contribuiscono alla scarsa aderenza, come scarso <i>insight</i>, comportamento negativo nei confronti della terapia farmacologica, abuso di sostanze e delirio.</p> <p>Il medico dovrebbe valutare vantaggi e svantaggi legati alla terapia, collaborando con il paziente nel processo di scelta dei farmaci.</p> <p>L'obiettivo finale dovrebbe essere quello di aiutare la persona ad apprezzare il beneficio dato dalla terapia, prevenendo le ricadute e migliorando il funzionamento.</p>

L'articolo redatto da Goff et al. (2010) prende in considerazione diversi studi che valutano dei metodi per misurare l'aderenza, le conseguenze della non aderenza, i fattori e gli interventi che la influenzano. È solito trovare degli alti tassi di non aderenza nei pazienti schizofrenici e sono molti i fattori che lo causano, ad esempio uno scarso *insight*, un atteggiamento negativo verso la farmacoterapia, l'abuso di sostanze e il delirio (Goff et al., 2010). La mancanza di aderenza può provocare ri-ospedalizzazioni, elevati tassi di visite in pronto soccorso e suicidi (Goff et al., 2010). Inoltre, nel caso in cui fosse presente un livello di aderenza parziale non rilevato, il medico potrebbe stabilire un dosaggio di farmaco che risulterebbe eccessivo nel momento in cui la persona diventa pienamente aderente (Goff et al., 2010).

Interventi mirati unicamente all'istruzione del paziente non sono risultati efficaci, viene consigliato di combinare degli interventi mirati all'educazione, con una valutazione dei fattori di rischio associati al singolo paziente, cercando di includere i membri della famiglia nel percorso riabilitativo e rispettando il più possibile le preferenze del paziente, semplificando anche la prescrizione della terapia (Goff et al., 2010). È stata evidenziata l'importanza di una valutazione da parte del medico sui vantaggi e gli svantaggi della terapia farmacologica, l'inclusione del paziente nella decisione dei farmaci e la valutazione degli effetti avversi, in modo tale da scegliere quale farmaco favorisca il maggior benessere possibile al singolo individuo (Goff et al., 2010). È importante che gli operatori sanitari aiutino il paziente a riconoscere e apprezzare i benefici a lungo termine della terapia, prevenendo le ricadute e migliorandone la qualità di vita (Goff et al., 2010).

5. Discussione

Livelli di non aderenza e conseguenze associate

Gli articoli confermano che l'aderenza terapeutica nel paziente affetto da schizofrenia risulta essere piuttosto bassa, alcuni specificano delle percentuali, mentre altri esprimono unicamente quanto il problema sia diffuso. Ci sono delle lievi differenze rispetto alle quote: Shuler (2014), ad esempio, afferma che più di due terzi dei pazienti hanno un basso livello di aderenza, mentre Gray et al. (2016) e Masand & Narasimhan (2006) indicano una percentuale di non aderenza compresa all'incirca tra il 40 e il 60%. Nel quadro teorico avevamo visto che secondo Majani (2001) la percentuale dei pazienti che smette di assumere farmaci antipsicotici entro un anno è del 40%, possiamo dire quindi che ci sia un buon livello di coerenza tra gli studi presi in esame e il *background* di riferimento.

Molti studi evidenziano anche le possibili conseguenze dovute a una scarsa aderenza terapeutica, elementi che compaiono anche nel quadro teorico. Difatti, Majani (2001) afferma che il 75% delle persone che sospende la terapia antipsicotica manifestano un peggioramento della sintomatologia, di conseguenza aumentano i costi, cresce il rischio di comportamenti pericolosi per il soggetto e per chi gli sta attorno e peggiora la prognosi. Goff et al. (2010) rendono attenti su come la mancata aderenza possa portare a ri-ospedalizzazioni e suicidi, mentre Shuler (2014), Fiorillo et al. (2020), Masand & Narasimhan (2006) e Gray et al. (2016) pongono l'accento anche sull'aumento delle ricadute, dei costi associati e sul peggioramento dei sintomi.

Fattori di rischio di non aderenza

Come avevamo visto nel *background*, sono presenti diversi fattori di rischio legati alla non aderenza che possono essere legati agli effetti avversi della terapia, a scarso *insight*, all'abuso di sostanze stupefacenti, ad un mancato coinvolgimento dei familiari e una debole alleanza con l'équipe di cura (Majani, 2001). Dagli studi analizzati emergono molteplici fattori di rischio, Masand & Narasimhan (2006) propongono una suddivisione in tre categorie legate al paziente e alla patologia in sé, al medico e al trattamento. Gli altri autori non classificano i fattori di rischio in questo modo, ma possiamo affermare che quelli individuati sono molto simili, in quanto comprendono effetti collaterali, presa in cura inadeguata da parte del medico e dall'équipe, regime terapeutico complesso, scarso *insight* e comorbidità come depressione, delirio e abuso di sostanze (Beck et al., 2011; Goff et al., 2010; Masand & Narasimhan, 2006; Shuler, 2014).

