



*Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria*

# **Working Paper of Public Health**

## **Nr. 01/2015**



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

#### Comitato Scientifico:

Dr. Nicola Giorgione (Presidente)

Dr. Luciano Bernini (Vice-Presidente)

Dr. Francesco Arena

Dr. Ivo Casagrande

Dr. Gabriele Ferretti

Dr.ssa Lorella Gambarini

Dr. Francesco Musante

Dr. Claudio Pesce

Dr. Fernando Pesce

Dr. Salvatore Petrozzino

#### Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi

Dr. Ennio Piantato

#### Responsabile:

Dr. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: [amaconi@ospedale.al.it](mailto:amaconi@ospedale.al.it)

#### Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.

telefono: +39.0131.206819

email: [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it)

#### Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai

migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

#### Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it));
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: [http://www.econlit.org/subject\\_descriptors.html](http://www.econlit.org/subject_descriptors.html)) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



*Titolo:* Ictus, disabilità, depressione

*Autore:* Leampar L.<sup>1</sup>

*Tipo:* Articolo originale

*Keywords:* Modified Rankin Scale (MRS); Beck Depression Scale – Short Form (BDI-SF);  
Ictus, Disabilità, Depressione;

*Abstract*

Background: Ictus, stroke e accidente cerebrovascolare sono tutti sinonimi di una patologia caratterizzata da un'improvvisa perdita della funzione cerebrale risultante dall'interruzione del flusso ematico a una parte del cervello. La statistica ci rivela che in Italia l'ictus è la terza causa di morte e che il 75% dei sopravvissuti hanno una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l'autosufficienza. I dati statistici non sono per niente incoraggianti, il che fa capire come la persona che viene a contatto con questa realtà può presentare, oltre alle conseguenze fisiche dell'evento cerebrovascolare, disturbi dovuti a complicazioni psichiche (disturbi dell'umore, disturbi ansiosi, labilità emotiva, depressione). La depressione post-ictus, in particolare, è un evento frequente (la sua incidenza varia dal 6% al 79%) e di recente interesse scientifico. Infatti, poiché la depressione interagisce negativamente con il programma riabilitativo (i pazienti sono meno motivati, poco concentrati e di conseguenza diminuisce la loro collaborazione), numerosi

---

<sup>1</sup> Corso di Laurea in Infermieristica  
Università del Piemonte Orientale



studi si sono incentrati sul definire l'incidenza, le cause, la valutazione ed il trattamento di questa complicanza. Da studi scientifici è stato rilevato che solo il 10% dei casi di depressione è stato formalmente diagnosticato e che gli infermieri considerano la depressione post-ictus un importante problema che ha bisogno di più attenzione nell'assistenza infermieristica quotidiana. Essi riescono a riconoscere intuitivamente i sintomi della depressione ma trovano difficile la sua valutazione oggettiva attraverso scale di valutazione..

**Obiettivi:** Il presente studio si propone di definire l'incidenza della patologia depressiva nel paziente colpito da evento ictale e ricercare se esiste una correlazione tra il livello di disabilità e la depressione, in modo che questi dati siano utili per la migliore individuazione dei pazienti depressi da parte degli infermieri, incentrando la loro attenzione sui pazienti con un determinato grado di disabilità.

**Metodologia:** la ricerca è di tipo osservazionale descrittivo. Per definire il grado di disabilità è stata utilizzata la scala Modified Rankin Scale (MRS), strumento scientificamente validato a livello internazionale. Per valutare la depressione è stata utilizzata la scala di valutazione Beck Depression Scale – Short Form (BDI-SF), anch'essa validata scientificamente. La scelta di queste scale è stata dettata dalle loro caratteristiche (semplici, rapide, specifiche per la popolazione colpita da evento ictale) e dalla loro appropriatezza al lavoro che si vuole svolgere (sono state le scale più utilizzate nei lavori di ricerca precedenti). Le due scale di valutazione sono indirizzate, previa autorizzazione dei Direttori Sanitari, a tutti i pazienti con diagnosi di ictus cerebrale (ischemico, emorragico o TIA) ricoverati nel periodo maggio-settembre 2014 nella struttura di riabilitazione "T. Borsalino" dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria (AL). Criteri di esclusione sono stati: precedente evento ictale, minore età, deficit cognitivi, concomitanza di patologie oncologiche.

**Risultati:** Dei pazienti ricoverati con diagnosi di ictus ischemico, emorragico o TIA sono entrati a far parte dello studio 31 utenti, corrispondenti ai criteri di inclusione. Analizzando i dati raccolti si evince che l'età media del campione è stata di 67 anni, l'età minima di 51 anni e l'età massima di 78 anni, l'età più ripetuta è di 71 anni. La popolazione in studio è formata da 17/31 pazienti (54,84%) di sesso maschile e 14/31 pazienti (45,16%) di sesso femminile. In base alla valutazione con la scala



Modified Rankin Scale, 14 pazienti su 31 (45,16%) hanno una disabilità moderata e moderatamente grave. Emerge dai questionari raccolti che 25 pazienti presentano sintomi nella norma e 6 pazienti (19,36%) presentano sintomi che corrispondono ad una depressione lieve. Tra i 6 pazienti con depressione lieve, 5 sono maschi (83,33%) e una è femmina (16,67%). L'età media dei pazienti con depressione è 69, di cui l'età minima è 67 anni e l'età massima è 75 anni. Prendendo in considerazione tutta la popolazione, i maschi hanno un valore maggiore del BDI-SF e nella popolazione femminile lo stesso valore aumenta con l'aumentare dell'età. Con il software Stata 10 è stato descritto il coefficiente di variazione tra disabilità e depressione, il che mostra come esista una correlazione direttamente proporzionale tra i valori della MRS e il BDI-SF. Questi risultati mostrano, dunque, come i pazienti che hanno un alto grado di disabilità siano anche interessati da una depressione lieve (i valori massimi trovati della BDI-SF (15) corrispondono ad un MRS di 4 e 5).

**Conclusioni:** Questa ricerca ci permette di rispondere positivamente alla domanda: il grado di disabilità potrebbe influire sull'incidenza della depressione? Su 31 pazienti inclusi nello studio, 6 pazienti (19%) erano affetti da una depressione lieve. Analizzando questi 6 pazienti, coloro che hanno ottenuto un valore maggiore nella scala Beck Depression Inventory – Short Form erano gli stessi pazienti ai quali è stato assegnato un punteggio maggiore sulla scala Modified Rankin Scale. Detti risultati supportano l'ipotesi che i pazienti con una disabilità più grave sono anche quelli più depressi. Anche se i dati ottenuti sembrano correlabili, non si può affermare con certezza scientifica che sia veramente così, a causa di alcuni limiti dello studio.



