

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**Gestione infermieristica del paziente psichiatrico terminale
Una revisione della letteratura.**

Relatore: Semenzin Massimo

Laureanda: Lorenzon Aurora

Matricola n. 2048960

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

Problema e Background: La gestione del paziente terminale con una comorbidità psichiatrica può risultare complicata per l'équipe curante a causa della complessa interazione che si instaura tra la patologia mentale preesistente e la risposta del paziente stesso alle cure mediche proposte. Questo può influire in modo significativo la gestione terapeutica e la capacità del paziente di comprendere, accettare o aderire ai percorsi di cura.

Scopo: Lo scopo è quello di esaminare, attraverso una revisione della letteratura scientifica, se e in che modo la malattia mentale possa inficiare sull'erogazione delle cure infermieristiche. Si intende inoltre valutare se il paziente terminale con comorbidità psichiatrica riceva la stessa qualità di cure comparabile a quella offerta ad un paziente terminale senza una componente psichiatrica.

Materiale e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura mediante consultazione del database scientifico Pubmed, inserendo un limite temporale di 5 anni e criteri di tipologia degli articoli. Sono stati utilizzati termini MeSh.

Risultati: Sono stati selezionati 16 studi che corrispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione: 11 revisioni sistematiche, 3 trial clinici randomizzati e 2 studio di coorte.

Conclusione: Gli studi hanno evidenziato che la gestione infermieristica di un paziente psichiatrico terminale rappresenta una sfida complessa e articolata, che richiede non solo competenze tecniche e cliniche elevate, ma anche una notevole dose di empatia, capacità relazionali e una solida preparazione professionale. L'infermiere che si trova ad assistere un paziente in queste condizioni deve affrontare una serie di problematiche specifiche, in quanto la presenza di una patologia psichiatrica preesistente influisce in modo significativo su vari aspetti del percorso di cura. In conclusione, l'assistenza infermieristica verso i pazienti terminali con comorbidità psichiatriche rappresenta una delle sfide più impegnative nel campo della salute, poiché richiede competenze tecniche, relazionali e umane di alto livello.

Key – words: terminal patient, psychiatric patient, compliance, quality of life.

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. QUADRO TEORICO	3
1.1 IL PAZIENTE PSICHIATRICO	3
1.1.1 Il concetto di salute mentale	3
1.1.2 Il disturbo mentale.....	4
1.1.3 Malattia mentale grave e persistente (SPMI).....	5
1.1.4 Lo stigma	6
1.1.5 Trattamento.....	7
1.2 IL PAZIENTE TERMINALE	8
1.2.1 La malattia terminale.....	8
1.2.2 Le cure palliative.....	8
1.2.3 Équipe multiprofessionale: Psichiatria e Cure palliative.....	9
1.3 L'infermiere.....	10
1.3.1 Il profilo professionale	10
1.3.2 Il codice deontologico	10
2. PROBLEMA	13
3. MATERIALI E METODI	15
3.1 Obiettivo.....	15
3.2 Disegno di studio	15
3.3 Quesito di ricerca	15
3.4 Banche dati consultate.....	15
3.5 Parole chiave e strategie di ricerca.....	15
PICO/PIO	16
FACET ANALYSIS	17
3.6 Stringhe di ricerca	17
3.7 Limiti inseriti	18
3.8 Criteri di inclusione ed esclusione	18
4. RISULTATI.....	19
5. DISCUSSIONE	21
5.1 Primo quesito di ricerca.....	21
5.3 Terzo quesito di ricerca	24

CONCLUSIONI.....	25
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

La salute mentale è un pilastro fondamentale del benessere umano, essenziale tanto quanto la salute fisica. L'importanza di prendersi cura della propria mente e delle persone che affrontano sfide legate alla salute mentale viene spesso sottovalutata. La discriminazione nei confronti di chi soffre di malattie mentali è un problema diffuso e profondamente dannoso, che mina la dignità umana e ostacola il recupero e il supporto necessario. La stigmatizzazione sociale crea un muro intorno alle persone affette da malattie mentali, rendendo difficile per loro chiedere aiuto e ricevere il supporto di cui hanno bisogno. L'assistenza al paziente psichiatrico terminale rappresenta una sfida complessa che richiede un approccio multidisciplinare e altamente sensibile.

Nel corso della mia esperienza di tirocinio nell'ambito delle Cure Palliative, ho avuto l'opportunità di osservare direttamente la complessa presa in carico di un paziente affetto da una patologia psichiatrica concomitante a una neoplasia in stadio avanzato. La complessità della gestione di questo caso risiedeva non solo nella gravità della malattia oncologica, ma anche nell'instabilità psichica del paziente. L'interazione tra il declino fisico e la sofferenza psichica crea una situazione clinica delicata, in cui il paziente non solo deve gestire sintomi psicologici invalidanti, come depressione, ansia o psicosi, ma anche il dolore e la consapevolezza della propria fine imminente. Questo contesto richiede un equilibrio sottile tra interventi farmacologici, per alleviare i sintomi sia fisici che psichici, e approcci di tipo psicologico e relazionale, per sostenere il paziente e i suoi familiari nella fase finale della vita. Ho compreso fin dai primi momenti quanto fosse difficile garantire un'assistenza olistica, capace di prendersi cura del corpo e della mente del paziente in modo armonico e questo richiede non solo competenze mediche, ma anche una profonda empatia, un'attenta comunicazione e un continuo supporto psicologico.

1. QUADRO TEORICO

1.1 IL PAZIENTE PSICHIATRICO

1.1.1 Il concetto di salute mentale

La salute mentale è un aspetto cruciale del benessere generale di una persona, che riguarda il funzionamento emotivo, psicologico e sociale. Questo lo ricorda la definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Salute (O.M.S) in cui dice: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”*. Essa viene sentita in maniera unica e singolare, influenzando una persona su come pensa, sente e agisce, oltre a determinare come gestisce lo stress della vita, si relaziona con gli altri e prende decisioni.

La salute mentale, secondo la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2017), è quella condizione che permette agli individui di affrontare efficacemente gli stress della vita quotidiana, di realizzare il proprio potenziale, di apprendere e lavorare in modo soddisfacente, e di contribuire attivamente al benessere della comunità in cui vivono. Tuttavia, è importante chiarire che la salute mentale non corrisponde semplicemente all'assenza di disturbi mentali; ogni individuo, nel corso della propria vita, può affrontare degli ostacoli che possono temporaneamente o permanentemente alterare l'equilibrio della propria salute mentale, portando a confrontarsi con situazioni uniche e specifiche che possono destabilizzare l'equilibrio psichico. A livello individuale, caratteristiche psicologiche e biologiche come le abilità emotive, la predisposizione genetica o l'abuso di sostanze possono aumentare la vulnerabilità a disturbi mentali. Questi elementi, se combinati con eventi di vita negativi o stress prolungato, possono incrementare notevolmente il rischio di sviluppare problemi di salute mentale. Anche situazioni come la povertà, la disoccupazione, la violenza, le disuguaglianze sociali, e la deprivazione ambientale rappresentano delle minacce significative per la salute mentale di un individuo; questi fattori esterni, che spesso sfuggono al controllo diretto della persona, possono amplificare il rischio di sofferenza psicologica e alimentare un ciclo di disagio mentale che, in assenza di interventi adeguati, può

sfociare in veri e propri disturbi. È quindi evidente come la salute mentale non sia un concetto statico, ma piuttosto un continuum dinamico in cui ognuno persona si trova in costante movimento. Il suo mantenimento non è solo una responsabilità individuale, ma anche una priorità sociale, poiché una comunità sana mentalmente è in grado di crescere, svilupparsi e prosperare meglio.

1.1.2 Il disturbo mentale

Il disturbo mentale è un quadro clinico caratterizzato da difficoltà nella regolazione dei pensieri, del comportamento o nella cognizione della realtà, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici e portando una significativa compromissione in ambito sociale e lavorativo. Per la vastità di aree che può colpire, i disturbi mentali sono molti e diversi, includono:

Disturbo d'ansia, di cui 301 milioni di persone ne soffrono, tra cui 58 milioni di bambini e adolescenti (Mental disorders, WHO, 2022). I disturbi d'ansia sono definiti da paura e preoccupazioni eccessive e si presentano con sintomi pesanti in grado di provocare disagio e compromissione del funzionamento fisico e intellettuale.

Depressione, si stima che 280 milioni di persone, tra cui 23 milioni di bambini e adolescenti, ne soffrano nel 2019 (Mental disorders, WHO, 2022). L'umore depresso si presenta con sensazione di tristezza, irritabilità, vuoto, perdita di piacere o interesse per le attività quotidiane, per almeno due settimane quasi tutti i giorni. Oltre a questi sintomi, la depressione porta la persona a soffrire di scarsa concentrazione, forti sensi di colpa, scarsa autostima, disturbi del sonno, variazioni di appetito e peso, fino alla mancanza di speranza nel futuro accompagnato a pensieri di morte o di suicidio.

Disturbo bipolare, quasi 40 milioni di persone ne hanno sofferto nel 2019 (Mental disorders, WHO, 2022). Questo disturbo è caratterizzato dall'alternanza di due episodi: uno depressivo, in cui la persona sperimenta un umore depresso, e uno maniacale, in cui la persona sperimenta una sensazione di euforia o irritabilità, aumento smisurato di energia, maggiore loquacità, pensieri affannosi, un incremento dell'autostima, diminuzione del bisogno di riposare, azioni impulsive e sconsiderate.

Schizofrenia, affligge circa 24 milioni di persone o 1 su 300 in tutto il mondo (Mental disorders, WHO, 2022) ed è caratterizzata da significative alterazioni della percezione e cambiamenti di comportamento. Le persone affette da schizofrenia rappresentano una categoria fragile poiché hanno un'aspettativa di vita inferiore di 10-20 anni rispetto alla popolazione generale. È fortemente disabilitante, richiede trattamenti a vita ed è clinicamente molto impegnativo come quadro clinico. Gli altri disturbi psicotici (disturbo psicotico breve, il disturbo schizofrenico, disturbo schizo-affettivo) in realtà sono varianti cliniche, nosografiche di questa malattia.

Disturbi del contenuto del pensiero, come l'ideazione prevalente in cui un'idea domina la coscienza (depressione, anoressia, dismorfofobia) oppure l'ideazione delirante in cui il soggetto aderisce in maniera assoluta ad una convinzione erronea. Il delirio, infatti, è caratterizzato da 1. Assoluta certezza soggettiva; 2. Assenza di influenzabilità nonostante confutazioni logiche; 3. Assurdità di contenuto;

Lo studio Global Burden of Disease, Injuries and Risk factors study 2017 (GBD 2017) i disturbi mentali, neurologici e abuso da sostanze sono responsabili di più del 14% dei DAYLs (Disability Adjusted Life Year), manifestandosi in ambo i sessi e in qualsiasi fascia d'età. Il disturbo mentale è di natura multifattoriale, risultante da una combinazione di fattori eziologici, genetici e legati alle prime fasi dello sviluppo, inclusa la vita intrauterina. La genetica e l'epigenetica svolgono un ruolo cruciale, e le esperienze dell'infanzia, comprese quelle traumatiche, così come gli eventi di vita, hanno un impatto duraturo. In Europa, i disturbi neuropsichiatrici rappresentano la terza causa principale di anni di vita persi per mortalità prematura (15,2%), subito dopo le malattie cardiovascolari (26,6%) e le neoplasie maligne (15,4%).

