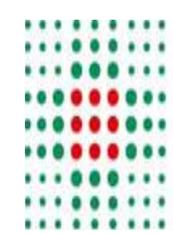




IX Congresso Nazionale AIPP

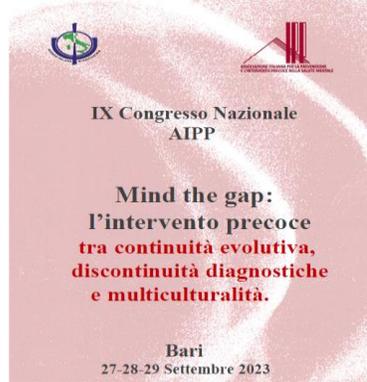
**Mind the gap: l'intervento precoce
tra continuità evolutiva, discontinuità
diagnostiche e multiculturalità.**

Bari, 27-28-29 Settembre 2023
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DSMDP



IX Congresso Nazionale
AIPP

**Mind the gap:
l'intervento precoce
tra continuità evolutiva,
discontinuità diagnostiche
e multiculturalità.**

Bari
27-28-29 Settembre 2023

Il fenomeno del drop-out negli esordi delle gravità psicopatologiche

Verani Piero¹, Imbesi Massimiliano¹, Limonta Giuliano², Rossetti Massimo³

¹ Centri di Salute Mentale (CSM) Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSMDP) AUSL di Piacenza

² Consulente DSMDP AUSL di Piacenza

³ Direttore DSMDP AUSL di Piacenza

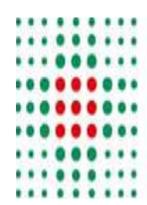


Perché il dropout

Argomento meno indagato di altri, scomodo, di scarso appeal.

Resistenze... Bassa consapevolezza di malattia...

Quali responsabilità del professionista e del servizio? Disfunzioni dei servizi. “Avanti un altro”.



Cura, diritti e libertà

Diritto alla
cura/Dovere

Diritto di
non curarsi

Prevenzione
è cura

Rischio
ricaduta

Libertà di tornare
in cura



Engagement with the service

25 anni di studi basati sull'evidenza clinica suggeriscono che una DUP più ampia è correlata a *outcome* peggiori sul piano clinico e del funzionamento, l'intervento precoce influisce sulla prognosi a lungo termine e **il successo dei servizi per l'intervento precoce nella psicosi, all'esordio, è in parte dovuto all'enfasi sullo «*establishing and maintaining an individual's engagement with the service*»**. Birchwood (2014)

Per avere un **«meaningful engagement»** non basta che il servizio sia efficace, ma deve essere anche **'premuroso, rispettoso e non giudicante'**. Lai e Malla (2015)

Lessico in letteratura

ENGAGEMENT

INGAGGIO
IMPEGNO
COINVOLGIMENTO

DISENGAGEMENT

DISIMPEGNO
MANCANZA DI CONTATTO CLINICO
DISCONTINUITA' DELLA CURA
ABBANDONO

DROP-OUT

RE-ENGAGEMENT

RI-COINVOLGIMENTO
RINNOVO DELL'IMPEGNO NEL PERCORSO



The rates and determinants of disengagement and subsequent re-engagement in young people with first-episode psychosis

Da Jung Kim^{1,2} · Ellie Brown^{1,2,4} · Siobhan Reynolds^{1,2} · Hellen Geros^{1,2} · Holly Sizer^{1,2} · Rachel Tindall^{1,2} · Patrick McGorry^{1,2} · Brian O'Donoghue^{1,2,3}

Received: 13 December 2018 / Accepted: 22 March 2019 / Published online: 28 March 2019
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

Abstract

Background A core component of treatment provided by early intervention remain successfully engaged with the service. This ensures they can receive of illness. Unfortunately, rates of disengagement are high in individuals with a major barrier to effective treatment. This study aimed to ascertain the subsequent re-engagement of young people with FEP in a well-established

«Consideriamo il termine *'engaged'* (ingaggiato, impegnato, coinvolto) per riferirsi alla volontà di un individuo di prendere parte attivamente al trattamento che gli è stato raccomandato da un servizio».

Definizioni di dropout

«interruzione del trattamento nonostante la necessità terapeutica»

M. Turner (2007)

«(...) rifiutavano attivamente qualsiasi contatto con la struttura di cura o non erano rintracciabili».

«(...) le note del caso suggerivano che i pazienti rifiutassero attivamente qualsiasi contatto con la struttura di trattamento o non fossero rintracciabili».

P. Conus (2010)

«L'analisi è terminata quando paziente e analista smettono di incontrarsi in occasione delle sedute analitiche». «In questa situazione ricorsi all'eroico espediente di fissare una scadenza all'analisi. All'inizio di una stagione di lavoro dichiarai al paziente che l'anno che stava per iniziare sarebbe stato l'ultimo del trattamento, quali che fossero le sue prestazioni nel tempo che gli era ancora concesso».

S. Freud (1937)





Sono state proposte molte definizioni di «abbandono», ma quella più ampiamente accettata è quella secondo la quale **il paziente termina il trattamento senza il consenso del proprio terapeuta.**

In un certo senso si tratta, però, di un criterio esterno che non tiene conto dell'esperienza terapeutica dal **punto di vista del paziente**, né delle ragioni per interromperla prematuramente. Il drop-out può avere **motivazioni diverse**. Per esempio, alcuni abbandoni sono dovuti all'insoddisfazione per il trattamento, altri alla convinzione di avere già preso ciò di cui si aveva bisogno e così via.



La variabile **tempo** per definire il drop-out

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2018)
213, 477–483. doi: 10.1192/bjp.2018.91

Predictors of disengagement from Early Intervention in Psychosis services

Francesca Solmi, Abdolali Mohammadi, Jesus A. Perez, Yasir Hameed, Peter B. Jones and James B. Kirkbride

Background

The effectiveness of Early Intervention in Psychosis (EIP) services for individuals with a first episode of psychosis (FEP) could be thwarted by high rates of early disengagement.

Aims

To investigate which factors predict disengagement with EIP services.

Method

Using data from a naturalistic cohort of 786 EIP clients in East Anglia (UK), we investigated the association between socio-demographic and clinical predictors and disengagement using univariable and multivariable Cox proportional hazards models.

Conclusions

Our findings highlight heterogeneous reasons for disengagement with EIP services. For some patients, early disengagement may hinder efforts to sustain positive long-term EIP outcomes. Efforts to identify true FEP cases and target patients with substance use problems and more severe positive symptoms may increase engagement.

Declaration of interest

None.

Keywords

Early intervention services; psychosis; cohort study; Social Epidemiology of Psychosis in East Anglia; SEPEA.

Table 2 Comparison of each study's parameters and definition/measures of disengagement

From: [Defining disengagement from mental health services for individuals experiencing first episode psychosis: a systematic review](#)

Study	Term used to represent disengagement	Definition of disengagement	Instrument Used	Time period required	Method of disengagement operationalisation
Schottle et al, 2018, Germany	Disengagement	Patient repeatedly refused further treatment despite the need and several attempts at re-engagement. Not due to practical reasons (moving out of catchment area)	–	–	Cat: binary
Maraj et al, 2017, Canada	Disengagement	No clinical contact for ≥ 3 consecutive months (i.e., no clinic or community appointments with the psychiatrist and/or case manager and not responding to phone calls)	–	3 months	Cat: binary
Lau et al., 2017, Hong Kong	Disengagement	Type I disengagement: continuous default from the EI service until the end of the 3 year service despite possible therapeutic need and active tracing from staff. Type II disengagement: continuous default from the EI service and re-engagement through hospitalization. Type III disengagement: those who had ≥ 2 consecutive defaults from OP appointments and re-engaged to the EI service from OP service	–	–	Cat: ordinal
Lam et al., 2016, UK	Lost to FU	Lost to FU or not engaged with specialist services at discharge	–	–	Cat: ordinal
Spidel et al., 2015, Canada	Treatment non-adherence	High scores indicate low engagement	SES Scale [15]	–	Cont: predictive
Chan et al., 2014, Hong Kong	Default	Continuous default from OP appointments till end of the 2-year service, despite therapeutic need and active tracing from staff for FU	–	–	Cat: binary
MacBeth et al., 2013, UK	Poorer engagement	High scores indicate low engagement	SES Scale [15]	–	Cont: predictive
Zheng et al., 2013, Singapore	Disengagement	No contact with patient, or telephone contact with a family member only Scale used: did not disengage; telephone contact with the patient or a family member or both; telephone contact with a family member only; and no contact	Semi-structured, non-validated scale	–	Cat: ordinal
Anderson et al. 2013, Canada	Disengagement	No contact for a continuous period of 3 months prior to completion of the 2-year program	–	3 months	Cont: %
Adelufosi et al., 2012, Nigeria	Defaulters	Patients who failed to keep their clinic appointments on the scheduled date and who did not re-attend within 2 weeks following this date were operationally categorized as "defaulters"	–	2 consecutive weeks	Cat: binary