*“Quando alla terapia farmacologica verrà affiancata anche quella di carattere umano, i depressi potranno dare ancora un senso alla propria esistenza.”*

Romano Battaglia, Incanto, 2008

Henry Fuseli: Silenzio (1801)



## *PREMESSA*

L'argomento di cui tratta questo lavoro di tesi è il paziente post evento ictale in fase riabilitativa. È una tesi per il corso di laurea in Infermieristica, eppure nel titolo compaiono due diagnosi mediche: ictus e depressione. Nonostante ciò, queste due patologie sono di notevole interesse infermieristico. Infatti la gestione dei pazienti colpiti da Ictus Cerebri è notevolmente complessa ed implica un serio e costante lavoro di équipe che vede coinvolti Infermieri, Medici, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, familiari e lo stesso paziente, mentre la depressione, come verrà trattato in seguito, è spesso sottostimata e l'infermiere è forse la figura professionale più adatta a riconoscerne precocemente i sintomi.

L'individuazione del problema deriva dal percorso formativo di pratica nella struttura riabilitativa "Teresio Borsalino" dell'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria. Il confronto con pazienti colpiti da ictus mi ha fatto riflettere sul valore che questo tema acquisisce nella professione dell'infermiere ed ho capito che per raggiungere il successo terapeutico non basta incentrare tutti gli sforzi professionali su interventi tecnici come la somministrazione delle terapie o l'indagine tramite tecniche diagnostiche.

Eventi come un ictus cerebrale, infatti, mettono spesso a rischio la vita dei pazienti o quanto meno modificano improvvisamente e radicalmente la percezione di sé e le capacità fisiche e/o mentali. Per quanto riguarda la gestione degli aspetti clinici più strettamente somatici la professione medica è in linea di massima preparata. Vi è invece carenza – se non limitatamente a predisposizioni o interessi personali – di strategie di approccio che tengano in dovuto conto gli aspetti emozionali, il vissuto, le paure, le rappresentazioni simboliche, i significati dal punto di vista del singolo.

Quest'impatto improvviso con la malattia ed i conseguenti cambiamenti funzionali della persona possono portare ad un disagio emotivo, da una fase di shock, rabbia, sollievo, rifiuto, afflizione sino all'insorgere di un disturbo depressivo in grado di condizionare negativamente la qualità di vita del paziente. La depressione è un evento molto frequente – più frequente che nella popolazione generale – in quanti abbiano sofferto, nel recente passato, di un evento acuto cerebrovascolare.

Il mancato riconoscimento della patologia depressiva può condizionare negativamente il recupero funzionale, in una fase riabilitativa che rischia di essere parziale, incompleta e talora



inefficace se non si rivolge alla complessità non solo somatica, ma anche emozionale e mentale, dell'individuo.

L'infermiere è globalmente visto come la figura professionale più presente durante la degenza e perciò che si relaziona più frequentemente con il paziente ed è dunque l'infermiere che potrebbe rilevare più precocemente i segni ed i sintomi di questa patologia. Molti studi però, di cui la revisione sistematica pubblicata nel 2010 sul *Jurnal of Clinical Nursing*, evidenziano come gli infermieri riconoscano che l'osservazione e la valutazione degli aspetti psico-cognitivi siano parte integrante del proprio ruolo nella riabilitazione ma poco è noto in merito all'effettivo ruolo infermieristico nella valutazione della depressione e nell'attuazione di interventi mirati.

Con questa ricerca ho voluto evidenziare se la gravità della disabilità nel paziente colpito da ictus cerebrale può essere correlata ad una maggiore incidenza di depressione e quindi se potrebbe essere un fattore induttore. In questo modo, i risultati di questa ricerca potrebbero indirizzare o meno il personale infermieristico a valutare più attentamente il modello di percezione di sé- concetto di sé dei pazienti con disabilità gravi.

## 1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

### 1.1 Ictus: definizione

La definizione di ictus dell'Organizzazione mondiale della sanità è: «l'ictus è una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare; la perdita della funzionalità cerebrale può essere globale (pazienti in coma profondo). I sintomi durano più di 24 ore o determinano il decesso».

La definizione di ictus comprende:

- *Ictus ischemico*: si verifica quando le arterie cerebrali vengono ostruite dalla graduale formazione di una placca aterosclerotica e/o da un coagulo di sangue. Circa l'80% di tutti gli ictus è ischemico.
- *Ictus emorragico*: si verifica quando un'arteria del cervello si rompe, provocando così un'emorragia intracerebrale non traumatica (questa forma rappresenta il 13% di tutti gli ictus) o caratterizzata dalla presenza di sangue nello spazio sub-aracnoideo.



- *Attacco ischemico transitorio o TIA*, si differenzia dall'ictus ischemico per la minore durata dei sintomi (inferiore alle 24 ore, anche se nella maggior parte dei casi il TIA dura pochi minuti, dai 5 ai 30 minuti). Si stima che il 40% delle persone che presenta un TIA, in futuro andrà incontro ad un ictus vero e proprio. [1]

### *1.2 Epidemiologia*

Ogni anno si verificano in Italia circa 196.000 ictus, di cui il 20% sono recidive. In Italia l'ictus è la terza causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore e le neoplasie; causa il 10-12% di tutti i decessi per anno (il 10-20% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese e un altro 10% entro il primo anno di vita) e rappresenta la prima causa di invalidità. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente, il 75% sopravvive con una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l'autosufficienza.