1.1.3 Malattia mentale grave e persistente (SPMI)

Il termine malattia mentale grave e persistente (SPMI) è stato introdotto dal NIMH nel 1987 in cui è stato definito come una funzione delle tre D: diagnosi, disabilità e durata, riferendosi a disturbi di salute mentale cronici i quali compromettono le funzioni e richiedono un trattamento continui. Come spiegato da Zumstein e Riese in Special Topic (2020), da allora non è stata ancora trovata una definizione consensuale e le diverse esplicazioni di tale malattia derivano specialmente dai

diversi significati che si attribuiscono sulle caratteristiche costitutive del concetto. Approssimativamente il 4,5% della popolazione soffre di una malattia mentale grave e persistente, con un rischio di mortalità prematura elevata rispetto a una persona senza SPMI e un incremento del rischio se associato a doppia diagnosi con una malattia medica cronica (Daniel Shalev et al.). Le cure palliative rappresentano lo standard di cure per gli individui che soffrono di SPMI, ciononostante l'erogazione del servizio di Cure Palliative non è stata resa disponibile per questo target di popolazione.

1.1.4 Lo stigma

Le persone affette da malattie mentali devono spesso affrontare una doppia sfida. Il primo problema è rappresentato dalla malattia stessa e dai sintomi che ne derivano, i quali possono variare notevolmente a seconda del disturbo mentale specifico; tra i sintomi più comuni vi sono le allucinazioni, i deliri, l'ansia intensa e incontrollabile, così come i gravi sbalzi d'umore. Il secondo ostacolo, che spesso aggrava ulteriormente la situazione, è lo stigma sociale associato alla malattia mentale. Le incomprensioni diffuse riguardo ai disturbi mentali alimentano pregiudizi e discriminazioni nei confronti di chi ne è affetto e dalle analisi mediatiche di film e stampa hanno individuato tre concezioni diffuse errate riguardo alle persone con malattie mentali: sono pericolosi maniaci omicidi da temere; sono animi liberi e ribelli; oppure hanno una visione puerile del mondo che suscita meraviglia. La società, infatti, tende a etichettare queste persone come “pericolose”, “inadeguate” o “incapaci”, ignorando la complessità della condizione che stanno vivendo e non riconoscendo le loro capacità individuali. Da qui ne può derivare un processo, noto come "autostigma", che si verifica quando una persona accetta le credenze e le percezioni negative che la società ha sulla malattia mentale e le rivolge contro sé stessa con effetti devastanti sull'autostima e sulla fiducia personale, portando spesso a un senso di impotenza e isolamento, riducendo ulteriormente la motivazione a cercare aiuto o a migliorare la propria situazione, ostacolando così il percorso di cura e rendendo ancora più difficile il recupero e la reintegrazione sociale.

Secondo l'Associazione Psichiatrica Mondiale, la stigmatizzazione costituisce “*la barriera più significativa*” persino più della malattia in sé, per le condizioni

mentali e la qualità della vita di chi accede ai servizi di salute mentale e dei loro familiari, rappresentando un ostacolo per la via della guarigione e della salute mentale (World Psychiatric Association, 2019). L'impatto negativo dello stigma è stato ulteriormente sottolineato nella recente Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health (Thornicroft et al., 2022), che ha dichiarato come lo stigma verso la malattia mentale *"violi i diritti umani fondamentali e produca effetti gravi e dannosi su chi soffre di disturbi mentali, aggravando l'emarginazione e l'esclusione sociale"*.

L'aggravamento delle condizioni di salute mentale della popolazione nel corso del 2020-21 ha portato sotto i riflettori l'importanza della salute mentale. In risposta quindi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato le modifiche al Piano d'azione per la Salute Mentale 2013-2020 estendendo la validità fino al 2030, dichiarando una visione di un *"mondo in cui la salute mentale sia riconosciuta, promossa e tutelata [...]per permettere a tutti di raggiungere il massimo livello di benessere e di partecipare pienamente alla società e al lavoro, liberi da stigmatizzazioni e discriminazioni"*.

1.1.5 Trattamento

I sintomi psichiatrici e le limitazioni nella vita di molte persone affette da malattie mentali possono essere notevolmente migliorati mediante vari trattamenti psichiatrici e psicosociali. Purtroppo, molte persone che potrebbero trarre beneficio da tali trattamenti scelgono di non avviare mai il percorso terapeutico o di interromperlo prematuramente. Questo basso tasso di partecipazione non si applica solo alle malattie mentali meno gravi come i disturbi dell'adattamento; meno di due terzi delle persone affette da schizofrenia seguono il trattamento, mentre generalmente le persone con malattie mentali più serie non partecipano con la stessa frequenza di coloro con disturbi minori. Nonostante molti non inizino il trattamento, un numero ancora maggiore non aderisce completamente agli interventi prescritti una volta avviati. In media, quasi la metà di coloro che assumono farmaci antipsicotici non riesce a rispettare completamente la terapia prescritta. Questa è una delle ragioni principali dell'alto tasso di recidiva, che contribuisce a un aumento di quasi un miliardo di dollari nei costi ospedalieri annuali a livello globale.

1.2 IL PAZIENTE TERMINALE

1.2.1 La malattia terminale

La fase terminale di una malattia è un termine clinico preciso, utilizzato per indicare quella fase in cui le terapie sono diventate inadeguate o sono inefficienti ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Malgrado non si possa prevedere per certo, la persona è considerata prossima alla fine della vita quando si pronostica che la morte possa avvenire entro 12 mesi.

Nel 1998 la Commissione ministeriale di Cure Palliative italiana stabilisce che un paziente affetto da patologie evolutive e irreversibile è in una fase “terminale” quando vengono soddisfatti 3 criteri contemporaneamente:

1. Criterio terapeutico, ovvero assenza o esaurimento dei trattamenti curativi o inopportunità degli stessi;
2. Criterio sintomatico: presenza di sintomi invalidanti che comportino una riduzione della scala di valutazione per la misurazione della performance del paziente Karnofsky Performance Status \leq di 50 in cui si rende necessario un supporto per le normali attività e c'è una richiesta frequente di cure mediche, corrispondente a un ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) di 3 o 4;
3. Criterio evolutivo: rapidità di progressione della malattia con morte imminente, solitamente entro 3 mesi.

1.2.2 Le cure palliative

Le Cure Palliative vengono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1990 come la cura attiva e totale di una malattia inguaribile che non risponde più ai trattamenti specifici. L'obiettivo delle Cure Palliative è garantire la miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie guardando al morire come un processo naturale senza affrettare né posporre la morte, prendendosi in carico la gestione del dolore e dando sollievo degli altri sintomi che provocano sofferenza, integrando l'aspetto psicologico, sociali e spirituali e offrendo un sistema di supporto per aiutare la famiglia a superare la malattia e il lutto del proprio caro.

Nel 2010 viene stipulata la legge 38 “*Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore*”, la prima legge organica sulle Cure

Palliative in Italia in cui viene raggiunto un traguardo concreto nell'assistenza ai malati in fase terminale e a chi soffre di dolore cronico. Con questa legge anche il paziente con disabilità fisiche e/o mentali mantiene la propria dignità nonostante l'evoluzione della malattia.

Le Cure Palliative hanno trovato in seguito il loro maggiore sviluppo nelle cure a domicilio. Rappresenta una realtà molto complessa poiché implica il trasferimento di risorse professionali in grado di fronteggiare ogni problema che si potrebbe presentare e di garantire il “continuum diagnostico- terapeutico di palliazione e di supporto”, capace di accompagnare il paziente fino alla morte. Per ottenere questo risultato è essenziale la concreta presenza dei familiari. È compito dell'équipe di individuare, all'interno della famiglia, un referente e di aiutarlo a sopportare meglio il carico fisico, organizzativo ed emozionale.

1.2.3 Équipe multiprofessionale: Psichiatria e Cure palliative

Il processo di cura del paziente in fase avanzata di malattia che presenta un disturbo psichiatrico richiede un approccio integrato e multidisciplinare, inserendosi nel quadro della complessità che caratterizza le Cure Palliative. Le persone con SPMI sono considerate il gruppo target della psichiatria palliativa, la quale mira a promuovere la centralità del paziente e la sua autonomia. Questo approccio collaborativo e integrato è fondamentale per garantire un'assistenza completa e rispettosa della dignità del paziente in questa delicata fase della vita.

La necessità a questa collaborazione deriva dalla complessa intersezione di diverse necessità fisiche, psicologiche e sociali, che devono essere affrontate simultaneamente; la comprensione dei bisogni specifici del paziente deve essere alla base dell'intervento e non può limitarsi solo alla gestione dei sintomi fisici, ma deve anche includere una risposta appropriata al disturbo psichiatrico, come ansia, depressione o deliri.

1.3 L'infermiere

1.3.1 Il profilo professionale

Il profilo professionale dell'infermiere viene delineato la prima volta dal decreto Ministeriale 739 emanato il 14 settembre 1994 in cui viene definito come quella figura sanitaria che è responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, grazie al diploma universitario abilitante e all'iscrizione all'albo professionale configurando la natura tecnica, relazionale ed educativa di questa professione. La prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati e disabili e l'educazione sanitaria sono le funzioni principali. Il Codice deontologico è uno strumento fondamentale per lo sviluppo della professionalità degli infermieri, uno strumento che non può essere calato dall'alto, ma deve arrivare a compimento con un processo democratico importante

1.3.2 Il codice deontologico

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione, in cui l'infermiere assiste e si occupa della persona presa in carico, rispettando la sua dignità, libertà, uguaglianza, le sue decisioni di vita e la sua visione di salute e benessere, senza discriminazioni legate a fattori sociali, di genere, orientamento sessuale, etnia, religione o cultura. Evita qualsiasi forma di discriminazione o giudizio nei confronti delle persone che incontra nel suo lavoro.

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura, in cui nel processo di cura, l'infermiere riconosce e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni, facilitando l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e sostiene il paziente, e con il suo consenso, anche le persone di riferimento, al fine di promuovere l'adesione al percorso terapeutico e valutare le risorse disponibili per attivarle.

Art. 24 – Cure nel fine vita, in cui l'infermiere fornisce assistenza infermieristica fino agli ultimi momenti di vita della persona assistita, riconoscendo l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, delle cure palliative e

del conforto in ambito fisico, psicologico, relazionale, spirituale e ambientale. Sostiene i familiari e le persone vicine alla persona assistita durante l'ultima fase della malattia, nel momento della perdita e nel processo di elaborazione del lutto.

2. PROBLEMA

Le comorbidità psichiatriche influiscono negativamente su diversi aspetti, tra cui la qualità della vita, la prognosi e l'utilizzo delle risorse sanitarie. Tra i pazienti con malattie gravi, i sintomi psichiatrici sono una delle principali ragioni di riferimento alle Cure Palliative, e la presenza di comorbidità psichiatriche può persino predire l'invio a tali servizi in quanto queste riconoscono l'assistenza psicologica e psichiatrica come uno dei loro ambiti centrali. Assistere a questo tipo di pazienti risulta una difficoltà per il team delle Cure Palliative, in quanto non sufficientemente preparati ad affrontare questo tipo di caso clinico, incidendo sulla qualità delle cure erogate (Olivia Hurwitz et al. 2023).

In questo contesto emerge quindi quanto il sostegno da parte delle Cure Palliative sia fondamentale, ma tutt'ora ancora limitato. È quindi necessario che siano adottate delle misure di supporto per risolvere questo problema.

Lo scopo della ricerca è di esplorare quanto la comorbidità psichiatrica possa influenzare la qualità dell'assistenza infermieristica, confrontando tale condizione in un caso in cui la malattia mentale è assente.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è quello di esaminare la letteratura disponibile riguardante la gestione assistenziale di pazienti in fase terminale affetti da cancro con comorbidità psichiatrica, cercando di capire se, e in che misura, la presenza di una malattia mentale possa influenzare la qualità, la tempestività e l'efficacia delle cure infermieristiche erogate, confrontandole con una situazione in cui non è presente una comorbidità psichiatrica.