Considerando l'*insight* nello specifico, nel quadro teorico era stato evidenziato come spesso fosse carente nella persona affetta da schizofrenia e questo aspetto viene confermato da diversi studi presi in esame (Goff et al., 2010; Hany et al., 2022; Masand & Narasimhan, 2006; Shuler, 2014). In particolare, lo studio di Kim et al. (2020) ha riscontrato un'associazione tra il livello di compromissione di *insight* e la non aderenza alla terapia farmacologica, mostrando come i pazienti con *insight* compromesso a livello moderato-grave interrompessero il trattamento di propria iniziativa prima degli altri pazienti; la comprensione della malattia, dunque, risulta essere un fattore fondamentale per determinare il livello di aderenza alla terapia farmacologica (Kim et al., 2020).

Metodi di valutazione dell'aderenza

Nel *background* erano stati individuati diversi metodi per valutare il livello di aderenza terapeutica, tra cui il *self report*, il *pill count* o alcuni strumenti elettronici per rilevare i gesti

legati all'assunzione dei farmaci (Majani, 2001). È interessante notare come taluni di questi metodi siano stati utilizzati negli studi presi in esame. Il *pill count* è risultato essere un metodo non completamente sicuro ed affidabile (Kim et al., 2020; Majani, 2001; Masand & Narasimhan, 2006). Allo stesso modo, l'autodichiarazione compilata dai pazienti e il monitoraggio elettronico dei tappi dei flaconi sono risultati incompleti (Masand & Narasimhan, 2006). Phan (2016) ha implementato l'utilizzo di promemoria elettronici ma anche questi sono risultati non del tutto efficaci in quanto all'interruzione dei promemoria l'aderenza diminuiva in modo significativo. Infine, troviamo la *Self-Reported Measure of Medication Adherence*, uno strumento di valutazione composto da quattro domande che è risultato essere incompleto poiché, visto il numero ristretto di quesiti, non è in grado di valutare il trattamento multidimensionale (Ertem & Duman, 2019). Possiamo concludere che, nonostante siano stati inventati molteplici metodi e strumenti di valutazione dell'aderenza, ancora oggi i risultati ottenuti risultano essere incompleti e non del tutto affidabili.

Classi farmacologiche preferenziali

Secondo gli articoli trovati, non ci sono prove scientifiche sufficienti per raccomandare una classe farmacologica piuttosto che un'altra (Shuler, 2014).

Come già accennato da Graffino et al. (2014) si possono evidenziare alcuni vantaggi rispetto alla terapia con LAI, in quanto le somministrazioni mensili della terapia si riducono a una o due, il tempo in cui essa viene sospesa è maggiore e sono state riscontrate da Shuler (2014) delle probabilità raddoppiate nel continuare il trattamento. È comunque da sottolineare che questa somministrazione è più invasiva (Shuler, 2014), si necessita di tempo prima che il dosaggio desiderato venga raggiunto nel plasma e l'iniezione può provocare dolore e infiammazione nel sito (Graffino et al., 2014). Inoltre, rispetto ai farmaci orali, Shuler (2014) consiglia l'utilizzo di antipsicotici atipici (SGA) poiché possono aumentare fino a 4 volte il tasso e la durata di aderenza; e conferma quanto è stato detto da Maric et al. (2016), ovvero che offre una migliore tollerabilità degli effetti avversi, in particolar modo quelli legati al movimento. Masand & Narasimhan (2006) evidenziano una minore insorgenza di sintomi extrapiramidali nei pazienti che seguono una terapia con antipsicotici atipici, ovvero di seconda generazione e consigliano, dove possibile, di preferire un basso contenuto di prolattina in quanto essa incide maggiormente sugli effetti che i pazienti percepiscono come peggiori, ad esempio alcune delle disfunzioni sessuali, tra cui la perdita della libido e la disfunzione sia erettile che eiaculatoria.