Per quanto riguarda la correlazione con l'età, l'ictus è più frequente dopo i 55 anni, la sua prevalenza raddoppia successivamente ad ogni decade; il 75% degli ictus si verifica nelle persone con più di 65 anni. La prevalenza di ictus nelle persone di età 65-84 anni è del 6,5% (negli uomini 7,4%, nelle donne 5,9%). [1]

Si stima che in Europa vi sarà un aumento di 400.000 nuovi casi di ictus nel corso del periodo 2000-2025. Inoltre, "è stato considerato l'effetto di lievi aumenti o diminuzioni dei tassi di incidenza di ictus ( $\pm 2\%$  a 5 anni) che potrebbero derivare da una maggiore esposizione a, o un miglior controllo di principali fattori di rischio per l'ictus come il livello della pressione arteriosa, fumo di tabacco, diabete, indice di massa corporea, e il livello di attività fisica. La differenza entro il 2025 sarebbe  $\pm 150.000$  ictus". [2]

### *1.3 Complicanze psico-cognitive*

I pazienti possono presentare, oltre ai postumi dell'evento cerebrovascolare, altri disturbi, come comorbidità preesistenti o complicazioni dell'evento ictale fisiche (spasticità, malnutrizione, patologie articolari e/o dolorose, cadute, eccetera) o psichiche (disturbi dell'umore, disturbi ansiosi, labilità emotiva, apatia e rari disturbi psicotici). Tali disturbi, nei pazienti con postumi di ictus, non devono essere considerati ineluttabili, ma devono essere adeguatamente valutati e trattati, in quanto altrimenti possono condizionare negativamente il processo riabilitativo. [3]



La depressione post-ictus è considerata la conseguenza neuropsichiatrica più frequente e importante dell'ictus anche se, nonostante i numerosi studi recenti, permangono dubbi e controversie su cause, incidenza, conseguenze e trattamento.

#### 1.4 Ictus e depressione: epidemiologia

*“Essere colpiti al cervello è essere colpiti nel centro del pensiero, della consapevolezza, della nostra autonomia, capacità motivazionale e del movimento immaginativo e fisico”.* [4]

L'ictus rappresenta una perdita personale. L'unico modo per guarire, per essere in grado di affrontare il problema è attraverso un processo che comprende diverse tappe, che si possono presentare in qualsiasi ordine: una fase di shock, rabbia, sollievo, depressione, rifiuto, afflizione, accettazione e commozione. La reazione più comune, generalmente, è la depressione alla quale seguono rabbia e frustrazione.

La depressione post-ictus (post stroke depression, PSD) è definita come un episodio depressivo che insorge entro 6-12 mesi dopo un ictus ed è un evento frequente e molto studiato, la cui incidenza varia dal 6% al 79% con un picco di 73,8% in fase precoce (periodo post-ictus <30 giorni). [5] [6] [7]

Questa eterogeneità dei dati è dovuta principalmente a rilevanti problematiche metodologiche dei numerosi studi sull'argomento (differenti criteri diagnostici, utilizzo di differenti scale di valutazione, criteri temporali differenti, criteri di inclusione differenti – in particolare, l'arruolamento o meno di pazienti afasici).

Tuttavia, esiste concordanza su una maggiore prevalenza di depressione post-ictus nei pazienti ricoverati nei centri di riabilitazione. [8]

I dati italiani sono in linea con la prevalenza media dei paesi occidentali. Lo studio DESTRO, condotto su oltre 1.000 soggetti affetti da recente ictus in 53 centri dislocati su tutto il territorio nazionale, ha evidenziato una prevalenza di depressione del 36%. [9]

La frequenza di depressione post-ictus è maggiore nei primi mesi dall'evento ictale, e tende successivamente a ridursi, sia spontaneamente che per effetto di terapie farmacologiche.

Tuttavia la depressione post-ictus può anche cronicizzare: a 6 mesi dall'ictus sintomi depressivi sono stati descritti nel 43% dei pazienti, mentre a 36 mesi erano osservabili nel 18% dei casi. La frequenza rimane elevata anche a maggiore distanza dall'evento acuto, essendo del 29% a 3 anni, e del 19,2% a 7 anni di distanza. [10]

Da uno studio eseguito nel 2014 nella clinica neurologica di Sarajevo intitolato "Post stroke depression" su 210 pazienti risulta che la PSD è più frequente nei pazienti più giovani (52-60 anni), nelle donne (63,8%), con lesione localizzata nell'emisfero sinistro (63%) e con un più elevato grado di disabilità (il valore medio della scala NIHSS era di 16,07, con un minimo di 11 ed un massimo di 22). [11]

Un altro studio, pubblicato sul Journal of American Heart Association nel 2010, ha rilevato come la percentuale di incidenza della depressione fosse superiore nei pazienti anziani (età superiore a 70 anni) post-ictus rispetto alla popolazione controllo, ossia ai pazienti anziani che non hanno subito un ictus. Infatti, l'incidenza della depressione era di 34% nei pazienti anziani che hanno subito un ictus (dopo 20 mesi dall'evento ictale) rispetto al 13% nella popolazione controllo. [12]

### *1.5 Fattori di rischio nello sviluppo della depressione*

Riguardo i fattori di rischio nello sviluppo della depressione ci sono numerose discrepanze nella letteratura scientifica.

Il modello neuroanatomico proposta da Robinson et al. (1984) considera due forme distinte di depressione, una maggiore ed una minore. La depressione maggiore non viene associata come una reazione psicologica all'evento ictale, bensì come "una forma di depressione biologicamente determinata con precisi correlati neuroanatomici". In particolare, le lesioni a livello della corteccia cerebrale sinistra si associano più frequentemente alla depressione post ictus. La forma di depressione minore viene considerata invece come una "sintomatologia meno definita" dove potrebbe essere considerata come una risposta alla disabilità provocata dalla lesione. [13]

Il modello neuroanatomico di Robinson et al (1984) è stato però messo in discussione.

Dato che la sua evidenza empirica rimane tuttora contraddittoria, sono state proposte altre ipotesi sulla relazione tra ictus e depressione basate sul ruolo dei fattori psicosociali. Un modello recentemente elaborato da Mast e Vedrody (2006) "modello biopsicosociale complesso" sostiene che la sede della lesione è connessa all'episodio depressivo nella fase acuta, mentre in un secondo periodo sembra che possano influire maggiormente fattori psicologici e cambiamenti sociali. [14]

Dalla ricerca bibliografica effettuata sui motori di ricerca PubMed, Google Scholar e sul sito [www.progettoasco.it](http://www.progettoasco.it) (Aggiornamento Scientifico Continuo Online) risultano numerosi studi effettuati per identificare l'eziologia della depressione post-ictus.