Stowkowy et al., 2012, Canada	Dropping Out	Dropping out (not returning phone calls, unable to be reached, or not attending appointments for 3 months) before 30 months	–	3 months	Cat: binary
Dodgson et al., 2012, UK	–	Unplanned discharge from service or moved out of area Engaged = planned discharge from service or in contact with service	–	–	Cat: binary
Conus et al., 2010, Australia	Disengagement	Case notes suggested that patient actively refused any contact with treatment facility or were not traceable. Treatment discontinued in spite of need	–	–	Cat: binary
Lecomte et al., 2008, Canada	Low service engagement	Higher SES scores indicated difficulties in service engagement	SES Scale [15]	–	Cont: predictive
Turner et al., 2007, New Zealand	Disengagement	Termination of treatment despite therapeutic need within 12 months of entry	–	–	Cat: binary
Schimmelman et al. 2006, Australia	Disengagement	Refusal of any contact or nontraceable within 18 months	–	–	Cat: binary
Holmes et al., 2005, Australia	Discontinuity of care	Discontinuity of care at discharge and decreased length of engagement with mental health services	–	–	Cat: binary
Craig et al., 2004, UK	Lost to care	Not in regular contact with the clinical team. Contact was defined as either contact with the index team, contact with any mental health service or contact through psychosocial treatment	–	–	Cat: binary
Tait et al., 2003, UK	Low service engagement	N/A—Higher SES scores indicated difficulties in service engagement	SES Scale [15]	–	Cont: predictive
Morgan et al., 2003, Ireland	Default	Maintaining no engagement with any level of psychiatric care	–	–	Cat: ordinal
Reeves et al., 2002, UK	Lost to FU	Could not to be contacted or had moved away	–	–	Cat: binary
Milner et al., 2001, UK	Disengagement	Failure to engage with psychiatric services, or unplanned disengagement with local services (GP or other psychiatric care)	–	–	Cat: binary
Garety et al., 2001, UK	Non-engagement	'Non-engagement' was recorded when the person was refusing/lost to any contact with mental health services. 'Engagement' referred to contact not to compliance with treatment	–	–	Cat: binary
Svedburg et al., 2001, Sweden	Not in contact	Disappeared or terminates contact at 5 years	–	–	Cat: binary
Faccincani et al., 2001, Italy	Out of contact	Out of contact with any form of psychiatric care at 7 years	–	–	Cat: ordinal
Kendrick et al., 2000, UK	Loss of contact	Still in documented contact with secondary care at 2 years	–	–	Cat: binary
McCreadie et al., 1997, UK	Not in contact	Use of services at 1 year	–	–	Cont: %

Tehrani et al., 1996, Denmark	Dropout	Termination of treatment despite therapeutic need	-	-	Cat: binary
Cohen et al., 1995, USA	Dropout	If during the 8 weeks after the initial appointment, patient did not return to the rehabilitation program	-	8 weeks	Cat: binary
Johnstone et al., 1984, Scotland	Out of contact	Out of contact: No contact with medical or social services 5-9 years after an admission to psychiatric hospital	-	-	Cat: binary

Cat categorical, *Cont* continuous, *OP* out-patient, *IP* in-patient, *FU* follow-up

Da 2 settimane consecutive a 3 mesi per classificare la conclusione di un caso clinico come drop out.

Table 2

Proportion of participants who completed and did not complete (with reason for discharge) full EIP care as well as median stay (months) in treatment with interquartile range ($N = 786$)

	<i>n</i> (%)	Median duration of treatment
Completed 3 years of EIP care	319 (40.6%)	35.9 (35.1–36.0)
Disengagement (primary outcome)	92 (11.7%)	15.0 (8.2–21.2)
Moved out of area	34 (4.3%)	5.6 (3.8–10.4)
No FEP	27 (3.4%)	12.3 (8.5–26.3)
Recovery	150 (19.1%)	15.8 (10.3–25.6)
Transferred to GP	14 (1.8%)	20.0 (14.7–20.7)
Transferred to another EIP	40 (5.1%)	8.9 (4.0–18.1)
Transfer to another mental health service	56 (7.1%)	16.5 (8.9–23.4)
Other ^a	54 (6.9%)	22.7 (14.1–28.3)

EIP, Early Intervention in Psychosis; FEP, first episode of psychosis; GP, general practitioner.

^aIncluding participants who were stable, who requested to be discharged, who had substance-induced symptoms, who died or who were under the care of the criminal justice system

Predittori del drop out

- NEET (not in education, employment or training) → IPS
- Comorbidità con l'uso di cannabis
- Assenza di familiarità nella psicosi nei parenti di secondo grado (una sorta di psicoeducazione «al naturale»: maggiore consapevolezza di segni e sintomi quando c'è già stato un familiare)

Kim *et al.* (2019)

Table 3 Multivariate cox regression analysis of predictors of disengagement

Factor	Multivariate			
	Adjusted HR	95% CI		p value
		Lower	Upper	
Age	1.02	0.99	1.05	0.51
Gender				
Female	0.94	0.76	1.17	0.60
Male	1			
Education/employment status				
In education/employment/training	1			
NEET	1.49	1.20	1.85	< 0.001
Family history in 2nd degree relative				
No	1			
Yes	0.75	0.57	0.98	0.03
Cannabis abuse				
No	1			
Yes	1.51	1.19	1.91	0.001
Amphetamine abuse				
No	1			
Yes	1.16	0.92	1.48	0.21

Disengagement From Early Intervention Services for Psychosis: A Systematic Review

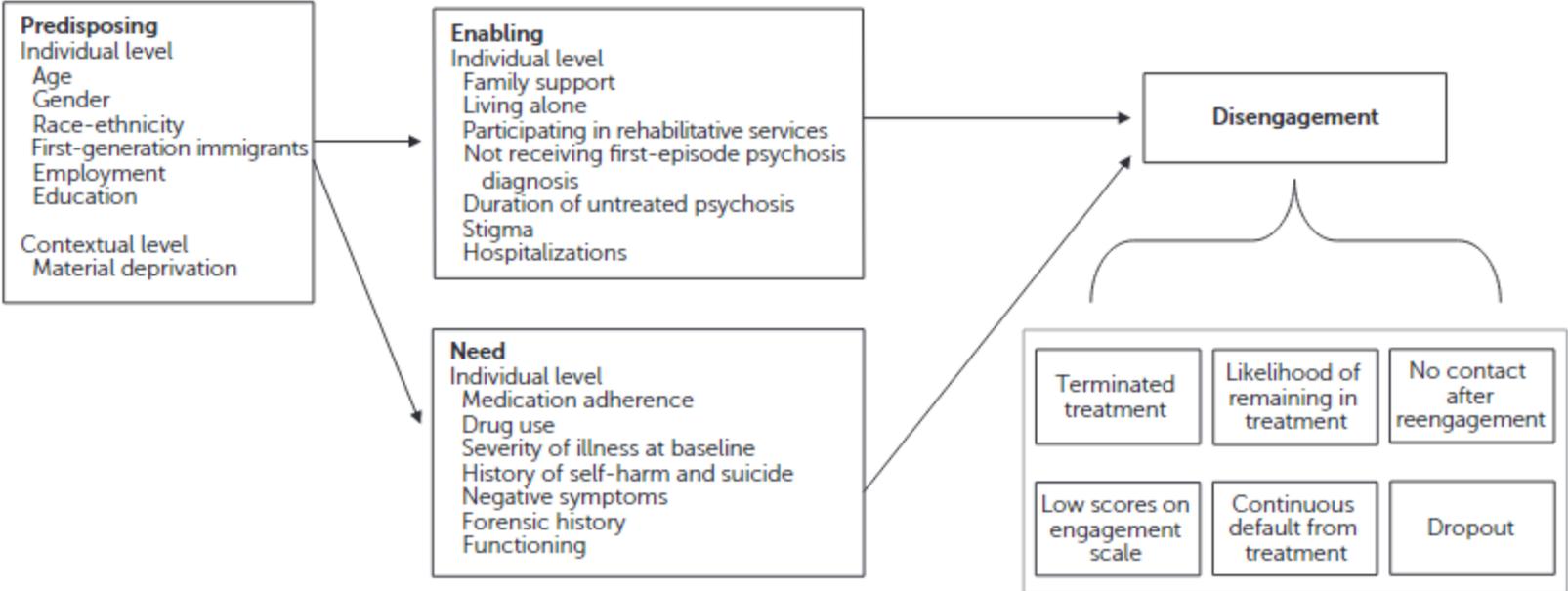
Franco Mascayano, M.P.H., Els van der Ven, Ph.D., Gonzalo Martinez-Ales, M.D., Ph.D., Alexandra Restrepo Henao, M.P.H., Juliana Zambrano, M.D., Nev Jones, Ph.D., Leopoldo J. Cabassa, Ph.D., Thomas E. Smith, M.D., Lawrence H. Yang, Ph.D., Ezra Susser, Dr.P.H., Lisa B. Dixon, M.D., M.P.H.