3.2 Disegno di studio

È stata redatta una revisione della letteratura.

3.3 Quesito di ricerca

- a. La malattia mentale incide sulla compliance del paziente terminale?
- b. Il paziente psichiatrico terminale riceve la stessa qualità di cure in confronto a un paziente senza comorbidità psichiatrica?
- c. Che strumenti deve avere l'infermiere per affrontare queste situazioni?

3.4 Banche dati consultate

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione di Banche dati elettroniche, quali Pubmed, nel periodo tra 2019 e 2024.

3.5 Parole chiave e strategie di ricerca

È stato utilizzato il metodo PIO/PICO per la formulazione delle parole chiave a partire dal quesito di ricerca e, successivamente, è stata costruita una tabella in cui sono state inserite le keywords correlate (vedi Facet Analysis).

- Malato oncologico
- Malato psichiatrico
- Compliance della terapia farmacologica
- Psichiatria palliativa

PICO/PIO

Tabella I: PIO relativo al primo quesito: La malattia mentale incide sulla compliance del paziente terminale?

PIO	PAROLA CHIAVE	KEYWORDS
P	Paziente terminale con comorbidità psichiatrica	Terminal patient with psychiatric comorbidity
I	Erogazione delle cure palliative	Palliative care
O	Compliance al piano terapeutico	Therapy treatment compliance

Tabella II: PICO relativo al secondo quesito: Il paziente psichiatrico terminale riceve la stessa qualità di cure in confronto a un paziente senza comorbidità psichiatrica?

PICO	PAROLA CHIAVE	KEYWORDS
P	Paziente terminale	Terminal patient
I	Erogazione delle cure palliative al paziente terminale con malattia psichiatrica	Psychiatric comorbidity
C	Erogazione delle cure palliative al paziente terminale senza malattia psichiatrica	No psychiatric comorbidity
O	Esiti clinici della cura	Quality of life

Tabella III: PIO al terzo quesito di ricerca: Che strumenti deve avere l'infermiere delle cure palliative per poter affrontare queste situazioni?

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	L'infermiere delle cure palliative	Palliative nursing
I	Conoscenze psichiatriche	Psychiatric knowledge
O	Assistenza infermieristica	Nursing care

FACET ANALYSIS

Tabella IV: Facet Analysis relativo ai quesiti di ricerca

Terminal patient	Psychiatric comorbidity	Palliative care	Compliance
		Palliative medicine	Patient compliance Treatment Adherence and compliance Medication adherence

3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver identificato le parole chiave pertinenti ai quesiti di ricerca, sono state generate le stringhe di ricerca, come indicato nella Tabella V, per ciascun database. Queste parole chiave sono state combinate utilizzando gli operatori booleani "AND" e "OR". La consultazione dei documenti in formato digitale è stata resa possibile grazie al servizio Auth-Proxy offerto dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

Tabella V. Stringhe di ricerca per ogni quesito

	Database	Stringa	Risultati	Articoli selezionati	Flow-chart
1	Pubmed	(mental illness) AND (treatment compliance)	18.015	7	Allegato 1
2		(terminal illness) AND (psychiatric comorbidity)	76	5	Allegato 2
3		((mental illness) AND (terminal illness)) AND (nursing care)	298	3	Allegato 3
4		(palliative nurse) AND (psychiatric patient)	319	1	Allegato 4

3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati negli ultimi cinque anni, dal 2019 al 2024, e gli studi pubblicati esclusivamente in lingua inglese ed italiana escludendo libri e documenti, prediligendo per gli studi metanalisi, trial clinici randomizzati controllati e revisioni sistematiche.

3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca sono stati chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi. Sono state quindi create le stringhe di ricerca e sono stati individuati, attraverso una prima analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti.

Criteri di inclusione:

- Studi relativi a pazienti con malattia psichiatrica
- Studi relativi a pazienti con malattia terminale
- Studi relativi a pazienti adulti

Criteri di esclusione:

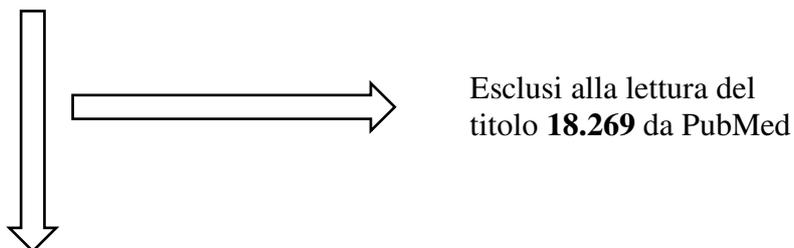
- Studi relativi a pazienti pediatrici
- Studi relativi a pazienti che abusano di droga

Nella selezione finale degli studi, gli articoli presenti tra i risultati di più stringhe di ricerca sono stati considerati solamente una volta.

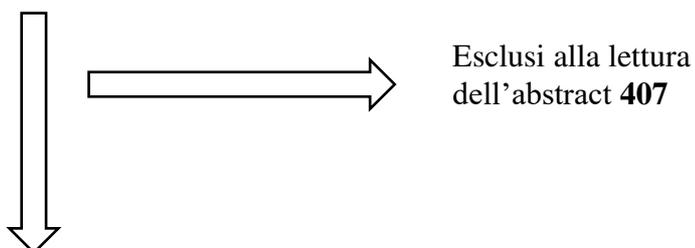
4. RISULTATI

La selezione ha portato ad un totale di 16 articoli. Il seguente flow-chart ne rappresenta sinteticamente il processo.

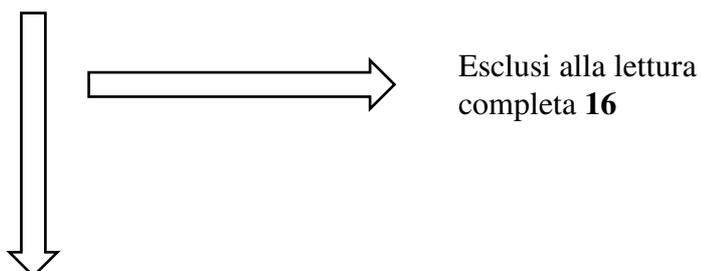
Risultati **18.707** da PubMed



439 da sottoporre a lettura dell'abstract



32 da sottoporre a lettura integrale



16 studi selezionati

La ricerca bibliografica effettuata all'interno della banca dati PubMed utilizzando le parole chiavi organizzate in stringhe di ricerca, si sono individuati 18707 articoli: 18015 dalla prima stringa di ricerca, 76 dalla secondo stringa, 298 dalla terza e 319 dalla quarta stringa di ricerca. Nel complesso, i 16 studi selezionati comprendono 11 revisioni sistematiche, 3 trial clinici randomizzati e 2 studi longitudinali.

Per ogni articolo sono state riassunte le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, l'annata di pubblicazione, la tipologia di studio, l'obiettivo, il campione, materiali e metodi, i risultati ottenuti, i limiti dello studio e le conclusioni (Allegato 5).

5. DISCUSSIONE

5.1 Primo quesito di ricerca

La malattia mentale incide sulla compliance del paziente terminale?

Dai vari articoli si è evidenziato che la preponderanza alla mancata aderenza alla terapia farmacologica è superiore nelle popolazioni psichiatriche e risulta essere la motivazione fondamentale per gli scarsi risultati del trattamento.

Le barriere che impediscono il raggiungimento di un ottimale follow up per la terapia farmacologica comprendono: lo stigma, gli atteggiamenti negativi nei riguardi del trattamento, notevoli effetti collaterali avversi, problemi economici e mancato supporto di una rete sociale. L'ostacolo più difficile da affrontare è il ruolo della stigmatizzazione sulla salute mentale e l'auto stigmatizzazione incide pesantemente sull'aderenza ai trattamenti sanitari erogati. Lo stigma viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come: *“Un marchio di vergogna, di disgrazia, di disapprovazione che fa rifiutare, discriminare ed escludere un individuo da contesti e situazioni proprie della vita sociale.”* (OMS 2021).

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria mentale, malgrado gli importanti progressi negli ultimi cinquant'anni, la figura dello stigma all'interno di questo campo è ancora molto rilevante, rimanendo un ostacolo significativo a migliorare i risultati del trattamento e del recupero. Pur essendo un fenomeno globale, la prevalenza dello stigma non è uguale in tutti i paesi con tassi di prevalenza stimati in Canada, Nigeria ed Etiopia pari rispettivamente al 24,4%, al 22,5% e all'83,5%. (Obinna V Chukwuma et al., 2024). Lo stigma, tuttavia, non ha intaccato solo l'ambito pubblico e istituzionale, ma anche quello professionale nell'ambito della sanità. La stigmatizzazione professionale si manifesta quando si adottano atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei pazienti affetti da malattie mentali nati dalla paura e dalla mancanza di comprensione delle cause e dei sintomi dei disturbi psichiatrici. Questo fatto è particolarmente allarmante poiché può influenzare la qualità del trattamento e dell'assistenza offerti ai pazienti con disturbi mentali, compresi i trattamenti per malattie fisiche, incidendo così sul benessere e sul processo di recupero dei pazienti.

Alcuni studi hanno dimostrato un rapporto negativo tra stigma e risultati correlati al recupero, e un rapporto positivo tra stigma e ideazione suicida e depressione. Si può confermare che il ruolo dello stigma ha un impatto significativo sull'aderenza alla terapia farmacologica, peggiorando i sintomi psichiatrici e riducendo i comportamenti di ricerca del trattamento, portando ritardi nell'accesso dell'assistenza sanitaria e problemi di follow-up. Dubreucq et al. hanno osservato che una maggiore comprensione della malattia mentale riduce significativamente lo stigma interiorizzato. Lo stigma, sia percepito che vissuto, insieme alla disfunzione cognitiva percepita, influisce indirettamente sui risultati clinici e funzionali attraverso l'autostigma.

Strategie cognitive e comportamentali: la non compliance del paziente con una comorbidità psichiatrica è un segno che contribuisce notevolmente sulla poca efficienza dell'assistenza sanitaria portando a cascata una gestione della terapia inconcludente, esiti clinici alterati e il poco controllo dei sintomi. Tuttavia, esistono alcuni interventi che sono stati individuati come efficaci nell'implementare la compliance alla terapia farmacologica. In uno studio condotto da Elke Loots et al., sono emersi 28 interventi diversi che hanno prodotto risultati favorevoli all'aderenza alla terapia farmacologica quali: utilizzo di promemoria giornalieri dei farmaci a casa dei pazienti o mediante SMS, incontri educativi basati sulla diagnosi, sui sintomi, farmaci e ricadute del paziente.

Telemedicina e tele nursing: per far sì che il paziente diminuisca le ricadute di non compliance e ne favorisca l'utilizzo, si è trovato utile approcciarsi alla tecnologia per poter erogare un'assistenza specifica anche a distanza. L'approccio con la telemedicina e l'utilizzo di applicazioni telefoniche è stato adottato in questo campo e uno studio redatto da Esra Uslu et al. ne ha valutato gli esiti, andando a determinare gli effetti dell'applicazione telefonica di tele nursing. Gli infermieri, con l'aiuto di questa applicazione, hanno più possibilità di mettersi in contatto con l'assistito e fornire informazioni riguardo ai benefici della terapia rafforzando la determinazione di alcuni pazienti e chiarificando dubbi relativi alla terapia farmacologica. Secondo lo studio di Saadia A. Basit et al., la telemedicina si è dimostrata un vantaggio per la comprensione della non-aderenza potendo stabilire

quando e dove si verifica, e in base alle ragioni della mancata compliance i sistemi sanitari hanno la possibilità di personalizzare gli interventi di aderenza.