Interventi

Come possiamo osservare nel *background*, Owen et al. (2016) hanno evidenziato l'importanza di una presa in cura globale del paziente psichiatrico, la terapia farmacologica non è sufficiente poiché essi necessitano di un supporto a livello psicologico e sociale, ad esempio fornendo aiuto per la gestione dei farmaci, assistenza abitativa e supporto nella gestione del denaro (Shuler, 2014); offrendo dunque ogni tipo di servizio di supporto (Masand & Narasimhan, 2006). Vari autori propongono di attivare anche una psico-educazione nel trattamento (Kim et al., 2020) oppure parlano di programmi psicoeducativi basati su intervista motivazionale (Harmanci & Budak, 2022; Masand & Narasimhan, 2006). La psico-educazione ha lo scopo di aumentare l'*insight* e la singola capacità di gestire la patologia (Beck et al., 2011). Secondo Gray et al. (2016) il piano di cura per la schizofrenia dovrebbe includere il trattamento AT (*Adherence Therapy*), ovvero un intervento psicologico basato sul colloquio motivazionale e la terapia cognitiva comportamentale che comprende uno scambio di informazioni tra l'operatore e

il paziente, un'analisi delle sue convinzioni e delle soluzioni attive per tutti gli eventuali problemi legati alla terapia; in questo modo è possibile diminuire il numero di recidive della psicosi e migliorare la sintomatologia psichiatrica.

Negli articoli è emerso che il ruolo della famiglia è cruciale nell'aderenza terapeutica, difatti è importante coinvolgere attivamente i membri familiari nel sistema di supporto rispettando le preferenze del paziente (Gaston & Gaston, 2005; Goff et al., 2010; Masand & Narasimhan, 2006; Phan, 2016).

È dunque rilevante adottare un approccio multidisciplinare e specifico, bisogna essere consapevoli del rischio di non aderenza nei pazienti schizofrenici e perciò includere diverse figure interprofessionali al fine di sviluppare trattamenti individualizzati che valutano ogni singolo e soggettivo fattore che influenza il grado di aderenza (Goff et al., 2010; Masand & Narasimhan, 2006; Owen et al., 2016; Phan, 2016; Shuler, 2014). Il clinico deve ricorrere alle competenze che riguardano il lavorare in équipe (Gaston & Gaston, 2005) e mantenere una buona comunicazione con tutti i membri del team coinvolti (Phan, 2016). Fiorillo et al. (2020) hanno identificato una strategia per migliorare la collaborazione tra clinici e pazienti, la quale permette di migliorare l'efficacia e favorire la condivisione delle proprie conoscenze e capacità.

Il paziente deve essere coinvolto nel processo decisionale con un confronto continuo (Beck et al., 2011; Fiorillo et al., 2020; Goff et al., 2010; Shuler, 2014), il medico deve prendere in considerazione le sue preferenze per la scelta della terapia, valutando la metodologia di somministrazione e la tolleranza degli effetti avversi (Masand & Narasimhan, 2006); deve indagare sulle aspettative di efficacia del trattamento, formulando degli obiettivi a breve e lungo termine ed informando il paziente sulle tempistiche necessarie prima di avvertire dei benefici e dei possibili effetti avversi riscontrabili (Goff et al., 2010; Phan, 2016). Emerge fondamentale la necessità per gli operatori sanitari di rimanere flessibili al cambiamento, anche dopo l'impostazione di un piano di cura (Shuler, 2014; Phan 2016), questo può aiutare a costruire una forte alleanza tra medico e paziente che sembra essere sostanziale per favorire l'aderenza terapeutica (Masand & Narasimhan, 2006; Shuler, 2014). Secondo Phan (2016) il rapporto di alleanza ha lo scopo di divenire un supporto per l'individuo, è dunque necessario mantenere una comunicazione aperta e non giudicante e occorre evitare di frammentare le cure, conservando una continuità e il *follow-up*, ottimizzandone così l'efficacia. Il curante ha il dovere di instaurare una relazione stabile e positiva sia con il paziente che con le persone a lui significative, utilizzando la relazione come strumento per ricercare i bisogni dell'altro e formulare così degli obiettivi condivisi (Beck et al., 2011).

Tecniche di intervista motivazionale

Molti autori, negli interventi consigliati per favorire l'aderenza terapeutica al paziente schizofrenico, hanno citato le tecniche di intervista motivazionali. Esse sono un tipo di stile comunicativo avente lo scopo di influenzare la modifica del proprio comportamento aiutando il paziente a identificare le proprie problematiche e risolvere le ambivalenze che sorgono ad esempio assumendo la terapia, consentendogli così di trarre conclusioni sui benefici derivati o conseguenze delle proprie azioni, come la decisione di non seguire le prescrizioni (Phan, 2016). Harmanci & Budak (2022) pongono maggiore importanza agli interventi cognitivi basati sull'intervista motivazionale, in modo tale da porre nei partecipanti delle domande sul proprio stato di benessere, scopo e desideri, mantenendo un controllo continuo sulle proprie incertezze. Questi interventi sono basati su ascolto riflessivo, metodi di riepilogo, riutilizzo delle stesse frasi e parole espresse dal paziente, comunicazione aperta ed evitamento di discorsi persuasivi e/o valutazioni del contenuto

(Harmanci & Budak, 2022). Queste tecniche, per raggiungere una maggiore efficacia, devono essere accompagnate da interventi come la pratica delle proprie abilità, tecniche di rinforzo, istruzione al *problem-solving*, interventi individualizzati mirati a risolvere specifici problemi di aderenza e volti a prevenire altri disturbi come quello da abuso di sostanze (Masand & Narasimhan, 2006; Phan, 2016), elementi importanti che evidenziano anche Owen et al. (2016) nel *background*.