MASCAYANO ET AL.

Objective: Therapeutic services for psychosis are... participants engage in treatment... review was to analyze... psychosis services and identify... these settings.

Methods: A systematic... 1966–2019 period was... Scholar, EBSCO, Ovid, a... hort and Cross-Section... the methodological q... search. A revised versio... service use was employ... dictors of disengagem... enabling, and need fact... highest quality.

FIGURE 1. Predictors of disengagement from early intervention services for psychosis^a



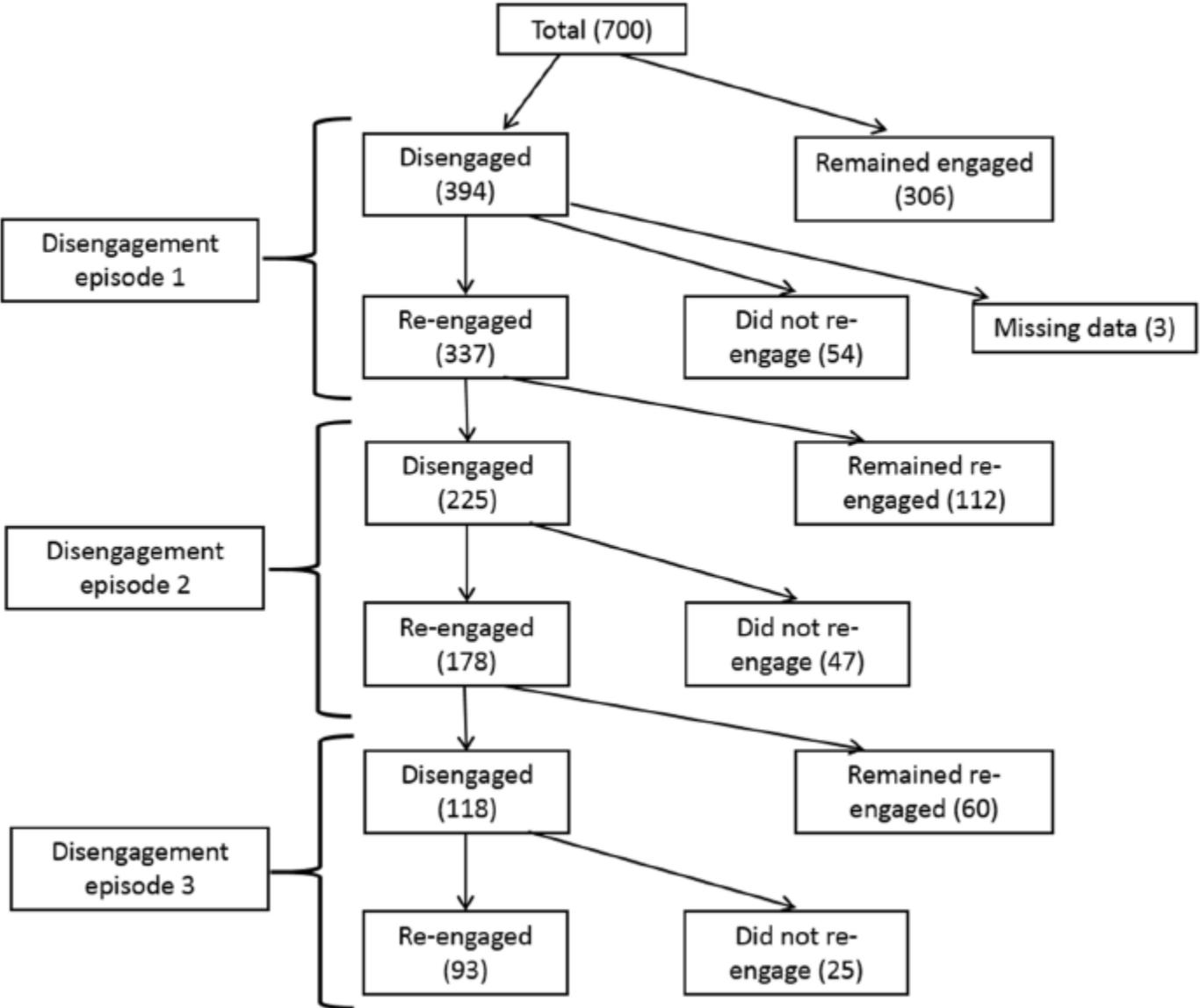
^a Based on Andersen’s model of health service use (9).

Re-engagement

Si parla di re-engagement quando un individuo ha avuto un contatto faccia a faccia con il personale clinico in seguito a un episodio di drop-out.

Nello studio di Kim *et al.* (2019), il primo in Australia sul fenomeno, circa **la metà** dei giovani ha almeno un episodio di dropout, un terzo due episodi, un quinto tre episodi; la durata media del primo episodio di dropout è di **82 gg**. L'**85%** dei giovani si re-ingaggia dopo il primo episodio di dropout e dopo ogni episodio una % che ha abbandonato tornano in cura, tranne il **7.6%** dei droppati mai tornati al servizio.

Fig. 1 Diagram to represent pattern of disengagement and re-engagement



Tutti i tentativi
possibili...

Mail

Telefonate

Messaggi di testo

Lettere di convocazione
all'appuntamento
(raccomandate)

Visite domiciliari

Contatti con familiari, amici e
altre figure del sistema di cura



«Il ragazzo selvaggio» di François Truffaut (1969)

Premessa

**Con il termine “Drop out”
ci si riferisce a quel fenomeno, noto in sanità, in
cui l’utente interrompe prematuramente il
percorso di cura, ovvero prima che tale percorso
sia stato compiuto nella sua interezza.
In letteratura, sono stati indagati i fattori che
favoriscono il drop out così come gli elementi che
possono contrastare tale fenomeno.**

Tra i fattori favorenti il dropout (1)

Insufficiente alleanza terapeutica



Bassa motivazione al cambiamento e al trattamento

Scarso supporto familiare

Tra i fattori favorenti il dropout (2)

Non aderenza alla terapia farmacologica

Abuso di sostanze

Sintomi paranoidei con elevata sospettosità

Tra i fattori favorenti il dropout (3)

Benessere soggettivamente percepito

Ripresa rapida

Stigma sociale

Mascayano (2021)

Azioni contro il drop-out



Psicoeducazione
ai caregiver e/o
partner



Veicolazione del
farmaco



Buona liaison tra
i componenti dei
team curanti

Obiettivo del presente lavoro



indagare il fenomeno del drop-out
a partire dai **dati socio-anagrafici e psicologici**
di utenti che hanno abbandonato
il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
dedicato agli esordi delle gravità psicopatologiche
(esordi psicotici, bipolari, depressivi)
del DSM-DP di Ausl Piacenza
negli anni 2014 - 2022.