5.2 Secondo quesito di ricerca

Il paziente psichiatrico terminale riceve la stessa qualità di cure in confronto a un paziente senza comorbidità psichiatrica?

Gli individui con gravi malattie mentali (SPMI) rappresentano una popolazione vulnerabile e la comprensione dei loro bisogni riguardo le cure di fine vita è scarsa. La discrepanza di mortalità tra gli individui con una malattia mentale grave ormai è da tempo soggetto ad ampi studi epidemiologici, ed è nell'eccesso di mortalità dei pazienti affetti da una malattia mentale che si può notare la disparità nell'assistenza sanitaria (Joshua M. Baruth et al.). Si è riscontrato che i pazienti affetti da schizofrenia muoiono circa 8 anni prima di cancro rispetto agli individui senza una diagnosi di malattia mentale. Lo studio di Guillaume Fond et al, afferma che una spiegazione probabile che giustifichi questi dati sia che i pazienti affetti da schizofrenia abbiano meno possibilità di sottoporsi a ulteriori controlli di screening per la minore frequenza di esami di imaging nell'ultimo mese di vita a causa di una mancanza o di un ritardo inizio del trattamento. Gli individui con disturbi mentali gravi (SPMI) sono esposti a un rischio maggiore di mortalità, in parte perché possono essere meno inclini a cercare o avere l'accesso a cure mediche di qualità. Le difficoltà nel descrivere correttamente i sintomi, il ricorso tardivo alle cure e la perdita di continuità nelle terapie, spesso legata a fattori socioeconomici o alla mancanza di una stabile dimora, sono tutte condizioni che contribuiscono a peggiorare il loro stato di salute (Kate L.M. Hinrichs et al.). In uno studio condotto in Francia da Guillaume Fond et al. nel 2021 si è evidenziato che tra le donne morte per cancro al seno in un lasso di tempo di circa 4 anni, c'è una notevole differenza tra le donne con diagnosi di grave disturbo psichiatrico e quelle senza. Uno studio di coorte, condotto precedentemente da Guillaume Font et al., nel 2019 afferma che i pazienti con schizofrenia e con diagnosi di cancro avanzato, avevano maggiori possibilità di ricevere sostegno dalle Cure Palliative nell'ultimo mese di vita e minori probabilità di ricevere cure di fine vita ad alta intensità (chemioterapia e chirurgia) rispetto ai controlli senza una comorbidità di disturbo mentale. I pazienti con disturbi

mentali gravi (SPMI) e gravi patologie mediche affrontano disparità nelle cure alla fine della vita. Queste disparità includono un accesso limitato alla pianificazione anticipata delle cure e ai trattamenti di cure intensive di fine vita. Tali differenze si manifestano, ad esempio, in un minore utilizzo di analgesici, nella riduzione dei servizi psichiatrici verso la fine della vita e in un maggiore ricorso alle case di cura (Daniel Shalev et al., 2020). Esistono differenze anche nell'accesso ai servizi di cure palliative, ma si è potuto evidenziare che il paziente psichiatrico terminale, per disparità legate all'accesso di altri trattamenti sanitari, riesca ad essere più seguito da questo tipo di servizio.

5.3 Terzo quesito di ricerca

Che strumenti deve avere l'infermiere delle cure palliative per poter affrontare queste situazioni?

Dalla letteratura corrente emerge che l'infermiere delle Cure Palliative deve dimostrare di avere varie doti trasversali per poter garantire al meglio le miglior cure ad un paziente terminale con comorbidità psichiatrica. L'assistenza richiede un set di strumenti e competenze che vanno oltre le conoscenze cliniche di base, poiché l'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita del paziente, gestendo sia il dolore fisico che le complesse dinamiche legate alla malattia mentale. Come spiega Kate L.M. Hinrichs et al., i sintomi dati dalla malattia mentale si intersecano spesso con i problemi medici cronici di una persona ed è necessario che il team di Cure Palliative lo capisca per fornire un supporto di qualità. Quindi, sono da adottare delle strategie per colmare queste lacune e un elemento importante per creare un collegamento efficace tra le Cure Palliative e la Psichiatria si basa nel migliorare l'apprendimento psichiatrico per quanto riguarda gli infermieri e i medici delle Cure Palliative. Grazie alla condivisione di conoscenze psichiatriche su comuni malattie come il delirio e disturbi depressivi, l'équipe di Cure Palliative può fornire miglior cure ai pazienti con comorbidità psichiatriche e gravi malattie terminali.

CONCLUSIONI

Il paziente psichiatrico con una patologia terminale rappresenta una delle situazioni più complesse in ambito sanitario, in particolare nel contesto delle Cure Palliative. È importante sottolineare che i pazienti affetti da malattie gravi e con comorbidità di salute mentale accedono alle Cure Palliative a un livello maggiore rispetto ai gruppi di controllo. L'équipe specializzata in Cure Palliative è in una posizione privilegiata per assumere il ruolo di custode della salute mentale per le persone con patologie mentali severe, poiché la presa in carico degli aspetti psicologici e psichiatrici è definito nelle Linee guida per la pratica clinica di Cure Palliative di qualità. Tuttavia, esistono diverse barriere che ostacolano un'efficace gestione assistenziale per questo tipo di paziente perché la presenza di un disturbo mentale è stata regolarmente correlata a vari esiti clinici sfavorevoli, tra cui un incremento del dolore e del peso dei sintomi, una riduzione della qualità della vita e un deterioramento delle capacità funzionali. Il tasso di non compliance nella popolazione psichiatrica è significativamente alto e i fattori che fanno sì che ciò accada sono: fattori socioeconomici, scarso sostegno dalla rete familiare e il fenomeno dello stigma, di cui molti pazienti con una malattia mentale sono marchiati, rappresentando a volte la barriera che più ostacola il loro percorso clinico. Esistono tecniche per far aderire il paziente alla terapia farmacologica quali: la telemedicina e applicazioni di comunicazione telefoniche con cui mettersi in contatto con l'infermiere di riferimento e un buon sostegno familiare. La differenza di sopravvivenza e di trattamento tra un paziente con comorbidità psichiatrica e un paziente senza una malattia mentale è rilevante. Si è potuto dimostrare che l'accesso alle Cure Palliative è maggiore nei pazienti con diagnosi di cancro e una comorbidità psichiatrica, ma con uno scarso risultato per quanto riguarda l'accesso a cure di fine vita ad alta intensità. L'assistenza infermieristica a questo target di utenti richiede competenze trasversali, che vanno oltre a quelle tecniche legate alla condizione psichiatrica.

In conclusione, la letteratura attuale sulle Cure Palliative per le persone psichiatriche terminali, nonostante offra dei buoni spunti da cui partire, rimane ancora abbastanza limitata ed è necessario continuare a fare ricerca e lavorare per iniziare ad implementare in modo efficace le Cure Palliative nel settore psichiatrico.

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

1. Agenda17 [Internet]. La pandemia ha aumentato i disturbi mentali, soprattutto nei giovani. Lo stigma persiste, ma le risorse investite per la cura della salute mentale restano insufficienti (2) - Agenda17; [consultato il 3 settembre 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.agenda17.it/2021/12/10/la-pandemia-ha-aumentato-i-disturbi-mentali-soprattutto-nei-giovani-lo-stigma-persiste-ma-le-risorse-investite-per-la-cura-della-salute-mentale-restano-insufficienti-2/>.
2. Aceranti A, Spini E, Tamburello M, Cini D, Vernocchi S. Compendio di cure palliative: le cure di fine vita. Independently Published; 2017.
3. EpiCentro [Internet]. EpiCentro; [consultato il 12 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-europa>
4. EpiCentro [Internet]. EpiCentro; [consultato il 12 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>
5. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet [Internet]. 10 novembre 2018 [consultato il 12 settembre 2024];392. Disponibile all'indirizzo: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext)
6. ISSalute: la Tua salute il Nostro obiettivo-Istituto Superiore di Sanità [Internet]. Cure palliative; [consultato il 21 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative>
7. Mangiacavalli B. FNOPI | Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [Internet]. Codice deontologico delle professioni infermieristiche; 13 aprile 2019 [consultato il 5 settembre 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf>
8. Ministero della Salute [Internet]. Che cos'è la salute mentale; [consultato il 22 maggio 2024]. Disponibile

all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

9. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* [Internet]. Dicembre 2005 [consultato il 28 agosto 2024];20(8):529-39. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
10. Turriziani A, Zaninetta G. Il mondo delle cure palliative [Internet]. [luogo sconosciuto]: Società Editrice Esculapio; 2020. 520 p. Disponibile all'indirizzo: https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=AOHSDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cure+palliative&ots=3eiqfVhG9e&sig=qaBPv6iAB6gjbVzShYNjzpNYoEQ&redir_esc=y#v=onepage&q=cure%20palliative&f=false
11. World Health Organization (WHO) [Internet]. Mental health; 17 giugno 2022 [consultato il 24 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
12. World Health Organization (WHO) [Internet]. Mental disorders; 8 giugno 2022 [consultato il 24 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
13. Zumstein N, Riese F. Defining severe and persistent mental illness—a pragmatic utility concept analysis. *Frontiers Psychiatry*. 6 luglio 2020;11. [consultato il 25 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.00648/full>
14. Baruth, J. M., Ho, J. B., Mohammad, S. I., & Lapid, M. I. (2021). End-of-life care in schizophrenia: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 33(2), 129–147. [consultato 12 giugno 2024] <https://doi.org/10.1017/S1041610220000915>
15. Balikai, S. I., Rentala, S., Mudakavi, I. B., & Nayak, R. B. (2022). Impact of nurse-led medication adherence therapy on bipolar affective disorder: A

randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2676–2686. [consultato 26 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1111/ppc.13108>

16. Basit, S. A., Mathews, N., & Kunik, M. E. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *General hospital psychiatry*, 62, 28–36. [consultato il 13 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004>
17. Bouça-Machado, R., Rosário, M., Alarcão, J., Correia-Guedes, L., Abreu, D., & Ferreira, J. J. (2017). Clinical trials in palliative care: a systematic review of their methodological characteristics and of the quality of their reporting. *BMC palliative care*, 16(1), 10. [consultato il 6 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0181-9>
18. Chukwuma, O. V., Ezeani, E. I., Fatoye, E. O., Benjamin, J., Okobi, O. E., Nwume, C. G., & Egberuare, E. N. (2024). A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes. *Cureus*, 16(6), e62642. [consultato il 22 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.7759/cureus.62642>
19. Evans, C. J., Yorganci, E., Lewis, P., Koffman, J., Stone, K., Tunnard, I., Wee, B., Bernal, W., Hotopf, M., Higginson, I. J., & MORECare_Capacity (2020). Processes of consent in research for adults with impaired mental capacity nearing the end of life: systematic review and transparent expert consultation (MORECare_Capacity statement). *BMC medicine*, 18(1), 221. [consultato il 14 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01654-2>
20. Fond, G., Pauly, V., Duba, A., Salas, S., Viprey, M., Baumstarck, K., Orleans, V., Llorca, P. M., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2021). End of life breast cancer care in women with severe mental illnesses. *Scientific reports*, 11(1), 10167. [consultato il 17 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89726-y>
21. Fond, G., Salas, S., Pauly, V., Baumstarck, K., Bernard, C., Orleans, V., Llorca, P. M., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). End-of-life care