Ertem & Duman (2019), Gray et al. (2016), Harmanci & Budak (2022) e Kim et al. (2020) consigliano di attuare questo tipo di trattamento fin dall'inizio della presa in cura, in questo modo sono stati evidenziati dei miglioramenti riguardo il tasso di aderenza ai farmaci, l'*insight*, la sintomatologia psichiatrica e un diminuito numero di esacerbazioni della patologia.

Nel quadro teorico non è stato citato questo genere di intervento allo stesso modo che negli articoli, ma emerge la necessità dell'utilizzo della TAM, successivamente evoluta in metodo EEAP (Amador, 2007). Il principio di questa metodologia è lo stesso delle tecniche di intervista motivazionale, ovvero un processo volto a scoprire e capire il vissuto di malattia del paziente, le sue esperienze e aspettative, con lo scopo di trovare un terreno comune dove identificare delle problematiche e offrire un nostro supporto (Amador, 2007). Come le tecniche di intervista motivazionale questo intervento si basa sull'ascolto riflessivo, l'empatia, il non giudizio, l'evitamento di qualsiasi dimostrazione di disapprovazione, in modo tale da scovare le motivazioni per cui una persona affetta da schizofrenia possa accettare un trattamento a corto e/o lungo termine, migliorando il grado di *insight* e se possibile accettare la propria malattia e/o trattamento (Amador, 2007).

5.1 Limiti della ricerca

Il tema dell'aderenza terapeutica nella letteratura emerge come un fattore determinante l'evoluzione della prognosi di un paziente schizofrenico ma non sono ancora state effettuate sufficienti ricerche al riguardo (Gray et al., 2016; Phan, 2016; Shuler, 2014). Sono presenti molteplici articoli riguardanti la diagnosi di schizofrenia e i nuovi trattamenti farmacologici disponibili ma viene indagato meno il ruolo dell'infermiere e la sua influenza sull'aderenza terapeutica.

In vari studi da noi esaminati viene evidenziata la difficoltà di trovare un numero adeguato di partecipanti, come pure la mancanza di regolarità e costanza nella partecipazione (Harmanci & Budak, 2022). Avevamo già ipotizzato che avremmo potuto riscontrare questa problematica in quanto il paziente schizofrenico è spesso disorganizzato e non garantisce dei risultati affidabili e duraturi nel tempo. È stato dunque complesso delineare attraverso i criteri di inclusione ed esclusione uno specifico tipo di paziente affetto da schizofrenia, come pure uno specifico luogo di cura. Abbiamo pertanto costruito la nostra domanda di ricerca su un livello di approfondimento più generale scegliendo articoli che prendono in considerazione pazienti seguiti in diversi contesti di cura (comunità, ambulatorio, istituti psichiatrici) e in più fasi della malattia. Dato che stiamo concludendo una formazione infermieristica di base, abbiamo voluto approfondire il ruolo dell'infermiere in psichiatria ma spesso gli interventi proposti non erano incentrati sull'infermiere o sulla patologia schizofrenica, in quanto vengono identificati dei comportamenti comuni nei diversi disturbi psichiatrici e formulati per qualsiasi operatore sanitario coinvolto nel processo di cura. Molte ricerche evidenziano la mancanza di una verifica dell'efficacia, nel corso del tempo, dell'intervento proposto e applicato (Gray et al., 2016; Phan, 2016).

Inizialmente avevamo l'intento di condurre la ricerca su dati appartenenti principalmente al territorio elvetico ma i risultati erano minimi e non sufficienti per condurre un intero lavoro di tesi.

Punti forti e bias del lavoro di tesi

Precedentemente abbiamo descritto i limiti riguardanti l'effettiva revisione della letteratura, ovvero quali sono gli elementi che hanno influito sui nostri criteri di inclusione ed esclusione; all'interno di questo capitolo vorremmo analizzare quali sono i punti forti e i *bias* del nostro lavoro di tesi.