Materiali e metodi

Casistica



Costituiscono la casistica oggetto del presente studio

53 utenti

di cui 72% maschi e 28% femmine

con età media 22a \pm 3

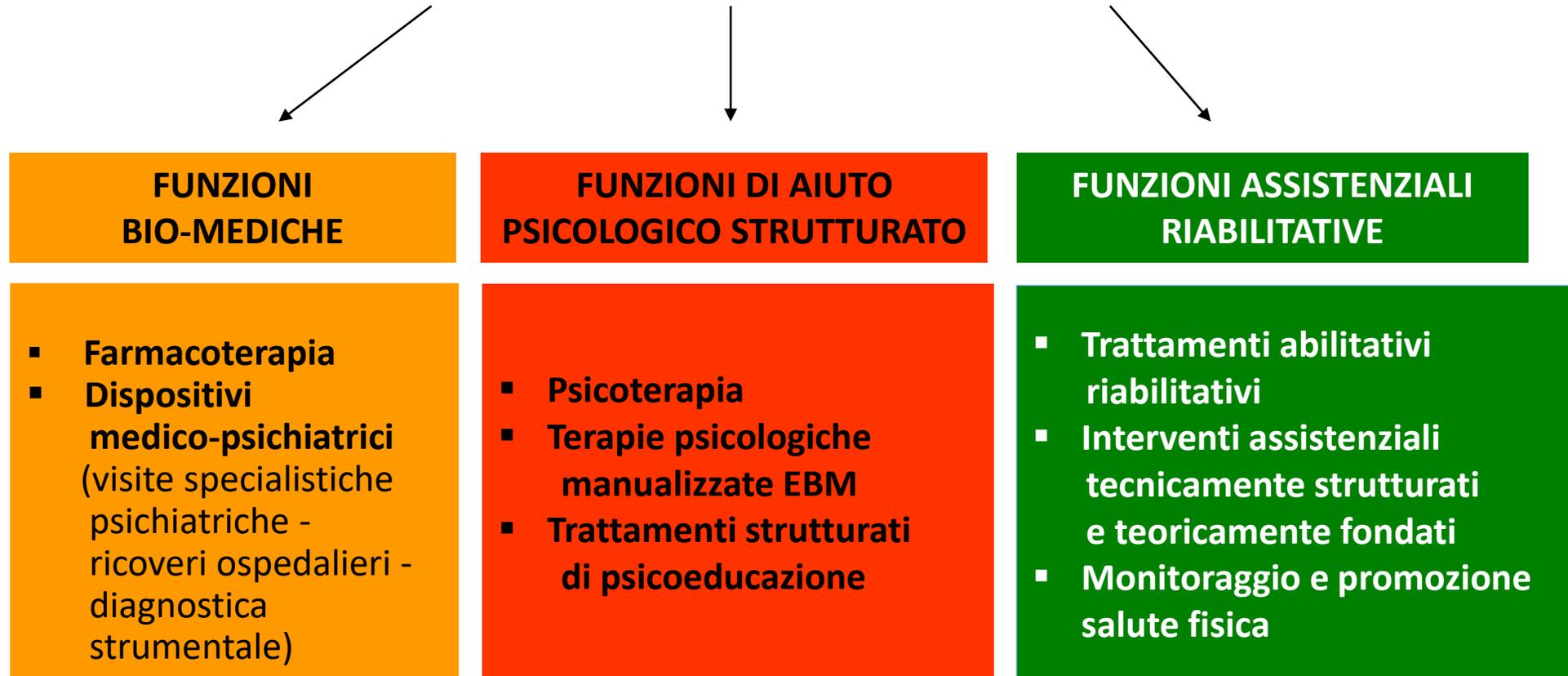
all'esordio psicopatologico per psicosi o disturbi dell'umore

inseriti in un PDTA Dipartimentale

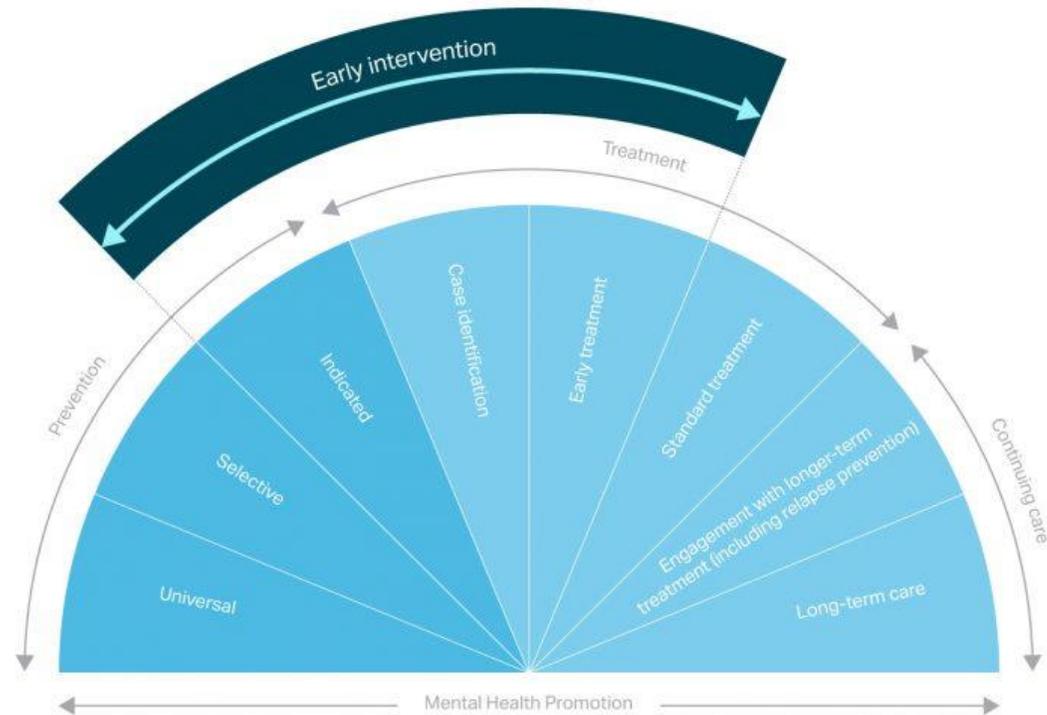
dedicato alle gravità psicopatologiche

IL **PDTA** PREVEDE SEMPRE UN TRATTAMENTO COMPLESSO

UN MODELLO CLINICO A FUNZIONI TERAPEUTICHE MULTIPLE, CON DOSAGGI E COMBINAZIONI VARIABILI NELLE DIVERSE FASI DEL DISTURBO E DELLA CURA



Tempestività dell'intervento



Spectrum of interventions for mental disorders

Adapted from Mrazek and Haggerty (1994)

Obiettivi del PDTA



Obiettivo generale Garantire in regime ordinario interventi terapeutici integrati (psicofarmacologici, psicologici, assistenziali, abilitativi-riabilitativi e di inclusione sociale) evidence based, per favorire la recovery di pazienti con esordio di gravi psicopatologie inerenti lo spettro schizofrenico e i gravi disturbi dell'umore.

ESITI e Outcome Favorire una rapida e stabile remissione della sintomatologia clinica, prevenire il deterioramento del funzionamento, migliorare le capacità di coping ed adattive, favorire l'aderenza al trattamento e l'attiva partecipazione di pazienti e familiari al percorso di cura con informazioni precise su origini, evoluzione e fattori di rischio per possibili ricadute del disturbo.



ASSESSMENT PSICOLOGICO



- a) Cognitive Behavioral Assessment - OE**
- b) CLINICAL OUTCOMES in ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE CORE-OM (CORE-OM)**
- c) Satisfaction Profile (SAT-P)**
- d) Cognitive Behavioral Assessment Batteria 2.0 Scale Primarie (CBA-2.0)**

ASSESSMENT CLINICO



- a) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)**
- b) Brief Psychiatric Rating scale (BPRS 4.0)**
- c) Scala per la valutazione del funzionamento globale (VGF)**

Le Scale della Batteria CBA 2.0 Scale Primarie

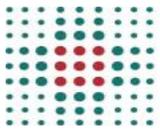
SCHEDA 1	Dati Generali	25 item
SCHEDA 2	State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-1 (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri)	20 item
SCHEDA 3	State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-2 (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri)	20 item
SCHEDA 4	Cartella Autobiografica – Anamnesi psicologica (CBA Team)	59 item
SCHEDA 5	Eysenck Personality Questionnaire, Forma ridotta (H.J. Eysenck e S.B.G. Eysenck; traduzione e adattamento a cura di CBA Team)	48 item
SCHEDA 6	Questionario Psicofisiologico, Forma ridotta (P. Pancheri, G. Chiari e P. Michielin)	30 item
SCHEDA 7	Inventario delle Paure, Forma ridotta (J. Wolpe e E. Sanavio. Riduzione a cura di CBA Team)	58 item
SCHEDA 8	Questionario D (P. Michielin, G. Bertolotti, E. Sanavio, G. Simonetti, G. Vidotto e A. M. Zotti)	24 item
SCHEDA 9	Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire (R.J. Hodgson e S.J. Rachman; traduzione, adattamento e riduzione a cura di CBA Team)	21 item
SCHEDA 10	State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-1/R (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri; riduzione di CBA Team)	10 item