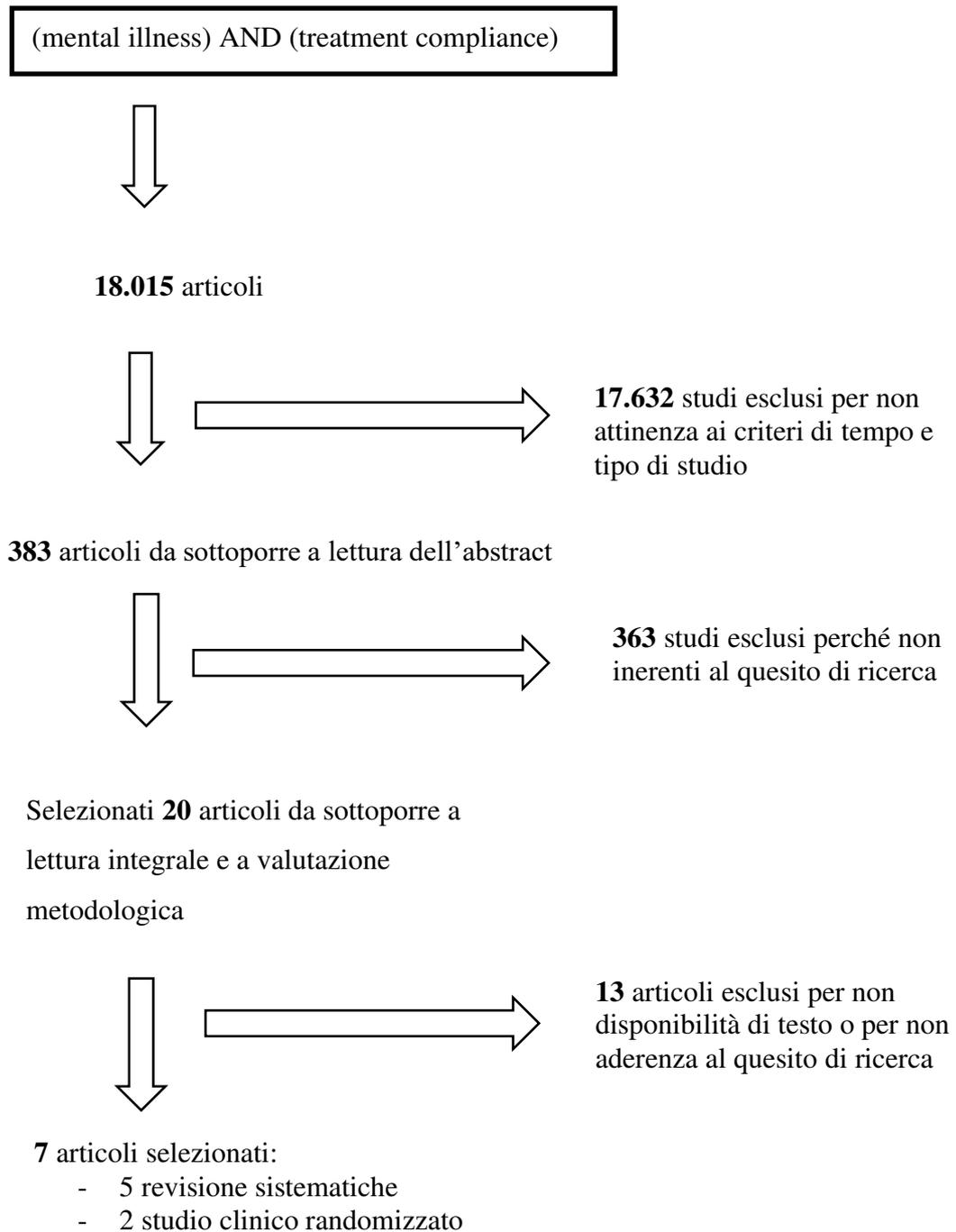
- among patients with schizophrenia and cancer: a population-based cohort study from the French national hospital database. *The Lancet. Public health*, 4(11), e583–e591. [consultato il 27 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30187-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30187-2)
22. Hurwitz, O., Chammas, D., & Shalev, D. (2023). Psychiatry and Palliative Care: Growing the Interface Through Education. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 47(5), 540–545. [consultato il 5 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01733-x>
23. Inwanna, S., Duangchan, C., & Matthews, A. K. (2022). Effectiveness of Interventions to Promote Medication Adherence in Schizophrenic Populations in Thailand: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2887. [consultato il 10 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052887>
24. Lammila-Escalera, E., Greenfield, G., Pan, Z., Nicholls, D., Majeed, A., & Hayhoe, B. (2024). Interventions to improve medication adherence in adults with mental-physical multimorbidity in primary care: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 74(744), e442–e448. [consultato il 23 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0406>
25. Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10213. [consultato il 1 luglio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>
26. Sadowska, K., Fong, T., Horning, D. R., McAteer, S., Ekwebelem, M. I., Demetres, M., Reid, M. C., & Shalev, D. (2023). Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic

- Review. *Journal of pain and symptom management*, 66(1), e129–e151. [consultato il 10 maggio 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.03.007>
27. Riley, K., Hupcey, J. E., & Kowalchik, K. (2022). Palliative Care in Severe and Persistent Mental Illness: A Systematic Review. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 24(3), E88–E93. [consultato il 5 settembre 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000855>
28. Shalev, D., Fields, L., & Shapiro, P. A. (2020). End-of-Life Care in Individuals With Serious Mental Illness. *Psychosomatics*, 61(5), 428–435. [consultato il 4 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.06.003>
29. Serfaty, M., King, M., Nazareth, I., Moorey, S., Aspden, T., Mannix, K., Davis, S., Wood, J., & Jones, L. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 216(4), 213–221. [consultato il 17 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.207>
30. Uslu, E., & Buldukoglu, K. (2020). Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 63–71. [consultato il 27 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1111/ppc.12376>
31. Wilson, R., Hepgul, N., Higginson, I. J., & Gao, W. (2020). End-of-life care and place of death in adults with serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative medicine*, 34(1), 49–68. [consultato il 15 giugno 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1177/0269216319867847>
32. Westermair, A. L., Irwin, S. A., Schweiger, U., & Trachsel, M. (2021). Editorial: Approaches for Severe and Persistent Mental Illness. *Frontiers in psychiatry*, 12, 722496. [consultato il 23 agosto 2024]. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.722496>

ALLEGATI

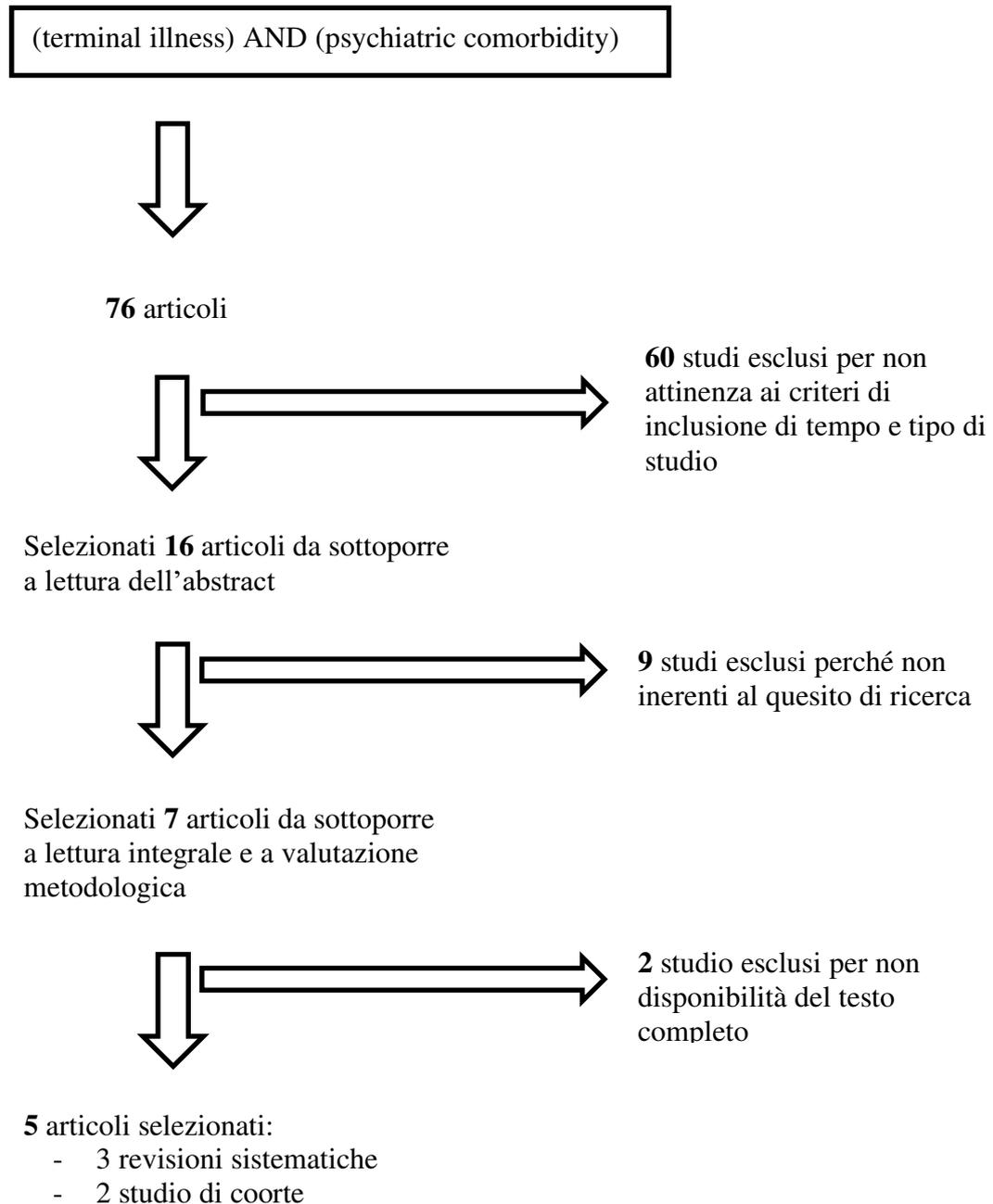
ALLEGATO 1.