Il sesso femminile, precedente patologia psichiatrica e/o cerebrovascolare, scolarità elevata, marcata disabilità e problematiche familiari e sociali vengono identificati come predittori dell'insorgenza precoce di depressione (entro il primo anno), mentre secondo lo studio portoghese "Predictors of poststroke depression: a retrospective study in a rehabilitation unit" l'unico fattore di rischio è l'afasia. [5] [6]

Numerosi pareri discordanti riguardano anche la correlazione tra l'emisfero encefalico colpito e l'incidenza della depressione: nelle linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus cerebrale viene riportato che il rischio di depressione post ictus non è associato alla sede della lesione cerebrale, mentre i risultati dello studio "Relationship between poststroke depression and ischemic lesion location" dimostrano che l'interessamento dell'emisfero sinistro è un fattore dell'insorgenza precoce di depressione (lesioni in queste sedi altererebbero le vie corticali noradrenergiche e impedirebbero l'*up-regulation* dei recettori della serotonina). [10] [15]

### *1.6 Criteri di diagnosi della depressione*

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce un disturbo depressivo come: *Un disturbo comune mentale caratterizzato da tristezza, perdita di interesse o piacere nelle attività, mancanza di energia, bassa concentrazione e autostima. Le persone che soffrono di malattie croniche e disabilità... sono a più alto rischio di sviluppare un disturbo depressivo rispetto alla popolazione generale.* [16]

Nonostante l'alta incidenza di questa complicanza, da uno studio è stato rilevato che solo il 10% dei casi sono stati formalmente diagnosticati. [5]

Per rilevare e diagnosticare la depressione ci sono numerosi strumenti:

- *approccio clinico multidimensionale* (colloquio con il paziente, anamnesi premorbose; osservazione del comportamento del paziente; intervista con i familiari e con i caregiver). Tale approccio è utile per limitare i rischi sia di sovrastima che di sottostima diagnostica della depressione.

- *Manuali di classificazione*: l'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) e il DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edizione, con testo rivisto).

- *scale di valutazione di derivazione psichiatrica*: nella pratica, come ausilio per lo screening o la diagnosi di depressione post-ictus e nella realizzazione degli studi, vengono utilizzate comunemente le seguenti scale non specifiche per la depressione conseguente ad



eventi vascolari: *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)*, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Clinical Global Impression of Depression (CGI)*, *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *Stockton Geriatric Rating Scale (SGRS)*, *Zung Depression Scale (ZDS)*.

Le scale di valutazione sono necessarie per la quantificazione ed il monitoraggio dei sintomi depressivi o per monitorare il trattamento. La loro derivazione psichiatrica può renderle non perfettamente adeguate per il rischio di attribuzioni erranee alla depressione di sintomi dovuti ai postumi della patologia vascolare, da usare con attenzione e tuttavia utili per il monitoraggio clinico e per la verifica dei risultati terapeutici. Il rischio di falsi positivi può essere evitato sottoponendo i pazienti ad un colloquio diagnostico più approfondito.

Come altre patologie, anche per la depressione sono presenti differenti forme. Le più comuni secondo il DSM IV-TR sono:

- *Disturbo depressivo maggiore*: Questo disturbo si caratterizza per la comparsa di uno o più episodi depressivi maggiori che durano almeno due settimane, compromettendo la vita sociale, lavorativa e sociale del soggetto. Le persone che soffrono di questo disturbo, sono di umore triste, facilmente irritabili e subiscono delle variazioni rilevanti nelle loro abitudini di vita, come la difficoltà nel pensare o nell'agire, mancanza di interesse nelle attività di piacere percependo inoltre sentimenti di colpa, inutilità e vuoto.
- *Distimia*: Il disturbo distimico significa "cattivo umore". Può essere definito come un disturbo depressivo attenuato caratterizzato da un atteggiamento cupo, triste, chiuso e taciturno. Le più tipiche manifestazioni di tale disturbo sono sentimenti di inadeguatezza, colpa, irritabilità, rabbia, ritiro sociale, perdita di interesse, inattività e mancanza di produttività. Il soggetto non presenta sintomi gravi, infatti pur con delle difficoltà può portare avanti una vita normale. Questo disturbo, per essere riconosciuto deve presentare almeno due dei sintomi classici da almeno due anni, questo significa che si può diagnosticare solo quando diventa cronico.
- *Disturbo depressivo non altrimenti specificato*: La diagnosi di questo disturbo viene considerata quando le manifestazioni depressive non soddisfano tutti i criteri previsti per gli altri disturbi depressivi. [17]

Sia l'ICD-10 che il DSM IV-TR, stabiliscono l'esistenza di episodio depressivo maggiore in presenza di cinque o più dei seguenti sintomi o predittori di depressione da almeno due settimane. (*Tabella 1*)

*Tabella 1: Sintomi episodio depressivo secondo l'ICD 10*

1	Tono dell'umore depresso per gran parte della giornata
2	Perdita degli interessi e della capacità di provare piacere
3	Facile affaticabilità o perdita di energia
4	Perdita dell'autostima e della fiducia in sé
5	Visione pessimistica del futuro
6	Idee di colpa e di inutilità (sino al delirio di colpa o di rovina nella depressione con sintomi psicotici)
7	Pensieri di morte, idee e/o comportamenti autolesivi (rischio di suicidio)
8	Disturbi del sonno (prevalentemente insonnia, talora ipersonnia)
9	Disturbi dell'appetito (prevalentemente inappetenza, a volte bulimia)
10	Riduzione della concentrazione e dell'attenzione

*Negli episodi tipici (che possono presentarsi in forma lieve, media o grave), il soggetto generalmente manifesta deflessione del tono dell'umore, perdita degli interessi e anedonia, riduzione dell'energia con affaticabilità. Gli altri sintomi in elenco possono ritrovarsi in misura maggiore o minore e contribuiscono alla definizione della gravità. I sintomi devono essere presenti per almeno due settimane, ma possono protrarsi per mesi, il funzionamento sociale sarà più o meno alterato in relazione alla gravità del quadro depressivo.*

La giovane età ed il decremento della vitalità si sono dimostrati fattori predittivi nel 74% dei casi in soggetti con cardiopatia. L'apatia è un *marker* tipico di depressione post-ictus così come sintomi quali il pianto e la tristezza. [18]

Non è semplice diagnosticare la depressione in un paziente post evento ictale. Questi pazienti possono presentare una serie di disturbi neurologici e neuropsicologici che ostacolano la valutazione dei disturbi emotivo-comportamentali. Da un lato, infatti, disturbi neuropsicologici quali afasia, anosognosia, emidisattenzione e deterioramento cognitivo possono influire sia sulla possibilità di comunicazione, sia sull'attendibilità delle risposte dei pazienti; dall'altra alcune componenti della sintomatologia neurologica, quali astenia e/o

modificazioni vegetative, possono “mimare” vari aspetti delle sindromi psichiatriche, con conseguente rischio di sovrastima, dovuta all’attribuzione di sintomi somatici alla depressione anziché all’ictus.