SATISFACTION PROFILE di Majani & Callegari, 1998, (Programma 2000)

SAT – P: items

Item	punteggi	Item	punteggi
1. Quantità di sonno		17. Abilità di problem solving	
2. Qualità del sonno		18. Autonomia psicologica	
3. Qualità dell'alimentazione		19. Autocontrollo	
4. Comportamento alimentare		20. Tipo di Lavoro	
5. Resistenza alla fatica fisica		21. Organizzazione del lavoro	
6. Benessere fisico		22. Ruolo professionale	
7. Aspetto fisico		23. Rendimento lavorativo	
8. Mobilità fisica		24. Quantità di tempo libero	
9. Livello di attività fisica		25. Attività del tempo libero	
10. Frequenza dei rapporti sessuali		26. Immagine sociale	
11. Qualità dei rapporti sessuali		27. Rapporto di coppia	
12. Resistenza allo stress		28. Ruolo familiare	
13. Tono dell'umore		29. Rapporto con gli altri familiari	
14. Efficienza mentale		30. Rapporto con gli amici	
15. Stabilità emozionale		31. Rapporto con i colleghi	
16. Fiducia in se stessi		32. Situazione economica	



IL CORE-OM

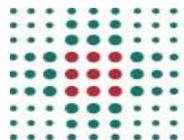


Dr. Chris Evans

MRCPsych., M.Sc.,
Institute of Group Analysis,
Nottinghamshire Personality
Disorder and Development
Network,
Mandala Centre
chris@psyctc.org

Il **CORE-OM** (Chris Evans et al., 2000) è un questionario self-report a 34 item sviluppato per misurare il cambiamento nella salute mentale degli adulti, **particolarmente nella valutazione del cambiamento determinato da un trattamento psicologico.**

Il sistema è copyleft, se utilizzato per scopi senza fini di lucro



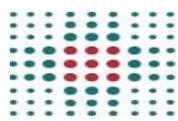
CORE-OM



E' composto di 34 item, con risposta su scala a 5 punti, riferiti a quattro domini, vale a dire:

- 1- Benessere (4 item);**
- 2- Funzionamento sociale (12 item);**
- 3- Problemi e sintomi (12 item);**
- 4- Rischio per sé e per gli altri (6 item).**

**Può essere utilizzato un punteggio generale, un indice per ogni scala o un indice generale degli item senza la scala “rischio”.
L'ultima opzione sembra essere da preferire (Lyne et al., 2006).**



Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment
24 September 2015
[Number of times this article has been viewed](#)

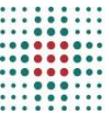
Giorgio Bertolotti¹
Paolo Michielin²
Giulio Vidotto²
Ezio Sanavio²
Gioia Bottesi²
Ornella Bettinardi³
Anna Maria Zotti⁴

¹Psychology Unit, Salvatore Maugeri Foundation, IRCCS, Scientific Institute, Tradate, VA, ²Department of General Psychology, Padua University, Padova, ³Department of Mental Health and Addictive Behavior, AUSL Piacenza, Piacenza, ⁴Salvatore Maugeri Foundation, IRCCS, Scientific Institute, Veruno, NO, Italy

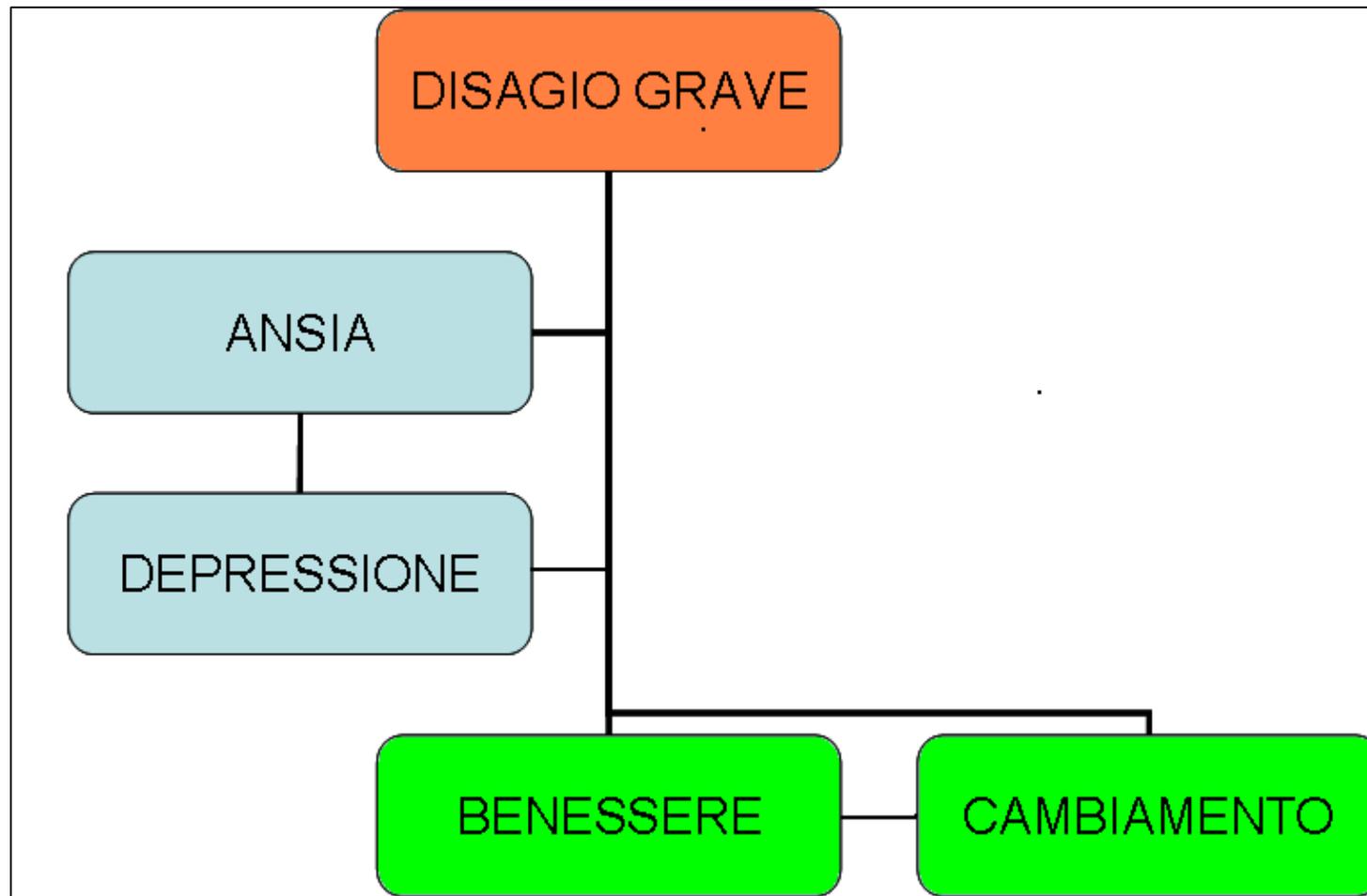
Background: Cognitive behavioral assessment for outcome evaluation was developed to evaluate psychological treatment interventions, especially for counseling and psychotherapy. It is made up of 80 items and five scales: anxiety, well-being, perception of positive change, depression, and psychological distress. The aim of the study was to present the metric qualities and to show validity and reliability of the five constructs of the questionnaire both in nonclinical and clinical subjects.

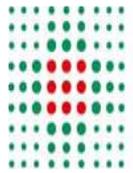
Methods: Four steps were completed to assess reliability and factor structure: criterion-related and concurrent validity, responsiveness, and convergent–divergent validity. A nonclinical group of 269 subjects was enrolled, as was a clinical group comprising 168 adults undergoing psychotherapy and psychological counseling provided by the Italian public health service.