Processo di selezione degli studi della prima stringa di ricerca (Pubmed)



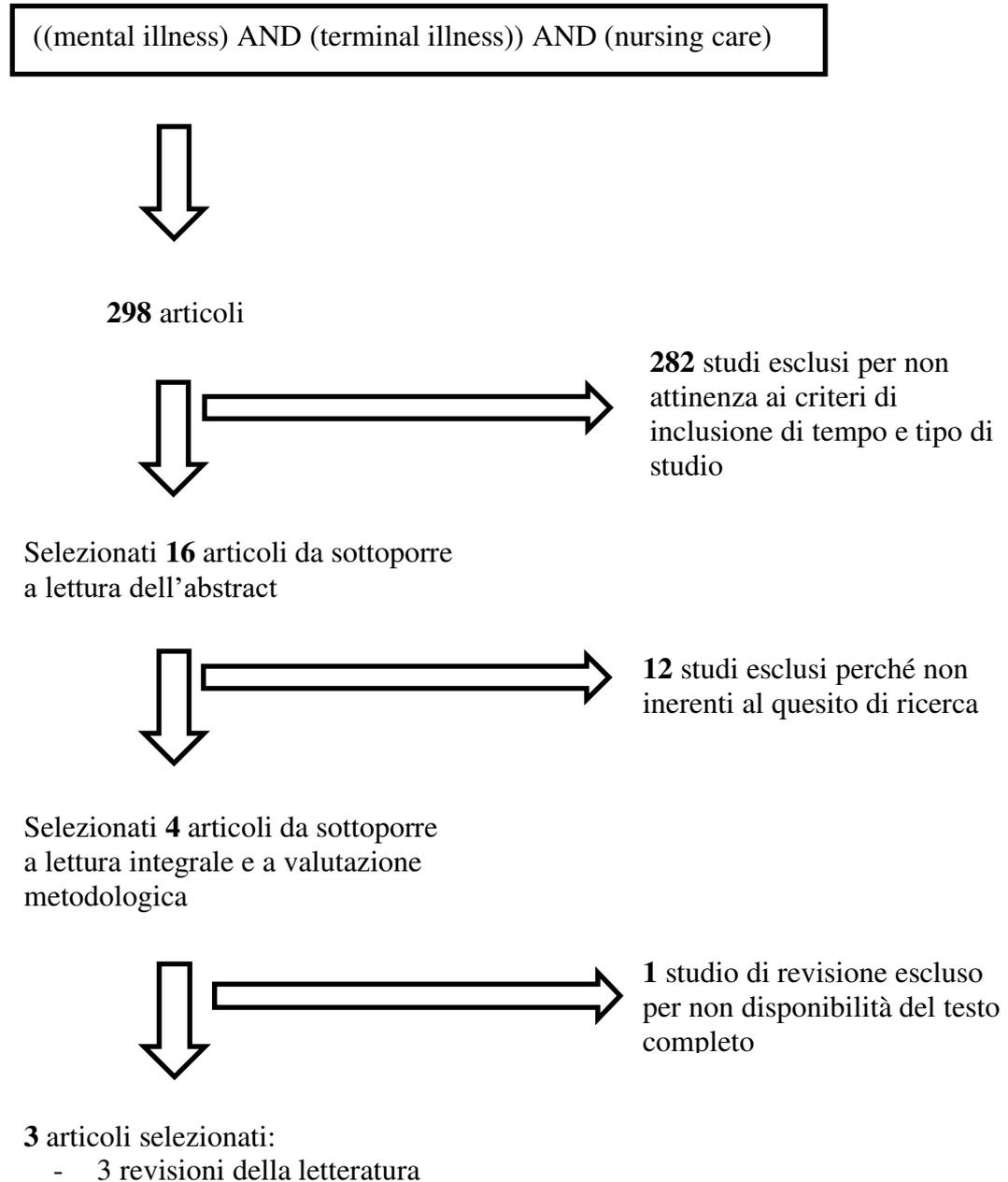
ALLEGATO 2

Processo di selezione degli studi della seconda stringa di ricerca (Pubmed)



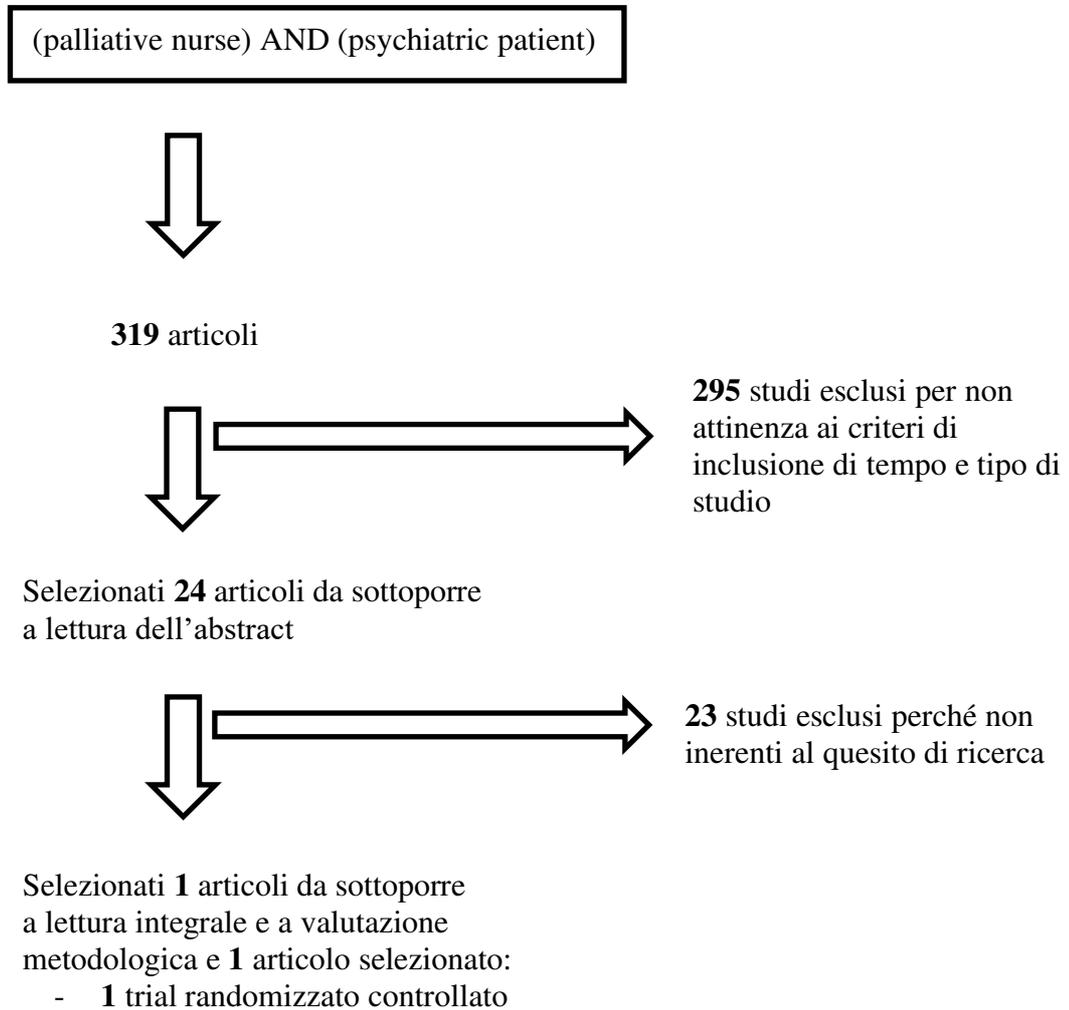
ALLEGATO 3

Precesso di selezione degli studi della seconda stringa di ricerca (Pubmed)



ALLEGATO 4

Precesso di selezione degli studi della seconda stringa di ricerca (Pubmed)



Articoli relativi alla prima stringa di ricerca: (mental illness) AND (treatment compliance)

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVO, CAMPIONE	MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>Titolo: A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes</p> <p>Autore e anno: O. V Chukwuma et al., 2024</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica</p>	<p>Obiettivo: valutare se l'effetto della stigmatizzazione sulla malattia mentale possa influenzare sulla compliance al trattamento</p> <p>Campione: paziente affetto da malattia mentale.</p>	<p>Sono stati selezionati 39 studi pubblicati tra il 2010 e 2014, utilizzando una metodologia solida tramite le linee guida Cochrane e Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses dai database di Pubmed, Embase, Google Scholar, Web of Science.</p>	<p>La disinformazione, i pregiudizi e la discriminazione legati allo stigma della malattia impone grossi limiti all'accesso e all'adesione al trattamento psichiatrico peggiorando la situazione.</p>	<p>Lo stigma associato alla malattia mentale è ancora molto presente ovunque. È legato alla condizione sociale della persona, sesso, età durata della malattia, numero di visite mediche e diagnosi. Questo fenomeno provoca ritardi nell'accesso alle cure, scarsa adesione ai trattamenti e problemi di follow-up.</p> <p>Limiti: limitazioni date dall'eterogeneità nella descrizione dello stigma nella malattia mentale.</p>
<p>Titolo: Interventions to improve</p>	<p>Obiettivo: Raggruppare</p>	<p>È stata condotta una revisione</p>	<p>I risultati portano che tutti gli</p>	<p>Si è dimostrato che gli</p>

<p>medication adherence in adults with mental-physical multimorbidity in primary care: a systematic review</p> <p>Autore e anno: E. Lammila-Escalera et al., 2024</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica</p>	<p>tutti gli interventi messi in atto appositamente per aumentare l'aderenza alla terapia farmacologica per gli adulti con più di una comorbidità psico- fisica.</p> <p>Campione: Adulti con comorbidità psico-fisica.</p>	<p>della letteratura su Medline, Embase, PsycInfo, Web of Science, Cochrane Library e il Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature. Per classificare il tipo di intervento è stato utilizzato la tassonomia Effective Practice and Organisation of Care.</p>	<p>studi esaminavano pazienti con una condiziona fisica e depressione: 7 studi hanno evidenziato un miglioramento significativo nell'aderenza ai farmaci grazie a interventi finalizzati; 4 studi non hanno notato cambiamenti nell'aderenza con l'uso di tecnologie per l'informazione e la comunicazione.</p>	<p>interventi focalizzati sul coordinamento delle cure e dei loro processi portano a dei miglioramenti. Per gli studi che basavano la ricerca sull'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) hanno portato risultati contrastanti.</p> <p>Punti di forza: prima revisione sistematica a valutare l'efficacia delle azioni per migliorare la compliance ai farmaci in adulti con multicomorbidità.</p> <p>Limiti: è stata sperimentata solo la depressione, poiché è la malattia psichiatrica con più comorbidità fisica, limitando l'applicabilità ad</p>
--	---	--	---	---

				altre malattie croniche e disturbi mentali. Gli studi sono stati condotti in paesi con lingua inglese come principale. Ci sono dei limiti riconosciuti nell'impiego della tassonomia EPOC.
<p>Titolo: Impact of nurse-led medication adherence therapy on bipolar affective disorder: A randomized controlled trial</p> <p>Autore e anno: S. I Balikai et al., 2022</p> <p>Tipo di studio: Studio randomizzato controllato</p>	<p>Obiettivo: valutare se gli infermieri del settore di salute mentale possano migliorare la compliance alla terapia farmacologica e l'autoefficacia interiorizzando tecniche di intervista motivazionale (MAT, Terapia assistita da farmaci).</p> <p>Campione: Paziente ricoverato in un reparto di degenza in India con disturbo bipolare.</p>	<p>Come materiale e metodo è stato condotto uno trial randomizzato controllato a 2 bracci in singolo cieco. 85 partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al gruppo MAT e al gruppo Treatment as Usual.</p>	<p>I risultati hanno dimostrato che l'utilizzo di telefonate è utile per migliorare la compliance di aderenza alla terapia e gestire situazioni di disturbi mentali a lungo termine. È stato dimostrato che le sessioni di psicoeducazione possono migliorare la compliance del paziente e del caregiver.</p>	<p>È stato dimostrato che la MAT ha migliorato l'aderenza alla terapia farmacologica, portando ad una ottima riduzione della gravità dei sintomi.</p>
<p>Titolo: Interventions to Improve</p>	<p>Obiettivo: lo scopo è</p>	<p>Stata eseguita una revisione</p>	<p>Tutti i 23 studi selezionati</p>	<p>La combinazione di strategie</p>