Nel momento in cui ci è stato chiesto di redigere il progetto di tesi e identificare l'argomento desiderato non ci eravamo immaginate di svolgere il lavoro in coppia. Dopo che il nostro direttore di tesi ci ha proposto di lavorare insieme, abbiamo accettato e allentato le rappresentazioni e l'idea che ci eravamo già prefissate, cercando di lasciarci stupire dal lavoro in collaborazione e dalle proposte dell'altra. Abbiamo discusso delle possibili rappresentazioni che ognuna di noi aveva, difatti non ci aspettavamo una risposta univoca e "semplice" alla domanda di ricerca vista la natura del tema trattato. Entrambe ci eravamo fatte l'idea che gli interventi che avremmo trovato in letteratura sarebbero stati principalmente di natura relazionale e che non sarebbe stato possibile trovare un'unica soluzione che riuscisse a rendere un paziente affetto da schizofrenia aderente da un giorno all'altro. Perciò, inizialmente, in modo più o meno consapevole abbiamo individuato degli articoli che andassero a confermare il nostro ragionamento, ma in seguito ci siamo spronate a cercare anche informazioni nuove e differenti rispetto a quello che avevamo ipotizzato in principio. Infatti, secondo noi, un vantaggio di questo lavoro è rappresentato dalla possibilità di mantenere un costante confronto fra due visioni sullo stesso tema, permettendoci di rimanere aperte e senza precludere ulteriori punti di vista.

6. Conclusioni

Dopo aver concluso questo lavoro possiamo affermare di aver risposto alle domande che ci eravamo prefissate a inizio lavoro e abbiamo soddisfatto i bisogni che ci hanno portate a scegliere questo tema. Con l'approfondimento del ruolo infermieristico nell'ambito psichiatrico, abbiamo identificato delle abilità che l'infermiere può acquisire e mettere in pratica in qualsiasi contesto di cura, come la disponibilità al contatto umano, il lavoro multi e interprofessionale ed il metodo EEAP. Secondo noi, difatti, queste sono competenze non rivolte unicamente al paziente con disturbo psichiatrico, ma ad ogni paziente che si trova in qualsiasi luogo di cura. Inoltre, abbiamo visto come il paziente schizofrenico sia soggetto a continue ospedalizzazioni, perciò sarà un utente che non ritroveremo solo in una comunità o a livello ambulatoriale ma anche in altri contesti.

Attraverso la ricerca scientifica, ci è stato possibile trovare degli interventi applicabili ad un paziente con difficoltà nell'aderire al piano terapeutico. Questi interventi non sono per forza riconducibili al ruolo infermieristico, ma sono generali per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cure. È dunque fondamentale essere a conoscenza di come sia necessario costruire un rapporto di fiducia tra i curanti e il paziente. Sarà anche nostro compito agevolare la relazione e rendere presente ai professionisti coinvolti quali possono essere i punti da cui partire, ad esempio dai bisogni attuali riconoscibili dal paziente che egli stesso definisce come prioritari.

Con la stesura di questo lavoro ci è stato possibile colmare le nostre lacune conoscitive che ci eravamo prefissate di approfondire. Difatti, abbiamo ricercato le varie sfaccettature della malattia con i relativi trattamenti possibili e le differenze tra i concetti di *compliance* e aderenza, che ci ha permesso di riconoscere quale schema vogliamo attuare nel processo di cure con il paziente e con che ruolo rivestirlo. Siamo riuscite ad analizzare vari fattori che influenzano negativamente l'aderenza, nello specifico quali possono essere le cause relative all'individuo, al medico e al trattamento. Abbiamo riconosciuto le conseguenze associate a questa problematica, confermandone la rilevanza e l'attualità. Infine, abbiamo individuato delle possibili strategie da poter applicare per aumentarla.

Cercando di riprendere i nostri obiettivi, possiamo affermare che:

- Abbiamo identificato alcuni interventi efficaci da attuare per aumentare l'aderenza terapeutica, tra cui strategie relazionali e terapeutiche, ma si necessitano ulteriori ricerche al riguardo, in quanto ci sono pochi studi a lungo termine che confermano l'efficacia dei trattamenti
- Abbiamo delineato vari fattori che impediscono al paziente schizofrenico di aderire al trattamento, riuscendo a dividerli secondo l'attore fondamentale: terapia, individuo, famiglia, operatori sanitari
- Siamo riuscite a sottolineare l'importanza dell'aderenza trovando quali sono le principali conseguenze sulla prognosi del paziente, ad esempio gli aumentati tassi di rio-spedalizzazione, la recidiva con esacerbazione dei sintomi e l'aumento dei costi sanitari e sociali associati
- Secondo noi, abbiamo parzialmente raggiunto l'obiettivo di delineare il ruolo dell'infermiere nell'ambito psichiatrico con le dovute caratteristiche che favoriscono l'attiva partecipazione al piano terapeutico. Difatti siamo riuscite a delineare il ruolo dell'infermiere psichiatrico e a trovare delle strategie rivolte a tutti gli operatori sanitari coinvolti, ma si necessitano ulteriori ricerche in quanto negli articoli viene poco considerato il ruolo infermieristico nello specifico

Possiamo dire che attraverso questo lavoro entrambe abbiamo sviluppato capacità di ricerca, di analisi e di selezione delle informazioni, attuando le strategie apprese nel corso del modulo "Metodologia della ricerca" e chiedendo aiuto al nostro tutor a seconda della necessità. Ci è stato possibile identificare delle attitudini da poter mettere in pratica a contatto con persone affette da un disturbo psichiatrico e ne abbiamo riconosciuto l'importanza con tutti i tipi di pazienti coi quali verremo confrontate.