## 2. ANALISI DELLA LETTERATURA

### 2.1 Il ruolo del nursing

Per una migliore presa a carico dei pazienti con precedente ictus in fase riabilitativa è importante che vi sia un approccio multidisciplinare per strutturare un efficace percorso riabilitativo. L’infermiere, rispetto agli altri professionisti di altre discipline che trattano particolari strutture del corpo, prende in considerazione la persona nel suo complesso. Attraverso uno stretto contatto e un orientamento olistico con il paziente, gli infermieri sono i primi a notare i cambiamenti funzionali o complicazioni che possono essere pericolose per la vita o che possono scoraggiare l’andamento del percorso riabilitativo. La figura dell’infermiere riveste quindi un ruolo essenziale nella fase riabilitativa del paziente.

Come già ripetuto nei paragrafi precedenti, la depressione post-ictus è un argomento di recente interesse scientifico e si sono svolte numerose ricerche riguardo l’epidemiologia, l’eziologia ed il trattamento ma ben poche riguardo il ruolo dell’infermiere.

Nel 2010 è stata pubblicata sulla rivista *Journal of Clinical Nurses* una revisione sistematica (“A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and role of nurses”) il cui obiettivo è stato quello di esplorare il ruolo infermieristico nella gestione della depressione post-ictus e di identificare gli interventi non-farmacologici che gli infermieri potrebbero attuare nell’assistenza quotidiana dei pazienti con ictus. [19]

Da questo studio è emerso che gli infermieri considerano la depressione post-ictus un importante problema che ha bisogno di più attenzione nell’assistenza infermieristica quotidiana ma trovano problematica la valutazione dello stato psicologico del paziente a causa di mancanza di tempo, conoscenze, strumenti e corsi di aggiornamento.

Gli infermieri osservano e riconoscono i sintomi della depressione intuitivamente e trovano difficile la valutazione dello stato d’umore attraverso l’uso di scale di valutazione. D’altro canto, lo screening della depressione da parte di un infermiere adeguatamente formato porta ad una corretta identificazione, il che sarebbe utile perchè l’uso strutturale di una scala di valutazione della depressione nei pazienti con ictus potrebbe favorire il precoce



riconoscimento della depressione da parte degli infermieri.

Gli interventi terapeutici non-farmacologici che gli infermieri potrebbero attuare efficacemente nell'assistenza quotidiana dei pazienti con depressione post-ictus sono: information provision, life review therapy, motivational interviewing, an outpatient support programme, a support programme concerning activating and monitoring treatment of depression e l'attività fisica. Al contrario, programmi che includono visite a domicilio o chiamate telefoniche da professionisti della salute non sono efficaci. [19]

Nella Corea del Nord è stato eseguito uno studio sugli effetti degli interventi infermieristici attuati per promuovere l'attività fisica nei pazienti post-ictus. [20] Durante il ricovero in un centro riabilitativo, i pazienti sono stati sottoposti a sessioni di terapia riabilitativa per circa 1-2 ore al giorno, in seguito il paziente è stato accolto e seguito durante la sua degenza dal team infermieristico. In questo studio gli infermieri hanno implementato un'attività di gruppo che sembrasse quasi un gioco, tre volte alla settimana per due settimane e in seguito sono stati valutati lo stato funzionale (cognitivo, motorio e generale), fatigue, sonno e depressione. Tutti gli outcomes sono significativamente migliorati, ciò sta a significare come questi così definiti "sicuri e piacevoli" interventi infermieristici potrebbero essere sviluppati e implementati per contenere la disabilità ed le sue complicanze.

Un'altra attività considerata "sicura e piacevole" è lo yoga. Due studi sperimentali riportano un significativo miglioramento della qualità di vita, mentre i valori della gravità della depressione (valutata con la Geriatric Depression Scale) e dell'ansia (valutata con lo State Trait Anxiety Inventory) non hanno subito cambiamenti scientificamente rilevanti. [21] [22]

In conclusione, gli infermieri riconoscono i sintomi della depressione ma trovano difficile valutarla. Le scale di valutazione sono raramente utilizzate. Dalla revisione sistematica pubblicata sul Journal of Clinical Nurses è emerso il bisogno di un'educazione post-universitaria degli infermieri soprattutto sull'utilizzo di scale di valutazione della depressione. Inoltre necessitano cambiamenti nell'organizzazione ed un'ottima collaborazione multidisciplinare.

## 2.2 La depressione incide sugli outcomes della riabilitazione?

*"La depressione rappresenta il fattore sfavorevole più rilevante sulla qualità della vita dei pazienti con postumi cronici di ictus". [4]*





La maggior parte degli autori concordano nel ritenere che la depressione post-ictus rivesta un ruolo sfavorevole sulla prognosi, sul trattamento riabilitativo, sul recupero funzionale, sulla durata della degenza, sulla qualità di vita e sulla stessa sopravvivenza dei pazienti. [3]

Disturbi ansiosi o depressivi ostacolano la partecipazione attiva e la capacità di apprendimento del paziente e condizionano il programma riabilitativo compromettendo il recupero. Va quindi ricordato che un'indagine e trattamento precoce di questo disturbo riduce le complicanze e riduce gli effetti clinici negativi. [10]

Nel periodo 2003-2007 è stato condotto uno studio retrospettivo su pazienti ricoverati consecutivamente presso la U.O. di Riabilitazione Neurologica dell'AOU Policlinico di Messina affetti da ictus cerebrale in fase precoce (durata della malattia inferiore o uguale a 30 giorni). [23] Tutti i pazienti, come di routine, sono stati valutati tramite l'esame obiettivo neurologico, fisiiatrico e generale e sono stati sottoposti alle seguenti scale di valutazione: la Canadian Neurological Scale (CNS) per stabilire il grado di severità del quadro neurologico; la FIM e la Barthel (BI) per valutare il grado di disabilità. Per quanto riguarda la valutazione della depressione ci si è basati, oltre che sull'utilizzo della Beck Depression Inventory e della Visual Analog Mood Scale (VAMS) nei pazienti afasici, su un approccio clinico multidimensionale (colloquio clinico, ove possibile; osservazione del comportamento del paziente; intervista con i familiari; modificazione dei ritmi biologici). Sono stati quindi selezionati 107 pazienti, di età media 69, con ictus di recente insorgenza, con una durata media di malattia di 19 giorni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un programma riabilitativo, che si è svolto con doppia seduta quotidiana della durata di circa 60 minuti ciascuna per sei giorni alla settimana sia per la rieducazione motoria sia per la rieducazione del linguaggio. L'analisi dei risultati ha consentito di visualizzare come l'età dei pazienti correli negativamente sia rispetto alla FIM effectiveness che alla Barthel effectiveness. Il punteggio della CNS è del tutto indipendente dall'età dei pazienti. Le caratteristiche relative all'età, al sesso, alla scolarità, alla durata della malattia sono risultate, nei due gruppi, del tutto sovrapponibili. Alla dimissione si è osservato un miglioramento significativo del tono dell'umore e dei punteggi alla FIM ed alla Barthel. Il miglioramento di FIM e Barthel è tendenzialmente maggiore nei pazienti non depressi, senza però raggiungere la significatività statistica. Inoltre la depressione risulta allungare la durata del ricovero di circa il 50% e ridurre l'entità della efficiency alla FIM. A fine ricovero i depressi recuperano globalmente quanto i non depressi, anche se i pazienti con più alto punteggio alla BDI mostrano un recupero significativamente ridotto rispetto a quelli con lieve depressione.