Results: Cronbach's alphas were between 0.80 and 0.91 for the clinical sample and between 0.74 and 0.91 in the nonclinical one. We observed an excellent structural validity for the five interrelated dimensions. The clinical group showed higher scores in the anxiety, depression, and psychological distress scales, as well as lower scores in well-being and perception of positive change scales than those observed in the nonclinical group. Responsiveness was large for the anxiety, well-being, and depression scales; the psychological distress and perception of positive change scales showed a moderate effect.



STRUTTURA FATTORIALE CBA-OE



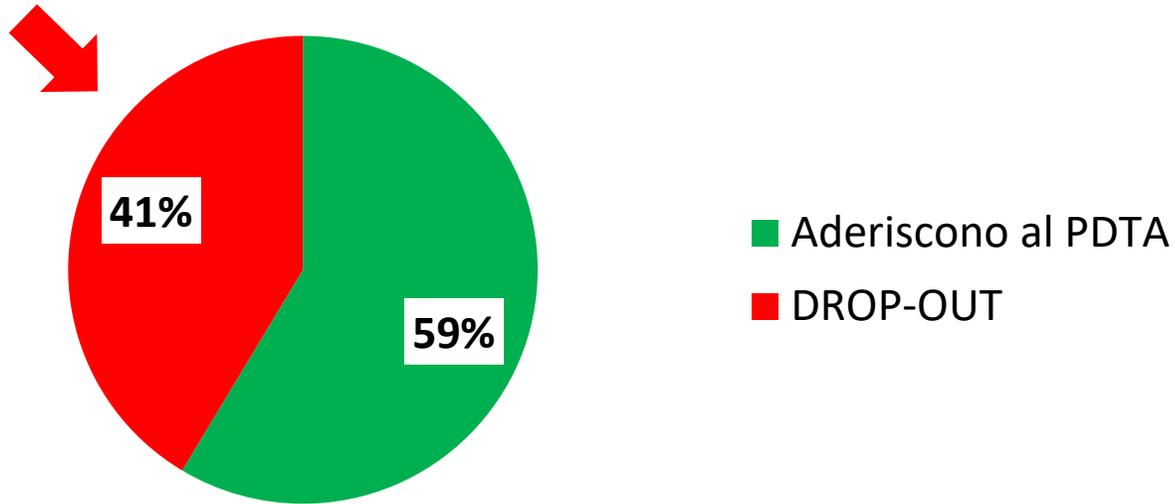


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza



RISULTATI

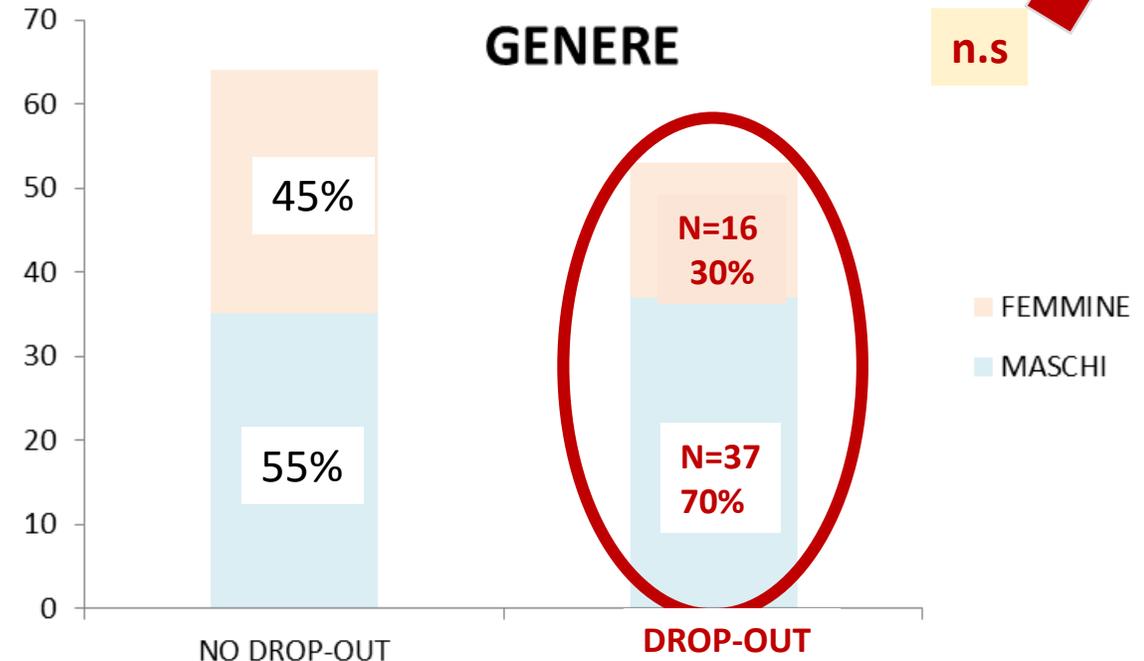
Incidenza drop-out (53/128 utenti)



		N	Media	Deviazione std.
Età	Segue trattamento	73	23,8	5,7
	Drop-out	53	22,3	3,3

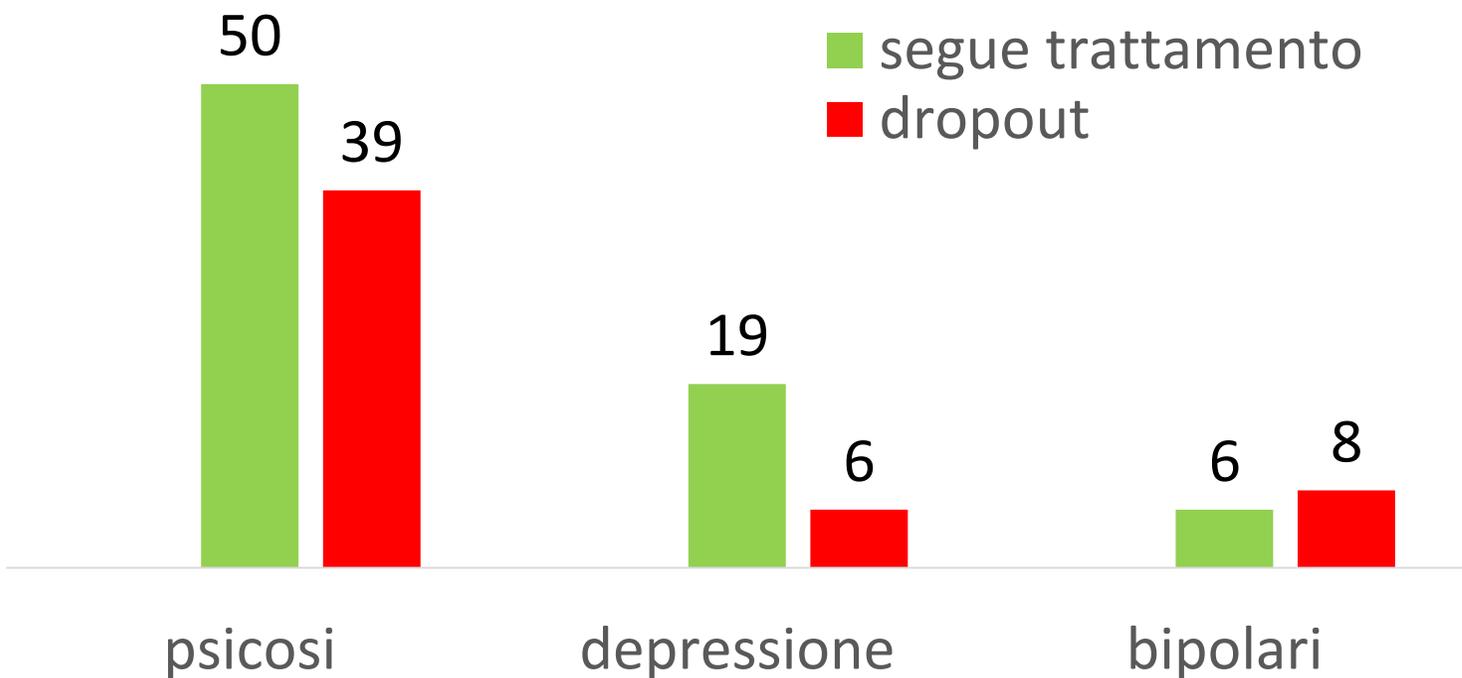
t=1,915
p=n.s.