Pensando agli obiettivi personali condivisi, crediamo di aver raggiunto una conoscenza tale da poter sostenere nell'ambito professionale, e non, persone che stanno affrontando un momento di fragilità dovuto a difficoltà legate all'aderenza terapeutica. Abbiamo appreso su quest'ultima conoscenze che, secondo noi, possono essere utili e attuabili anche in casi di pazienti non affetti da un disturbo di salute mentale o per *caregivers* che necessitano di consigli pratici per supportarli.

Grazie all'elaborato siamo riuscite a rispondere alla nostra domanda di ricerca. Possiamo affermare che il paziente schizofrenico necessita di una presa in cura globale, sarà dunque nostro compito gestire non solo la terapia farmacologica, ma ogni tipo di servizio di supporto, come garantire un sostegno a livello psicologico, sociale, delle attività di vita quotidiana, della situazione economica ed abitativa. Sarà importante valutare con il paziente ed il medico le terapie scelte per il piano terapeutico, cercando di inserire interventi psicoeducativi e colloqui motivazionali, dove l'utente è libero di parlare delle proprie sensazioni, emozioni e dubbi, senza attribuirli forzatamente al riconoscimento

della propria malattia e stato di salute. È importante riconoscere che l'*insight* è un fattore determinante l'aderenza, ma non deve essere il primo trattato, in quanto questo potrebbe rendere più difficile la costruzione del rapporto di alleanza: il primo obiettivo da doversi porre è cercare un terreno comune con l'utente, identificando quali sono le sue priorità, secondariamente le nostre. Se il paziente riconosce di avere un problema di sonno, senza capire che è attribuito alle allucinazioni secondarie la sua malattia, sarà nostro compito inizialmente trattare il disturbo sonno-veglia, senza impuntarci sulla sua consapevolezza della causa. Una volta risolto il problema, l'utente si fiderà maggiormente di noi, in quanto lo abbiamo aiutato, e così potremo passare al successivo *step* dell'aumento dell'*insight*. Durante l'elaborato è emersa l'importanza del ruolo familiare nella rete di supporto del paziente, sarà dunque nostra premura attivare dove possibile i membri della famiglia, mantenendo con loro una comunicazione trasparente e garantendo il loro coinvolgimento nelle decisioni e nel sostegno al paziente. Ci teniamo a porre l'attenzione sull'approccio multidisciplinare e specifico che il paziente schizofrenico necessita. Difatti, è importante includere nella presa in cura diverse figure interprofessionali specializzate al fine di trattare in modo globale tutti gli aspetti che ruotano attorno al paziente. In qualità di infermiere è importante garantire l'attivazione di una corretta rete di supporto e una comunicazione efficace tra tutti i membri. Non dimentichiamo che il paziente non è esterno al processo, ma deve essere preso in considerazione come protagonista e principale attore delle cure, permettendogli di esercitare un ruolo decisionale e attivo in qualsiasi momento.

Infine, questo lavoro di tesi ci ha permesso di imparare a lavorare in coppia in un periodo prolungato e su un lavoro per il quale si è necessitato di tanta organizzazione, coordinazione e collaborazione. Abbiamo cercato di porre fiducia nell'altra, identificando i nostri punti forti e deboli, cercando così di aiutarci a vicenda e mantenendo sempre un certo grado di disponibilità, costanza e apertura a nuove visioni. Possiamo affermare di essere molto soddisfatte del lavoro svolto e che, nonostante i dubbi iniziali, siamo felici di aver lavorato insieme in quanto questo ci ha permesso di non procrastinare, gestire meglio le nostre emozioni e di mantenere un doppio sguardo sui temi trattati, prendendo in considerazione un maggior numero di idee.

Per il futuro, a nostro parere, si necessitano di ulteriori ricerche riguardo l'importanza e l'influenza del ruolo infermieristico nello specifico sull'aderenza del paziente schizofrenico, l'effettiva efficacia degli interventi proposti in un periodo di tempo più lungo e una maggiore indagine a livello del nostro territorio (Svizzera/Ticino).