Gli stessi risultati derivano dalla ricerca intitolata "Difficulties in post-stroke gait improvement caused by post-stroke depression" la quale appunto dimostra che la riabilitazione ha diversi effetti nei pazienti depressi e quelli non depressi. La peggior prognosi riabilitativa dei pazienti depressi è dovuta ad una minore concentrazione durante le attività psico-motorie dei pazienti depressi. Dopo il periodo di osservazione, i pazienti non depressi sono migliorati, mentre i pazienti depressi hanno ottenuto pochi miglioramenti. Di conseguenza una riabilitazione precoce ed intensa, così come suggerisce la American Stroke Association, incide significativamente sulla prognosi riabilitativa del paziente. [24]

### 2.3 *L'outcome clinico migliora se la depressione viene identificata e trattata precocemente?*

*"La stretta correlazione tra tono dell'umore e stato funzionale è comprovata, tra l'altro, da segnalazioni in cui al miglioramento dell'umore, spontaneo e/o dopo trattamento, si associava un miglioramento funzionale". [3]*

Aderendo all'interpretazione del modello neurobiologico o socio-psicologico della PSD si considera il disturbo depressivo come un problema "funzionale" e si prenderà poco in considerazione la terapia farmacologica, poiché la depressione in questo caso è considerata come "una fase transitoria di registrazione del mutamento avvenuto". Inoltre, "in quest'ottica il trattamento farmacologico può essere considerato inutile o addirittura dannoso, in dipendenza agli effetti collaterali che normalmente gli antidepressivi inducono, quali sedazione, ipotensione e alterazioni del sonno". [13]

Lo studio italiano "Depressione post stroke ed outcome funzionale in soggetti sottoposti a trattamento riabilitativo e farmacologico precoce" ha lo scopo di dimostrare come sia opportuno iniziare precocemente una terapia antidepressiva che sembra avere efficacia non solo sui disturbi dell'umore, ma anche sull'outcome globale di ripresa. E' uno studio osservazionale su pazienti ricoverati consecutivamente, affetti da ictus cerebrale in fase post-acuta. Il periodo di osservazione è durato due anni (2006-2008). Sono stati arruolati 25 pazienti di cui 17 uomini e 8 donne, di età media 70 anni (range 50-80 anni). Tutti i pazienti sono stati valutati tramite esame obiettivo generale, visita fisiatrica e sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: Canadian Neurological Scale (CNS), Barthel index (BI), Functional Independence Measure (FIM), Beck Depression Inventory (BDI) e la Visual Analog Mood Scale (VAMS) nei pazienti afasici. In tutti i pazienti è stata iniziata una terapia precoce con farmaci antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) con durata media del trattamento di 40 giorni (range 7-90), in associazione ad un



trattamento riabilitativo. Tale gruppo di pazienti è stato comparato con un campione di 27 pazienti in cui non era stata diagnosticata una PSD. Alla dimissione sono stati osservati dei punteggi alla FIM, BI, BDI sovrapponibili tra i due gruppi. Dallo studio emerge che il riconoscimento ed il trattamento precoce della depressione post-ictus incide in maniera positiva sulla ripresa funzionale globale dei pazienti affetti da PSD. [25]

#### *2.4 Gli interventi riabilitativi hanno effetti positivi sui sintomi della depressione?*

Lo studio "Effects of stroke rehabilitation on incidence of poststroke depression: a population-based cohort study" è durato 10 anni ed i risultati evidenziano come la riabilitazione nei primi 3 mesi dopo l'evento ictale riduce significativamente il rischio di depressione post-ictus: è stata diagnosticata la depressione post-ictus nel 5,8% dei pazienti che hanno seguito un programma riabilitativo nei primi 3 mesi dall'evento ictale contro il 8,7% dei pazienti del gruppo controllo. I benefici sono più evidenti nella popolazione maschile. [26]

In un altro studio sperimentale, un gruppo di pazienti post-ictus sono stati sottoposti ad interventi cognitivo-comportamentali (riconoscere i pensieri negativi ed esteriorizzarli, imparare principi di rilassamento, pianificare attività piacevoli). Sia i pazienti che i terapisti hanno avuto un'ottima impressione di queste tecniche e anche dopo i 3 mesi dello studio continuavano ad applicare gli interventi. Settimanalmente l'andamento dei sintomi depressivi veniva valutato con la scala Beck Depressive Inventory e anche tre mesi dopo la fine del periodo di interventi osservazionali. Su 5 pazienti, tra la quarta e l'ottava settimana, 3 pazienti sono migliorati (valori inferiori della BDI) e due sono rimasti stabili. [27]

#### *2.5 Precedenti studi che hanno utilizzato le scale BDI ed MRS*

Lo studio "Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients" ha come obiettivo di ricercare i fattori che influiscono sulla qualità della vita dopo un ictus ischemico nel paziente giovane (15-45 anni) e nel paziente più anziano (>45 anni). Per valutare il grado di disabilità sono state utilizzate le scale Barthel Index Score e la Modified Rankin Scale, per la presenza di depressione è stata utilizzata la Beck Depression Inventory ed i criteri del DSM IV, per la qualità di vita è stata utilizzata la scala Stroke Specific QOL. I risultati mostrano come i fattori che influiscono su una peggior qualità di vita siano, tra altri, un alto valore della MRS (quindi un alto grado di disabilità) e della BDI, sia nei pazienti giovani che anziani. [28]