<p>Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis</p> <p>Autori e anno: E. Loots et al., 2021</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica e meta- analisi.</p>	<p>quella di confrontare l'efficacia tra gli interventi per migliorare l'aderenza alla terapia farmacologia nei pazienti con schizofrenia e disturbi mentali.</p> <p>Campione: paziente schizofrenico e con disturbo bipolare.</p>	<p>sistematica con metanalisi sui siti di ricerca quali PubMed e Web of Science e sono stati selezionati articoli tra il 2009 e il 2019 in lingua olandese, inglese o francese. Il protocollo di revisione è stato registrato presso PROSPERO.</p>	<p>sono trial clinici randomizzati e controllati. I risultati riportano l'esigenza di utilizzare interventi misti, i quali comprendono elementi di istruzione, interviste motivazionali e autogestione dei farmaci, analizzando i tassi di aderenza utilizzando una combinazione di strumenti di classificazione durante i periodi lunghi di follow – up.</p>	<p>educative e comportamentali ha portato a interventi di successo. La combinazione di sessioni educative focalizzate su diagnosi, sintomi, trattamento farmacologico e possibili ricadute, insieme a promemoria per l'assunzione dei farmaci a casa dei pazienti e a un programma di formazione intensiva personalizzata fornito da infermieri qualificati, può favorire una migliore la compliance alla terapia farmacologica.</p>
<p>Titolo: Effectiveness of Interventions to Promote Medication Adherence in Schizophrenic Populations in Thailand: A Systematic Review</p>	<p>Obiettivo: valutare l'aderenza alla terapia farmacologica antipsicotica e migliorarne il comportamento.</p>	<p>Questa revisione sistematica è stata condotta seguendo le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) che</p>	<p>È risultato che per migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica nel tempo bisogna integrare la consulenza individuale</p>	<p>Adottare tecniche come la terapia cognitivo-comportamentale e intervista motivazionale può mantenere l'aderenza per più</p>

<p>Autore e anno: S. Inwanna et al., 2022</p> <p>Tipo di studio: revisione sistematica</p>	<p>Campione: popolazione schizofrenica thailandese in 11 ospedali.</p>	<p>consistono in una checklist di 27 item e nel flow- chart. Non è registrata in PROSPERO.</p>	<p>accompagnata dal metodo di terapia cognitivo-comportamentale e di intervista motivazionale.</p>	<p>tempo alla terapia.</p> <p>Punti di forza: è il primo studio ad analizzare le azioni da mettere in atto per migliorare il comportamento di aderenza alla terapia.</p> <p>Limitazioni: rischio di bias moderato in 10 studi, per mancanza di più misurazioni pre e post-intervento delle variabili di esito e la non uguaglianza tra i campioni di intervento e controllo. Un'altra limitazione sta al fatto che non è stato specificato il sottotipo di schizofrenia in alcuni studi inclusi; un altro studio ha preso in considerazione una popolazione solo maschile.</p>
--	---	--	--	--

				Tutti gli studi hanno utilizzato scale di autosegnalazione riguardo il comportamento sull'aderenza.
<p>Titolo: Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review</p> <p>Autore e anno: S. A Basit et al., 2020</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica</p>	<p>Obiettivo: valutare l'efficacia degli interventi di telemedicina per la compliance della terapia farmacologica nelle persone con depressione, disturbo bipolare o schizofrenia.</p> <p>Campione: soggetti con depressione, disturbo bipolare o schizofrenia.</p>	<p>Gli studi sono stati cercati su PubMed e PsycInfo nell'agosto 2018 senza restrizione di anni o lingua. Gli articoli devono essere studi clinici randomizzati che includesse adulti con depressione, schizofrenia o disturbo bipolare e interventi di telemedicina. 1 autore ha identificato i titoli pertinenti e altri 2 autori hanno esaminato in modo indipendente gli abstract e i titoli.</p>	<p>Sono stati identificati 512 articoli nel database e ne sono stati identificati 17 che sono stati selezionati.</p>	<p>La telemedicina può migliorare la compliance ai farmaci nei pazienti con depressione, disturbo bipolare o schizofrenia. È stato dimostrato che l'uso della tecnologia mobile era più comune tra le persone con disturbi dell'umore rispetto alla schizofrenia o al disturbo bipolare.</p>
<p>Titolo: Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia</p>	<p>Obiettivo: valutare l'incidenza del TIPS, "Telephone intervention problem solving" sull'aderenza alla terapia</p>	<p>Questo studio è un trial controllato randomizzato condotto su 45 soggetti. Questo gruppo è stato diviso in 2 sottogruppi ai quali al primo (gruppo di</p>	<p>I risultati hanno dimostrato che i pazienti all'interno del gruppo di intervento ai cui è stato erogato il TIPS hanno presentato un tasso più basso</p>	<p>Sono necessari interventi specifici per poter migliorare e aumentare l'aderenza terapeutica per le persone affette da schizofrenia e la</p>

<p>Autori e anno: E. Uslu et al., 2019</p> <p>Tipo di studio: Studio controllato randomizzato</p>	<p>farmacologica in soggetti affetti da schizofrenia.</p> <p>Campione: gruppo di 46 persone (58,7% donne; 67,4% uomini; età media di 38,9 anni) con diagnosi di schizofrenia da 10 anni di media. Lo studio è stato condotto con popolazione della Turchia.</p>	<p>intervento) è stato applicato il TIPS, mentre il secondo sottogruppo (gruppo di controllo) ha ricevuto le cure di routine fornite dall'ospedale.</p>	<p>di interruzione volontaria alla terapia farmacologica rispetto alle persone all'interno del gruppo di controllo. Sono state utilizzate scale di autosegnalazione per valutare l'aderenza ai farmaci.</p>	<p>TIPS è una valida opzione. È un'applicazione di tele nursing che può impedire ai pazienti con schizofrenia di interrompere l'aderenza alla terapia farmacologica.</p> <p>Limiti: l'intervista e l'intervento sono stati eseguiti dallo stesso ricercatore non consentendogli di essere in cieco. In più lo studio ha un desing pre- post test e un follow up di 2 mesi.</p>
---	--	---	---	---

Articoli relativi alla seconda stringa di ricerca (terminal illness) AND (psychiatric comorbidity)

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVO, CAMPIONE	MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>Titolo: Psychiatric Comorbidities and Outcomes in</p>	<p>Obiettivo: esaminare le associazioni tra comorbidità di</p>	<p>È stata condotta una revisione sistematica della letteratura su</p>	<p>Questa ricerca ha generato 7.472 record unici, 88 testi</p>	<p>Conclusioni: dalla letteratura è risultato che gli individui con</p>

<p>Palliative and End – of – Life Care: a Systematic Review.</p> <p>Autori e anno: Sadowska et al., 2023</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica</p>	<p>salute mentale ed esiti clinici e dei servizi tra i pazienti che ricevono cure palliative e di fine vita.</p> <p>Campione: hanno incluso studi che hanno preso in considerazione persone con un'età compresa o maggiore di 16 o 18 anni (come definiti dalle sedi dello studio) che ricevevano cure palliative e/o persone in fase di fine vita (definite come gli ultimi sei mesi di vita sulla base delle definizioni comuni in letteratura).</p>	<p>sei database basandosi sulle linee guida del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analyses (PRISMA). Questa revisione è registrata su PROSPERO.</p>	<p>completi sono stati esaminati per verificarne l'idoneità e 43 studi sono stati inclusi dalla revisione.</p> <p>Si è visto che dal punto di vista clinico la comorbidità psichiatrica (la coesistenza di disturbi psichiatrici insieme a condizioni mediche croniche) è associata a una riduzione significativa della qualità di vita. Questi pazienti tendono a manifestare una maggiore complessità nei quadri clinici, il che rende la gestione delle loro condizioni più impegnativo. Tuttavia, si è notato che la comorbidità psichiatrica sull'utilizzo della salute variava perché altri studi suggerivano che questa situazione aumentava l'utilizzo</p>	<p>comorbidità di salute mentale sperimentano una qualità di vita peggiore, livelli di funzionalità più bassi e un maggiore carico di sintomi fisici.</p> <p>Punti di forza: è la prima revisione sistematica che esamina le associazioni tra comorbidità trasdiagnostiche della salute mentale e una vasta gamma di esiti clinici e dei servizi sanitari in pazienti con malattie gravi, dando un contributo significativo alla letteratura.</p> <p>Limiti: la scelta di escludere la letteratura grigia, gli abstract della conferenza e i lavori non in lingua inglese potrebbe aver</p>
---	---	---	--	---

			<p>de servizi di cure palliative. La qualità delle prove è stata limitata dalla mancanza di un approccio coerente alle variabili confondenti e dall'eterogeneità degli studi inclusi.</p>	<p>introdotto un bias di pubblicazione e selezione, riducendo la rappresentatività dei risulti ottenuti. L'assenza di un'analisi aggregata dei dati, dovuta all'eterogeneità nei disegni degli studi, nelle misure di comorbidità mentale e negli esiti, rappresenta una limitazione significativa, poiché avrebbe potuto offrire una panoramica più completa e quantitativa delle associazioni esaminate. Inoltre, la variabilità nella qualità degli studi inclusi e nel modo in cui sono state gestite le variabili confondenti potrebbe compromettere l'affidabilità e la validità dei risultati. Le differenze nei modelli di assistenza sanitaria e nelle terminologie tra i vari</p>
--	--	--	---	---

				paesi, insieme alla sovra rappresentazione di paesi ad alto reddito e di pazienti oncologici, possono restringere la generalità dei risultati e complicare le comparazioni tra studi. Inoltre, la difficoltà nel distinguere tra comorbidità di salute mentale preesistenti e quelle di nuova insorgenza nel contesto di una malattia grave rende più complessa l'interpretazione dei dati.
<p>Titolo: End-of-life care in schizophrenia: a systematic review</p> <p>Autori e anno: J. M. Baruth et al., 2021</p> <p>Tipo di studio: revisione sistematica</p>	<p>Obiettivo: esaminare le disparità nelle cure di fine vita nella schizofrenia e individuare i fattori che possono migliorare le cure.</p> <p>Campione: paziente affetto da schizofrenia.</p>	<p>È stato condotta una ricerca tramite i database Medline, Embase, PsycINFO, Cochrane, Scopus dal 2008 al 2018. Due autori hanno esaminato gli articoli in maniera indipendente.</p>	<p>Da questa ricerca sono stati individuati 123 articoli e in base ai criteri stabiliti, sono stati selezionati 33 articoli di cui 13 case report, 12 studi retrospettivi, 5 revisioni della letteratura e 3 studi prospettici.</p>	<p>L'articolo esamina i tre argomenti principali: la disparità nell'assistenza sanitaria, le considerazioni etiche e le cure palliative. Si è potuto evidenziare che la disparità nell'assistenza sanitaria in soggetti con schizofrenia alla fine della vita</p>

				<p>sono particolarmente evidenti, tranne uno singolo studio che ha segnalato la mancanza di disparità. Le considerazioni etiche si basano sui tre pilastri fondamentali: autonomia, beneficenza e giustizia. Per quanto riguarda il tema delle cure palliative, si è evidenziato che possono preservare la qualità di vita di una persona tramite il riconoscimento del declino della salute, comunicazione efficace, pianificazione anticipata e lo sviluppo delle competenze. Quindi, in conclusione, si illustra un modello di disparità e bisogni insoddisfatti per le persone con schizofrenia a fine vita.</p>
--	--	--	--	--