6.1 Autoriflessione

Oltre alle conclusioni riflessive proposte precedentemente, possiamo affermare di aver confermato le idee che ci eravamo create quando abbiamo steso il progetto di tesi. Difatti, entrambe, in passato abbiamo vissuto varie situazioni che ci hanno permesso di identificare in modo intuitivo quali fossero secondo noi degli interventi e approcci efficaci con questo tipo di paziente, escludendo "a pelle" altrettante strategie. Con la risposta alla nostra domanda di ricerca, siamo state in grado di confermare alcuni nostri dubbi iniziali, ad esempio che barattare gli antipsicotici orali per le sigarette non aiuta il processo di consapevolezza dell'utente e non ne favorisce l'aderenza, nonostante quel giorno accetti lo scambio; allo stesso modo, nella situazione dove la paziente non è del tutto consapevole della terapia farmacologica dato che l'associa ad un sintomo somatico e non alla sua patologia, è importante capire che può essere una fase transitoria avente l'obiettivo di instaurare un'alleanza terapeutica, ma che non deve diventare la soluzione finale per garantirne l'assunzione.

7. Ringraziamenti

Un particolare e sincero ringraziamento va al nostro direttore di tesi, Mariano Cavolo, che ha saputo accogliere ogni nostro dubbio e ansia, che ci ha guidate al meglio nella decisione di intraprendere questo percorso in coppia e che si è mostrato sempre disponibile, fornendoci immediate risposte, utili consigli e permettendoci così di proseguire al meglio il nostro lavoro.

8. Fonti

- Altamura, C., Fagiolini, A., Galderisi, S., Rocca, P., & Rossi, A. (2014). Schizophrenia today: Epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*, 20, 223–243.
- Amador, X. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade. Schizophrénie et troubles bipolaires* (P. Klotz & Y. Hodé, Trad.). RETZ.
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Beck, E.-M., Cavelti, M., Wirtz, M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2011). How do socio-demographic and clinical factors interact with adherence attitude profiles in schizophrenia? A cluster-analytical approach. *Psychiatry Research*, 187(1–2), 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.012>
- Belvederi Murri, M., & Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 45(2), 277–283. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby092>
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Ertem, M. Y., & Duman, Z. Ç. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study., 55(1), 75–86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>
- Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G., & Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: A clinical review. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>
- Galluzzo, A., Carpi, E., & Crescini, A. (2013). I disturbi cognitivi nella schizofrenia. In A. Vita (A c. Di), *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia: Principi, metodi di efficacia*.
- Gaston, A., & Gaston, C. M. (2005). *Psichiatria e igiene mentale*. Masson S.p.A.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Godini, L., Lelli, L., Campone, B., Ciampi, E., Corsi, E., Cravaro, V. R., & Ballerini, A. (2015). Salienza: Clinica, psicopatologia e neurobiologia. *Rivista di Psichiatria*, 50(6), 255–264.
- Goff, D. C., Hill, M., & Freudenreich, O. (2010). Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71 Suppl 2, 20–26. <https://doi.org/10.4088/JCP.9096su1cc.04>
- Graffino, M., Montemagni, C., Mingrone, C., & Rocca, P. (2014). Antipsicotici a rilascio

prolungato nel trattamento della schizofrenia: Una revisione della letteratura. *Rivista di Psichiatria*, 49(3), 115–123.

Gray, R., Bressington, D., Ivanecka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M., von Bormann, S., White, J., Anderson, K. H., & Chien, W.-T. (2016). Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 90. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0801-1>

Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., & Chapman, J. (2022). Schizophrenia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>

Harmanci, P., & Budak, F. K. (2022). The Effect of Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques on Medication Adherence, Hope, and Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 202–216. <https://doi.org/10.1177/10547738211046438>

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271–287.

Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 168, 107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>

Leijala, J., Kampman, O., Suvisaari, J., & Eskelinen, S. (2021). Daily functioning and symptom factors contributing to attitudes toward antipsychotic treatment and treatment adherence in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 21, 37. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03037-0>

Lia, L., & Serretti, A. (2014). *Psichiatria per Professioni Sanitarie*. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - AlmaDL Alma Mater Studiorum Università di Bologna. <http://amsacta.unibo.it/4051/>

Majani, G. (2001). *Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. McGraw-Hill Companies, srl.

Maric, N. P., Jovicic, M. J., Mihaljevic, M., & Miljevic, C. (2016). Improving Current Treatments for Schizophrenia. *Drug Development Research*, 77(7), 357–367. <https://doi.org/10.1002/ddr.21337>

Masand, P. S., & Narasimhan, M. (2006). Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. *Current Clinical Pharmacology*, 1(1), 47–56.