Test del chi-quadrato			
	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Rapporto di verosimiglianza	2,799	1	,094



Omogenei per età e per genere

Area diagnostica



**Omogenei dal punto di
Vista statistico per area diagnostica**

Test del chi-quadrato

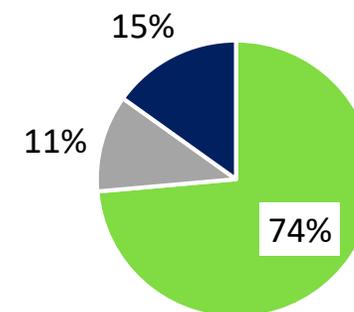
	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Rapporto di verosimiglianza	4,953	2	,084

n.s



Area diagnosi DROP-OUT

■ psicosi ■ depressione ■ bipolari



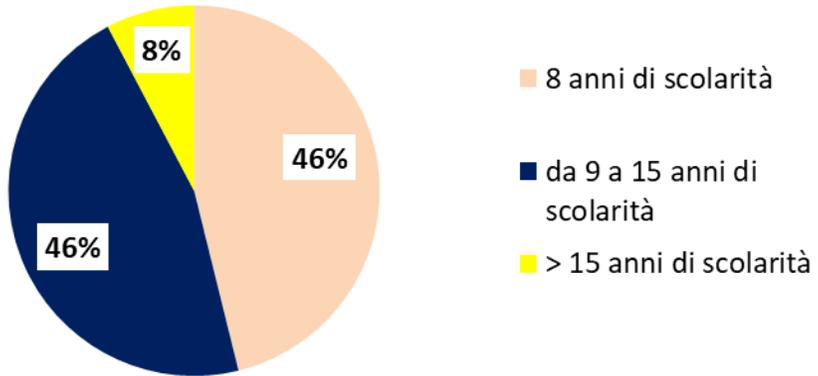
SCOLARITA'

Statistica Chi Quadro $p \leq 0,03$

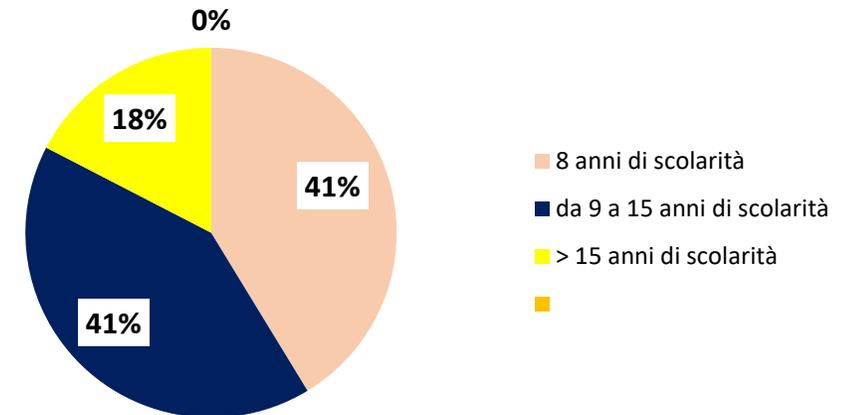


Più bassa la scolarità
nel gruppo drop-out

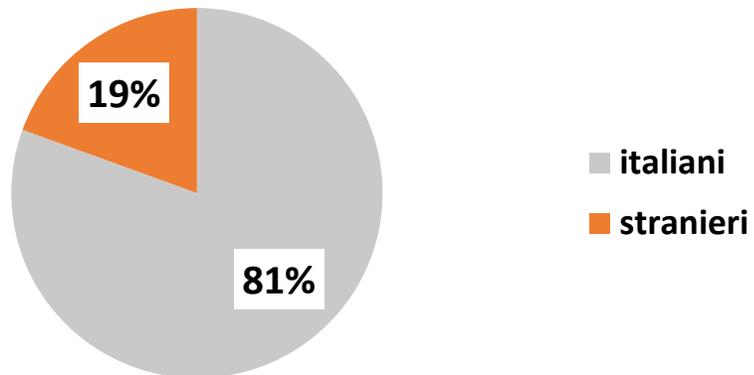
Gruppo drop-out



Gruppo non drop-out

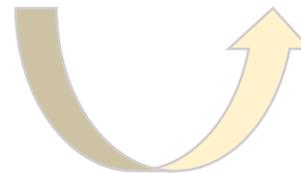


GRUPPO DROP-OUT

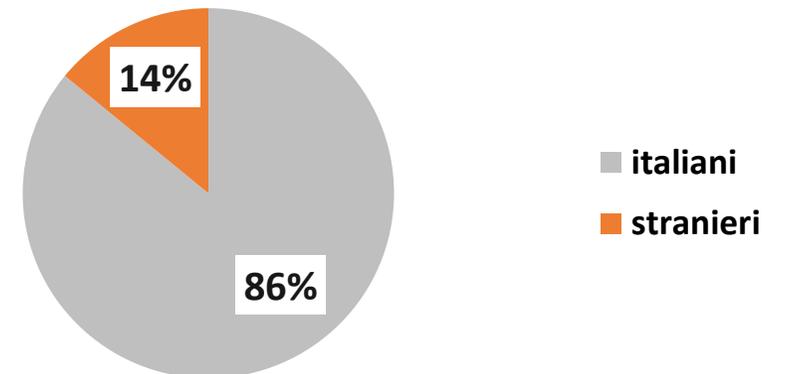


CITTADINANZA

I due gruppi sono omogenei
per cittadinanza

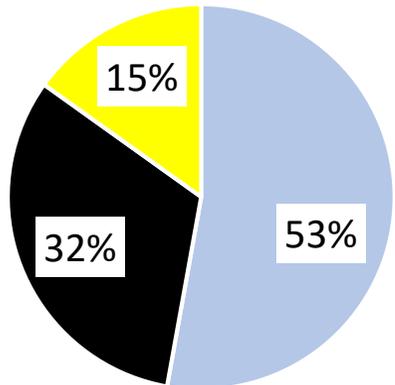


Gruppo non drop-out



PERIODO DI ARRUOLAMENTO DEI DROP-OUT RISPETTO AL COVID

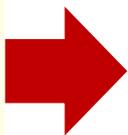
■ precovid ■ durante covid ■ post covid



Drop-out e non drop-out omogenei per periodo di arruolamento

Tavola di contingenza COVID * DROPOUT si=1 no =0 escluso=2

COVID		DROPOUT si=1 no =0 escluso=2		Totale
		segue trattamento	dropout	
precovid	Conteggio	29	28	57
	% in COVID	50,9%	49,1%	100,0%
durante covid	Conteggio	23	17	40
	% in COVID	57,5%	42,5%	100,0%
post covid	Conteggio	22	8	30
	% in COVID	73,3%	26,7%	100,0%
Totale	Conteggio	74	53	127
	% in COVID	58,3%	41,7%	100,0%



Test del chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Rapporto di verosimiglianza	4,226	2	,121

n.s



Nel periodo pandemico (2020, 2021 e 2022)

23 casi di dropout

44,2 % del totale

Durata del percorso di cura

In generale 2014-2023

- In media 10,3 mesi
- In media 7,9 mesi se escludiamo i pz con PDTA di durata ≥ 24 mesi

In pandemia 2020/2021/2022

- In media 7,7 mesi
- In media 5,9 mesi se escludiamo i pz con PDTA di durata ≥ 24 mesi

VALUTAZIONI DELLO STATO CLINICO E FUNZIONALE

Descrittive

		Medio	Deviazione std.	Errore std.	Minimo	Massimo
bprs1	segue trattamento	45,92	16,024	2,313	24	100
	dropout	45,52	16,414	3,283	25	90
	Totale	45,78	16,045	1,878	24	100
honos1	segue trattamento	16,38	9,522	1,374	1	52
	dropout	16,96	6,872	1,433	4	33
	Totale	16,56	8,706	1,033	1	52
gaf1	segue trattamento	49,48	24,154	3,819	0	100
	dropout	44,30	23,168	5,180	0	73
	Totale	47,75	23,761	3,067	0	100