Nel 2008 in Finlandia è stato effettuato uno studio intitolato "Post-stroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. The Finnstroke study" per valutare se i pazienti post ictus depressi sono o non sono autosufficienti nelle attività di vita quotidiana e se hanno subito più ricoveri dei pazienti non depressi, un anno dopo l'evento ictale. La scala BDI è stata somministrata a 321 pazienti 3 mesi dopo l'ictus. È stato poi ripetuto 12 mesi dopo a 311 pazienti (i rimanenti sono stati esclusi dallo studio per afasia o per peggioramento delle condizioni cliniche). Il grado di invalidità è stato valutato con la scala Modified Rankin Scale. Il 47,3% dei pazienti sono risultati depressi dopo 3 e 12 mesi dall'ictus. I pazienti che erano depressi dopo 3 mesi richiedevano aiuto nelle ADL più spesso dei pazienti non affetti da depressione 12 mesi dopo l'ictus. D'altro canto, i pazienti che erano dipendenti nelle ADL a 3 mesi erano più frequentemente depressi a 12 mesi. [29]

L'associazione tra la dipendenza nelle Activities of Daily Living (ADL) e la depressione è stata riportata anche in precedenti studi. Da uno studio svedese emerge che la dipendenza nelle ADL non era associata ad una immediata depressione, ma dopo 3 mesi e questo fattore è il più importante predittore di depressione. [29]

#### *2.6 Studi scientifici sulla scala Beck Depression Inventory*

Berg et al (2008), in uno studio condotto su 100 pazienti, hanno messo a confronto più scale per evidenziare le loro possibili differenze in termini di prestazioni per valutare la depressione post-ictus. Dallo studio è emerso che il BDI offre un'alta sensitivity ma bassa specificity, il che la rende un accettabile strumento di screening ma non è abbastanza specifico per poter essere utilizzato come strumento diagnostico. In conclusione, il questionario Beck Depression Inventory e la valutazione clinica globale delle impressioni da parte dei professionisti, in aggiunta al manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV), è utile per valutare la depressione. [30]

Inoltre, lo studio "The assessment of poststroke depression" dimostra come il BDI è adatto per lo screening della depressione per i pazienti con ictus (addirittura è la più raccomandata perchè di facile somministrazione e non necessita essere somministrata da professionisti in psichiatria o da personale specializzato nel suo utilizzo). [31] [32]

È stato eseguito anche uno studio italiano che analizza varie scale per l'assessment della depressione nel contesto italiano. [33] Il BDI si è rivelato superiore alle altre scale di autovalutazione, risultando l'unica fra le scale di questo tipo correlare abbastanza bene con le misure di valutazione clinica. Per quanto riguarda l'attendibilità, sia nella versione originale



che nella versione italiana gli indici di coerenza interna e di attendibilità test-retest sono ottimi, aggirandosi intorno a 0,92. Nella versione italiana, sono altresì più che soddisfacenti, andando da 0,76 a 0,87. I limiti di questa scala sono: pericolo di falsi positivi (circa il 18%), non ci sono ricerche che esaminino esplicitamente l'appropriatezza delle ponderazioni assegnate alle opzioni di risposta, mancanza di controllo del response set della desiderabilità sociale (nella valutazione delle risposte, si deve tenere, altresì, conto della tendenza, tipica di alcuni pazienti con depressione severa a <<dicotomizzare>> ogni cosa in maniera estremamente positiva o negativa).

Lo studio "The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients" conferma la validità del Beck Depression Inventory – Short Form, scala che ho utilizzato nel mio studio. [34]

### 3. METODOLOGIA DELLA RICERCA

#### 3.1 Background

Ictus, stroke e accidente cerebrovascolare sono tutti sinonimi di una patologia che in Italia colpisce circa 196.000 persone ogni anno. Come ce lo fa capire la parola, l'ictus ("colpo" in latino) è causato da un'improvvisa perdita della funzione cerebrale risultante dall'interruzione del flusso ematico a una parte del cervello. Le manifestazioni e la gravità delle condizioni cliniche hanno una grande varietà che dipende dalla localizzazione della lesione (quali vasi sono ostruiti), dall'ampiezza della zona che è stata perfusa in misura non adeguata e dalla tempestività del trattamento.

La statistica ci rivela che in Italia l'ictus è la terza causa di morte e che il 75% dei sopravvissuti hanno una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l'autosufficienza. I dati statistici non sono per niente incoraggianti, il che fa capire la persona che viene a contatto con questa realtà può presentare, oltre ai postumi dell'evento cerebrovascolare, disturbi dovuti a complicazioni fisiche (spasticità, malnutrizione, patologie articolari e/o dolorose, cadute, eccetera) o psichiche (disturbi dell'umore, disturbi ansiosi, labilità emotiva, depressione). La depressione post-ictus è un evento frequente (la sua incidenza varia da 6% al 79%) e di recente interesse scientifico. Infatti, poiché la depressione interagisce negativamente con il programma riabilitativo (i



pazienti sono meno motivati, poco concentrati e di conseguenza diminuisce la loro collaborazione), numerosi studi si sono incentrati sul definire l'incidenza, le cause, la valutazione ed il trattamento di questa complicanza.

Da studi scientifici è stato rilevato che solo il 10% dei casi di depressione è stato formalmente diagnosticato e che gli infermieri considerano la depressione post-ictus un importante problema che ha bisogno di più attenzione nell'assistenza infermieristica quotidiana e riescono a riconoscere intuitivamente i sintomi della depressione ma trovano difficile la sua valutazione oggettiva attraverso scale di valutazione.

### *3.2 Obiettivo della tesi*

Il presente studio si propone di definire l'incidenza della patologia depressiva nel paziente colpito da evento ictale e ricercare se esiste una correlazione tra il livello di disabilità e la depressione, in modo che questi dati siano utili per la migliore individuazione dei pazienti depressi da parte degli infermieri, incentrando la loro attenzione sui pazienti con un determinato grado di disabilità. In questo modo si vuole aumentare la sensibilità del personale sanitario ospedaliero nei confronti della depressione nei pazienti colpiti da ictus.

### *3.3 Materiali e metodi*

L'individuazione del problema di ricerca (complicanze psico-cognitive del paziente post-ictus) deriva dall'esperienza di tirocinio pratico nel Dipartimento di Riabilitazione "T. Borsalino" dell'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria. In seguito è stata eseguita una ricerca della letteratura scientifica sui siti delle associazioni italiane che si occupano dei pazienti colpiti da ictus, sul sito del ministero della salute, sulla banca dati Pubmed e Google Scholar per trovare risposta alla mia domanda di ricerca e determinare l'incidenza della problematica depressione nel paziente post-ictus. Questa ricerca ha scaturito l'ipotesi di un possibile fattore induttivo della depressione (il grado di disabilità è direttamente proporzionale all'incidenza della depressione?).