National Institute of Mental Health (NIMH). (n.d.). *Schizophrenia*. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)

Phan, S. V. (2016). Medication adherence in patients with schizophrenia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(2), 211–219. <https://doi.org/10.1177/0091217416636601>

Pletscher, M., Mattli, R., von Wyl, A., Reich, O., & Wieser, S. (2015). The Societal Costs of Schizophrenia in Switzerland. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 18(2), 93–103.

Remington, G., Hahn, M. K., Agarwal, S. M., Chintoh, A., & Agid, O. (2021).

- Schizophrenia: Antipsychotics and drug development. *Behavioural Brain Research*, 414, 113507. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113507>
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Shuler, K. M. (2014). Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 8, 701–714. <https://doi.org/10.2147/PPA.S59371>
- Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 23(8), 2087. <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>
- Tamagnini, G. (2015). *Nursing in area psichiatrica. Il paziente schizofrenico (1°)*. Alpes Italia srl.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (2012). *Overt Aggression Scale* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t04911-000>

Fonti consultate ma non citate

- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D., Lacro, J. P., & Dolder, C. R. (2006). A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1114–1123. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0715>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., & Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyóirata*, 30(1), 18–26.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. *L'Encephale*, 35(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.12.009>
- De Berardis, D., Rapini, G., Olivieri, L., Di Nicola, D., Tomasetti, C., Valchera, A., Fornaro, M., Di Fabio, F., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2018). Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: A focus on the adverse effects of clozapine. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(5), 237–256. <https://doi.org/10.1177/2042098618756261>
- Digonnet, E., Dominique, F., Leyreloup, A.-M., & Rajablat, M. (2004). *Schizophrénie et soins infirmiers—Une approche clinique du traitement et des soins*. Masson Paris.
- Dufort, A., & Zipursky, R. B. (2019). Understanding and Managing Treatment Adherence in Schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. <https://doi.org/10.3371/CSRP.ADRZ.121218>

- Farooq, S., & Choudry, A. (2017). Adherence to medication in the community: Audit cycle of interventions to improve the assessment of adherence. *BJPsych Bulletin*, *41*(1), 41–44. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.053520>
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *69*(11), 661–673. <https://doi.org/10.1111/pcn.12322>
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*, *5*, 43–62. <https://doi.org/10.2147/PROM.S42735>
- Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Han, X., Pyne, J. M., Thapa, P., & Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(2), 211–216. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0211>
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, *26*(3), 155–159. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.38>
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, *168*, 107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(10), 892–909. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1007>
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: Contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(7), 785–793. <https://doi.org/10.1586/14737175.2013.811150>
- Maheshwari, S. K., Gupta, S., & Sharan, P. (2009). Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. *The Nursing Journal of India*, *100*(9), 201–203.
- Marcellusi, A., Fabiano, G., Viti, R., Francesa Morel, P. C., Nicolò, G., Siracusano, A., & Mennini, F. S. (2018). Economic burden of schizophrenia in Italy: A probabilistic cost of illness analysis. *BMJ Open*, *8*(2), e018359. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018359>
- Melrose, S. (2009). Schizophrenia: A brief review of what nurses can do and say to help. *The Journal of Practical Nursing*, *59*(2), 3–4.
- Smith, T., Weston, C., & Lieberman, J. (2010). *Schizophrenia (Maintenance Treatment)*. *82*(4), 338–339.
- Wilk, J., Marcus, S. C., West, J., Countis, L., Hall, R., Regier, D. A., & Olfson, M. (2006). Substance abuse and the management of medication nonadherence in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(6), 454–457. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000221289.54911.63>

9. Allegati

9.1 Allegato A: Overt Aggression Scale

	X	Aggressive Behavior (check all that apply)	Present	Past Only
		Verbal Aggression		
1)		Makes loud noises, shouts angrily		
2)		Yells mild personal insults, e.g. "You're stupid."		
3)		Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self.		
4)		Makes clear threats of violence towards others or self ('I'm going to kill you", or "I may just kill myself.)		
		Physical Aggression Against Objects		
5)		Slams door, scatters clothing, makes a mess.		
6)		Throws objects down, kicks furniture without scratching it or making marks in the wall.		
7)		Breaks objects, kicks in walls, smashes windows.		
		Physical Aggression Against Self		
9)		Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only).		
10)		Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurt self without serious injury).		
11)		Small cuts or bruises, minor burns.		
12)		Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth.		
		Physical Aggression Against Other People		
13)		Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes.		
14)		Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them).		
15)		Attacks others, causing mild to moderate physical injury (bruises, sprain welts).		
16)		Attacks others, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury)		

(Yudofsky et al., 2012)

Questa pubblicazione, *“Schizofrenia: la sfida dell’aderenza terapeutica”*, scritta da *Debora Gravante e Nadine Corti*, è rilasciata sotto *Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License*.