ANOVA

		F	Sig.
bprs1	Tra gruppi	,010	,921
honos1	Tra gruppi	,068	,794
gaf1	Tra gruppi	,628	,431

n.s



**Omogenei dal punto di
Vista statistico CLINICO
E DEL FUNZIONAMENTO**

ASSESSMENT PSICOLOGICO	Statistica ANOVA p≤ 0,03		Deviazione std.
	GRUPPI	Media	
ANSIA DI STATO -CBA- 2.0	segue trattamento	0,6391	1,60267
	dropout	-0,0341	1,18602
SAT-P soddisfatto di come regge la fatica fisica	segue trattamento	40,850	25,0083
	dropout	56,169	23,3908
SAT-P sodd della propria autonomia	segue trattamento	48,400	27,9320
	dropout	61,430	26,9777
SAT-P sodd del proprio autocontrollo	segue trattamento	60,564	27,6489
	dropout	75,577	22,3976
SAT-P sodd livello economico	segue trattamento	52,300	32,6192
	dropout	36,427	26,9039
SAT-P sodd rapporto con coetanei	segue trattamento	47,52	27,500
	dropout	62,53	23,259
Punteggio totale CORE_OM	segue trattamento	2,0928	1,10317
	dropout	1,5320	0,91745
punteggio benessere CBA-OE	segue trattamento	22,34	11,499
	dropout	28,05	10,035

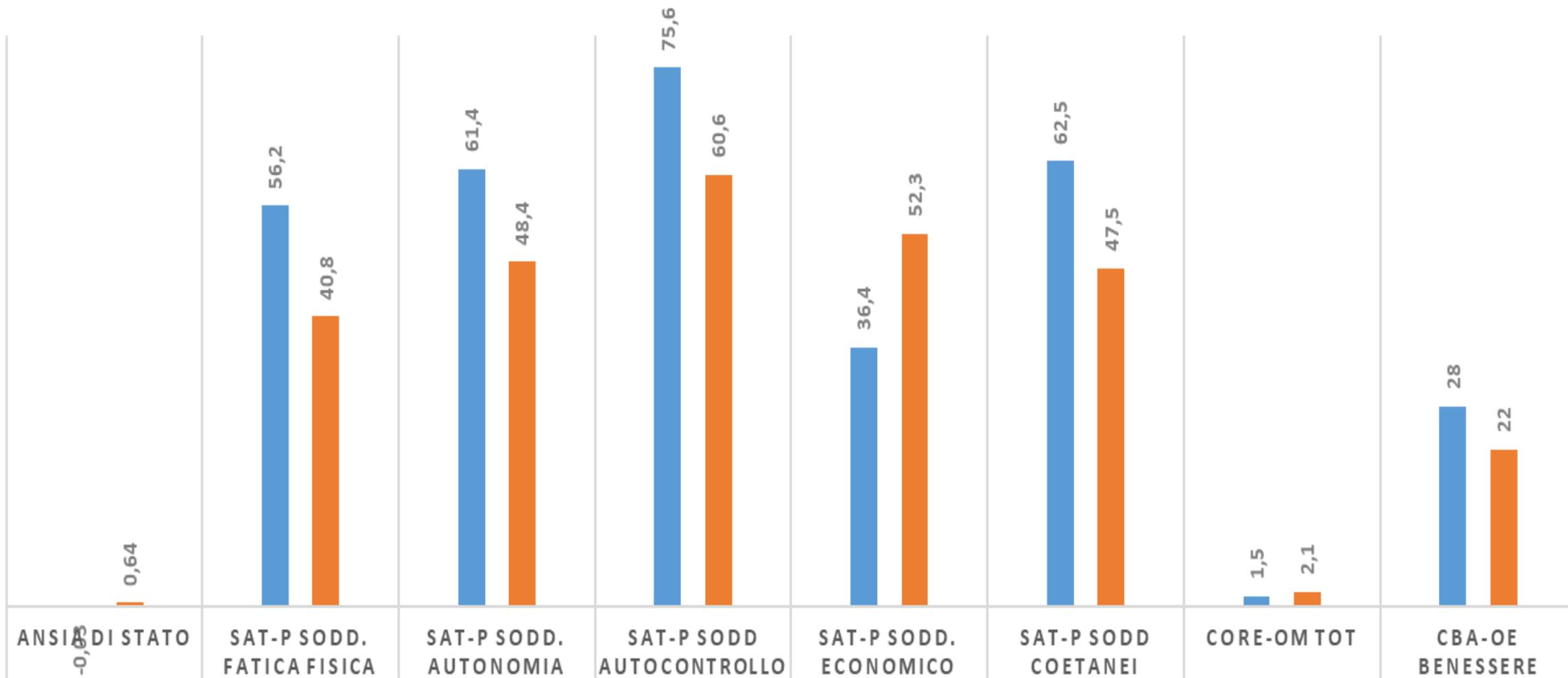
DROP-OUT ANSIA PIU' BASSA

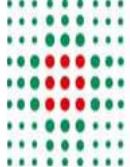
**DROP-OUT PIU' SODDISFATTI
DEL PROPRIO LIVELLO DI
FUNZIONAMENTO PERSONALE,
RELAZIONALE ED EMOTIVO**

**DROP-OUT MENO MALESSERE
E MAGGIORE BENESSERE**

DIFFERENZE ALL'ASSESSMENT PSICOLOGICO

■ drop-out ■ non drop-uo





Conclusioni

IMPORTANZA DELL'**ASSESSMENT** PSICOLOGICO NELL'INTERCETTAZIONE DEI POTENZIALI DROP-OUT

Necessità di giungere a una **condivisione** della definizione del fenomeno drop-out e delle determinanti.

Più a rischio di drop-out coloro con **minore scolarità (utile IPS)** e **maggiore soddisfazione di sé, ansia più bassa e maggior benessere percepito.**

Maggiore attenzione nella realtà clinica quotidiana alle possibilità di **re-engagement** con conseguente miglioramento dell'efficacia dei servizi dedicati agli esordi psicopatologici.

Bibliografia

Ayalde, J., Soong, W., Thomas, S., McCann, P., Griffiths, J., Nicholls, C., Heble, S., Dragovic, M., & Waters, F. (2023). Reasons for non-attendance in youth mental health clinics: Insights from mobile messaging communications. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(9), 877–883.

Birchwood M. (2014). Early intervention in psychosis service: the nwxt generation. *Early Interv Psychiatry* 8(1): 1-2

Conus P et al (2010) Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophr Res* 118(1–3):256–263

Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. Bollati Boringhieri

Kim DJ, Brown E, Reynolds S, Geros H, Sizer H, Tindall R, McGorry P, O'Donoghue B. The rates and determinants of disengagement and subsequent re-engagement in young people with first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Aug;54(8):945-953. doi: 10.1007/s00127-019-01698-7. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30923838.

Lai S., Malla A. Service engagement in first-episode psychosis: current issues and future directions. *Can. J. Psychiatry* 2015; 60: 341–5.

Mascayano F, van der Ven E, Martinez-Ales G, Henao AR, Zambrano J, Jones N, Cabassa LJ, Smith TE, Yang LH, Susser E, Dixon LB. Disengagement From Early Intervention Services for Psychosis: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 2021 Jan 1;72(1):49-60. doi: 10.1176/appi.ps.201900375. Epub 2020 Nov 25. PMID: 33234052.

O'Keeffe S, Martin P, Target M, Midgley N. 'I Just Stopped Going': A Mixed Methods Investigation Into Types of Therapy Dropout in Adolescents With Depression. *Front Psychol*. 2019 Feb 5;10:75. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00075. PMID: 30804827; PMCID: PMC6370696.

Reynolds, S., Kim, D.J., Brown, E. *et al*. Defining disengagement from mental health services for individuals experiencing first episode psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **54**, 1325–1335 (2019).

Solmi F, Mohammadi A, Perez JA, Hameed Y, Jones PB, Kirkbride JB. Predictors of disengagement from Early Intervention in Psychosis services. *Br J Psychiatry*. 2018 Aug;213(2):477-483. doi: 10.1192/bjp.2018.91. PMID: 30027874; PMCID: PMC6071847.

Lynda Tait, Max Birchwood & Peter Trower (2002) A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services, *Journal of Mental Health*, 11:2, 191-198, DOI: [10.1080/09638230020023570-2](https://doi.org/10.1080/09638230020023570-2)

Turner M, Smith-Hamel C, Mulder R (2007) Prediction of twelve-month service disengagement from an early intervention in psychosis service. Blackwell Publishing Ltd, London, p 276

DISCLOSURE INFORMATION

Piero Verani

Dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Disclosure



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DSMDP

Grazie

p.verani@ausl.pc.it