				Limiti: inclusione di articoli di revisione.
<p>Titolo: End of life breast cancer care in women with severe mental illnesses</p> <p>Autori e anno: G. Fond et al., 2021</p> <p>Tipo di studio: studio di coorte</p>	<p>Obiettivo: valutare se le donne con un grave disturbo psichiatrico (SPD) e cancro al seno terminale.</p> <p>Campione: donne di età pari o superiore a 15 decedute per cancro al seno con almeno una diagnosi di disturbo bipolare o depressione maggiore ricorrente o schizofrenia negli ospedali di Francia tra il 1° gennaio 2014 e il 31 dicembre 2018.</p>	<p>È stato eseguito uno studio di coorte basato sulla popolazione frequentante l'ospedale nazionale francese. Sono state seguite le guide linee di segnalazione RECORDs e STROBE che contiene informazioni anonime raccolte in modo prospettico da tutti gli ospedali in Francia per ricoverare ospedali acuti e psichiatrici pubblici e privati.</p>	<p>Sono state quindi identificate 248.484 donne tra i 15 anni in su decedute per cancro tra il 2014 e il 2018: 1.742 donne con SPD (380 con schizofrenia, 287 con disturbo bipolare e 1075 con depressione maggiore ricorrente) e 36.870 senza SPD. Le donne con SPD hanno mostrato metastasi meno frequentemente rispetto a donne senza SPD. Il tempo di sopravvivenza sono simili tra le donne con SPD e senza, ma sostanzialmente inferiore per pazienti affette da schizofrenia rispetto alla depressione maggiore.</p>	<p>In Francia tra il periodo 2014 e il 2018, il database nazionale include 38.612 donne morte per cancro al seno terminale, notando però delle differenze tra quelle con diagnosi di un grave disturbo psichiatrico e quelle senza. Le donne con SPD hanno ricevuto meno chemioterapia, chirurgia, diagnostica per immagini e meno ricoveri in Pronto soccorso o rianimazione, ma più interventi da parte delle cure palliative. Le donne con disturbi bipolari e schizofrenia sono morte 5 anni prima rispetto a donne che hanno sofferto di depressione grave maggiore o senza SPD.</p>

				Limiti: sono stati analizzati i pazienti ospedalizzati per disponibilità di dati.
<p>Titolo: End-of-Life Care in Individuals With Serious Mental Illness</p> <p>Autori e anno: D. Shalev et al., 2020</p> <p>Tipo di studio: revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>Obiettivo: esaminare e interpretare i dati sulle cure palliative per i pazienti con gravi patologie mediche e gravi malattie mentali come comorbidità.</p> <p>Campione: paziente con grave malattia mentale e gravi patologie mediche in cura alle cure palliative.</p>	<p>È stata revisionata la letteratura fornita dalle cure palliative per individui con gravi malattie mediche.</p>	<p>I pazienti con una grave malattia mentale (SMI) sono a rischio di non ricevere cure di fine vita non adeguate.</p>	<p>Esistono evidenti disparità nelle cure di fine vita degli individui affetti da grave malattia mentale che possono riversarsi in tassi più bassi di analgesia, perdita dei servizi psichiatrici e elevato utilizzo di case di cura. Il coinvolgimento di psichiatri migliorerebbe l'assistenza delle cure palliative e di fine vita.</p>
<p>Titolo: End-of-life care among patients with schizophrenia and cancer: a population-based cohort study from the French national hospital database</p> <p>Autori e anno: G. Fond et al., 2019</p>	<p>Obiettivo: stabilire le cure di fine vita erogate ai pazienti con schizofrenia e cancro siano differenti da pazienti con il cancro che non hanno una malattia mentale diagnosticata.</p> <p>Campione: sono stati selezionati</p>	<p>È stato condotto uno studio di coorte includendo una popolazione di età superiore ai 15 anni che hanno ricevuto diagnosi di cancro avanzato che sono morti in ospedale in Francia tra il 1° gennaio 2013 e il 31 dicembre 2016. Sono stati</p>	<p>Dai risultati è emerso che i pazienti con schizofrenia avevano più probabilità di ricevere cure palliative nell'ultimo mese di vita e minore probabilità di ricevere cure di fine vita ad alta intensità (chemioterapia e</p>	<p>Da questo studio si è dimostrato che 2481 pazienti affetti da schizofrenia e cancro morti in ospedale in Francia tra il 2013 e il 2016 sono morti giovani, e velocemente da dopo la diagnosi di cancro rispetto a pazienti senza una comorbidità</p>

<p>Tipo di studio: studio di coorte</p>	<p>due campioni di popolazione: paziente oncologico con comorbidità schizofrenia e paziente oncologico senza una comorbidità di un disturbo mentale.</p>	<p>suddivisi i due campioni di popolazione in casi, ovvero pazienti con schizofrenia, e in controlli, ovvero pazienti senza diagnosi di malattia mentale, confrontando l'accesso alle cure palliative.</p>	<p>chirurgia) in confronto ai controlli abbinati senza una diagnosi di malattia mentale. I pazienti con schizofrenia hanno anche maggiori probabilità di morire più giovani, durata più breve tra diagnosi di cancro e decesso.</p>	<p>mentale. È emerso che i pazienti con schizofrenia avevano maggiori possibilità di ricevere cure palliative e meno probabilità di ricevere cure di fine vita ad alta intensità rispetto ai controlli abbinati. È stato dimostrato quindi che i pazienti con schizofrenia muoiono 8 anni prima di cancro rispetto ai pazienti senza una diagnosi di malattia mentale, questo perché la presenza di una comorbidità mentale influenzerebbe la scelta del trattamento del cancro o chiedere modifiche alla dose di chemioterapico o una stretta collaborazione con i medici di base, tutte azioni difficili nei pazienti con comorbidità mentale. Prendersi</p>
--	--	--	---	--

				<p>cura di un paziente schizofrenico terminale richiede esperienza e conoscenza sia in oncologia che in psichiatria.</p> <p>Punti di forza: sono stati analizzati 4 anni di dati nel database nazionale di oltre 200.000 decessi per cancro in Francia e rappresenta il più grande studio epidemiologico sulle cure di fine vita nei pazienti con schizofrenia, è stato convalidato dallo stesso French National Institute for Cancer</p>
--	--	--	--	--

Articoli relativi alla terza stringa di ricerca: ((mental illness) AND (terminal illness)) AND (nursing care)

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVO, CAMPIONE	MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
Titolo: Palliative Care in	Obiettivo: revisionare la	Sono stati consultati database	Sono state identificate 3 aree di	La letteratura su questo tema è

<p>Severe and Persistent Mental Illness: a systematic review.</p> <p>Autori e anno: K. Riley et al., 2022</p> <p>Tipo di studio: Revisione sistematica.</p>	<p>letteratura riguardo l'integrazione delle cure palliative e delle cure di fine vita alle persone con malattie mentali gravi e persistenti (SPMI)</p> <p>Campione: paziente con SPMI</p>	<p>accademici (Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature, Proquest, Pubmed, Cochrane e PsycINFO). Non sono stati utilizzati limiti di tempo nelle ricerche. Gli articoli sono stati selezionati da due revisori indipendenti. La collocazione degli articoli è eterogenea, includendo studi di approfondimento degli Stati Uniti, Nuova Zelanda, Australia, Regno Unito, Paesi Bassi e Svizzera.</p>	<p>contenuto principali in: opinioni personali, utilizzo dei servizi di cure palliative e preferenze per le cure di fine vita.</p>	<p>ancora molto limitata e sebbene si stia iniziando a capire della necessità di approfondire questa tema, è necessario implementare in maniera efficace le cure palliative per le persone con SPMI.</p> <p>Limiti: nella letteratura inclusa, sono state utilizzate definizioni differenti di SPMI; quindi, è stato difficile capire quale fosse il campione preso in considerazione da ogni articolo.</p>
<p>Titolo: End-of-life care and place of death in adults with serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis</p> <p>Autori e anno: R. Wilson et al., Jan 2020</p>	<p>Obiettivo: Valutare gli articoli che descrivano le cure di fine vita e il luogo di morte per le persone affette da gravi malattie mentali.</p> <p>Campione: persone con malattia mentale grave.</p>	<p>È stata condotta una revisione della letteratura e gli articoli sono stati sottoposti a revisione paritaria, seguendo le linee guida di PRISMA. Le ricerche sono state effettuate senza limite di tempo su 5 database: PubMed, PsycINFO, Embase,</p>	<p>Sono stati inclusi 23 studi. Le persone con gravi malattie mentali avevano maggiori probabilità di morire in case di cure, ma ci sono state prove contrastanti.</p>	<p>Le prove sono scarse ed eterogenee, mostrando variabilità nei modelli e nella segnalazione dell'uso dell'assistenza sanitaria. Esiste quindi una lacuna nella conoscenza dei risultati delle cure di fine vita, il che risulta</p>

<p>Tipo di studio: revisione sistematica della letteratura.</p>		<p>PsycArticles e su fonti.</p>		<p>preoccupante in quanto si è dimostrato che le persone con gravi malattie mentali hanno una probabilità aumentata di morire prima di una persona senza la malattia mentale.</p>
<p>Titolo: Processes of consent in research for adults with impaired mental capacity nearing the end of life: systematic review and transparent expert consultation (MORECare_Capacity statement)</p> <p>Autori e anno: C. J. Evans et al., Jul 2020</p> <p>Tipo di studio: revisione sistematica</p>	<p>Obiettivo: creare una linea guida su come includere al meglio le persone con una capacità compromessa e prossimi alla fine della vita.</p> <p>Campione: persone privi di capacità che si trovano in uno stato terminale.</p>	<p>La revisione ha coinvolto ha consultato 4 database. Gli studi selezionati devono includere nei criteri di ammissibilità e coinvolgere adulti con gravi malattie e capacità compromesse.</p>	<p>Sono stati scelti 91 studi che comprendevano persone con: demenza (27%) e in cure palliative (18%). 37 studi sui metodi di ricerca si sono concentrati sui processi di decisione per procura, consenso anticipato e consenso differito. 30 studi implementavano metodi di ricerca che hanno dimostrato il ruolo dei familiari sia come decisori per procura che come supporto al processo decisionale per la persona con capacità compromessa. Sono stati creati 29 raccomandazioni,</p>	<p>Si sono descritte in dettaglio 20 soluzioni per seguire persone con compromissione di capacità prossima alla fine della vita. Si è evidenziato che la chiave è il coinvolgimento dei familiari in anticipo e creare procedure di studio in base al livello di capacità della persona.</p>

			con un consenso che indicava. Le aree chiave erano la tempestività del processo di consenso e la massimizzazione della capacità decisionale di un individuo.	
--	--	--	--	--

Articoli relativi alla quarta stringa di ricerca: (palliative nurse) AND (psychiatric patient)

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVO, CAMPIONE	MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI E PUNTI DI FORZA
<p>Titolo: Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial</p> <p>Anno e autore: Marc Serfaty et al., 2019</p> <p>Tipo di studio: trial randomizzato controllato</p>	<p>Obiettivo: determinare nei soggetti affetti da cancro in fase avanzata quale tra la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e il trattamento usuale (TAU) è più efficace nel trattamento dei sintomi della depressione.</p> <p>Campione: paziente in fase avanzata di un cancro con comorbidità la depressione.</p>	<p>È uno studio randomizzato controllato multicentrico a gruppi paralleli, in singolo cieco, che confronta i due tipi di interventi. I partecipanti sono 230 e sono stati assegnati al gruppo (a) in viene erogata la CBT o (b)TAU. La misura di esito primaria era il Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Le misure di esito secondarie includevano il</p>	<p>La somministrazione della CBT è stata competente, ma non vi è stato alcun effetto del trattamento (-0,84, 95% CI - 2,76 a 1,08) o effetti per le misure secondarie. L'analisi esplorativa dei sottogruppi ha suggerito un effetto della CBT sul BDI-II in coloro che sono vedovi, divorziati o separati (- 7,21, 95% CI -11,15 a -3,28).</p>	<p>Per il trattamento della depressione la CBT viene raccomandata dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito ed è sostenuta dal programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) per condizioni a lungo termine. Sebbene sia fattibile somministrare la CBT tramite</p>

		Patient Health Questionnaire-9, l'Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status e la soddisfazione per l'assistenza.		IAPT in modo competente a persone con cancro avanzato, ciò non è clinicamente efficace. La CBT per persone vedove, divorziate o separate necessita di ulteriori approfondimenti. Modelli alternativi di somministrazione della CBT possono produrre risultati diversi.
--	--	--	--	---