In seguito è stato costruito il progetto tesi per individuare le migliori procedure e strumenti per supportare o confutare l'ipotesi. Il progetto tesi è stato autorizzato dal relatore e dal Coordinatore della Didattica professionale, in seguito ho ottenuto l'autorizzazione a svolgere l'indagine nell'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, da parte del Servizio Infermieristico e delle professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e Ostetrica (SITRO). L'autorizzazione è stata rilasciata il 11 aprile 2014.



Il passo successivo è stato l'incontro con le coordinatrici infermieristiche delle strutture complesse Riabilitazione II livello e Riabilitazione III livello, le quali hanno espresso con parere positivo la loro collaborazione allo studio. Ad ogni incontro per la rilevazione dei dati si sarebbe stabilito il successivo incontro, in base ai nuovi ricoveri.

La raccolta dati è stata eseguita solo ed esclusivamente dall'autrice della tesi per diminuire il grado di contaminazione dei dati. Ad ogni incontro con il paziente corrispondente ai criteri d'inclusione nello studio sono stati spiegati: il ruolo di chi raccoglie i dati, lo scopo della ricerca, le caratteristiche della scala Beck Depression Inventory – Short Form. Dopo aver completato il questionario, è stato valutato il grado di disabilità seguendo i principi della scala Modified Rankin Scale.

Il periodo temporale dello studio è stato incentrato nei mesi di maggio – settembre 2014.

La ricerca è di tipo osservazionale descrittivo, in base al tempo è prospettica (prende in esame i dati raccolti nel presente) e trasversale (i dati vengono raccolti solo una volta senza follow-up).

La revisione della letteratura scientifica è stata svolta consultando: i siti del progetto Aggiornamento Scientifico Continuo Online ([www.progettoasco.it](http://www.progettoasco.it)), dell'Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale ([www.aliceitalia.org](http://www.aliceitalia.org)), dell'Associazione Italiana Neurodisabili ([www.ain-onlus.org](http://www.ain-onlus.org)) e del Ministero della salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)); inoltre è stata consultata la banca dati Pubmed ed il motore di ricerca Google Scholar utilizzando le parole chiave: stroke, disability, depression, beck depression inventory, modified rankin scale. Per ovviare un'eccessiva quantità di risultati non idonei, è stato utilizzato il Thesaurus MESH, gli stessi termini sono stati combinati con gli operatori booleani: AND, OR, NOT, sono stati impostati i filtri: publication dates 10 years.

### *3.4 Campionamento*

Il campionamento è di tipo non-probabilistico e di convenienza (si ha la raccolta di dati da soggetti prontamente disponibili o accessibili al ricercatore). La popolazione di studio è rappresentata dai pazienti con diagnosi di ictus cerebrale ricoverati nel reparto di Riabilitazione II e III livello del Dipartimento di Riabilitazione SSD dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria (AL). Il campione considerato è costituito da tutti i pazienti con diagnosi di ictus ischemico, emorragico o TIA, con un'età superiore a 18 anni. Criteri di esclusione sono: precedente evento ictale, minore età, profonda alterazione della coscienza, concomitanza di patologie oncologiche, afasia, incapacità di

comprendere ed eseguire ordini. È stato garantito l'anonimato nell'utilizzo dei dati e tutti i pazienti hanno accettato di partecipare allo studio. Nel caso in cui il paziente è analfabeta, con difficoltà di lettura o non in grado di auto- compilare la scala BDI, sono stati sostenuti dall'autrice senza coinvolgere familiari o caregiver per evitare il più possibile risposte falsificate da parte del paziente determinate dalla presenza di una persona a lui conosciuta.

### *3.5 Strumenti utilizzati*

Per definire il livello di invalidità globale è stata utilizzata la scala Modified Rankin Scale (MRS), strumento scientificamente validato a livello internazionale. [ALLEGATO I] La scala di MRS rappresenta uno strumento di valutazione a 6 punti (0-5), che categorizza i pazienti in base alla loro capacità di effettuare attività precedentemente svolte e la loro richiesta eventuale di assistenza, contemplando anche i pazienti con assenza di sintomi (valore 0). Ad ogni intervallo corrispondono determinate caratteristiche del paziente che coincidono con la risposta a domande precostituite. [35]

Per valutare la depressione è stata utilizzata la scala di valutazione Beck Depression Inventory – Short Form (BDI-SF), anch'essa validata scientificamente. [ALLEGATO II] La versione abbreviata è lo strumento di autovalutazione più specifico per la depressione, in quanto rispetto alla versione BDI-II esplora una ristretta gamma di sintomi ed esclude quelli relativi all'ansia. Si tratta di uno strumento di misura della presenza e della severità della depressione adattato ai criteri diagnostici dell'Episodio Depressivo Maggiore della quarta versione riveduta del DSM-IV-TR. È un questionario self-report per la valutazione dei sintomi e degli atteggiamenti tipici della depressione, è costituito da 13 item e per ogni item sono fornite 4 alternative di risposta che rispecchiano la gravità del sintomo. Il punteggio ottenuto può variare da 0 a 39. Se il totale è tra 0-9 si ha un'assenza di contenuti depressivi, se è tra 10 e 19 punti si può essere in presenza di una depressione lieve; se è compreso tra 20 e 29 punti si tratta di depressione moderata; un punteggio > di 30 punti indica un quadro depressivo serio. Il range dei tempi di somministrazione è di 5'-10'. [33]

La scelta di queste scale è stata dettata dalle loro caratteristiche (semplici, rapide, specifiche per la popolazione colpita da evento ictale, somministrabili da personale non specializzato nel loro utilizzo) e dalla loro appropriatezza al lavoro che si vuole svolgere (sono state le scale più utilizzate nei lavori di ricerca precedenti).





#### 4. ANALISI DEI RISULTATI

##### 4.1 Modalità di analisi statistica

Per l'elaborazione dei dati e per la Modalità di statistica è stata richiesta la collaborazione del Dott. Ippoliti Roberto dell'S.S.A. Sviluppo e Promozione Scientifica dell'azienda sanitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria.

I dati socio-demografici dei campioni sono stati segmentati e descritti mediante descrizione statistica. Tutte le analisi sono state effettuate in rispetto alla privacy e mediante il software "Stata 10" e Microsoft Office Excel 2007.

##### 4.2 Analisi e discussione dei dati

I risultati descritti derivano dall'elaborazione statistica dei dati ottenuti a partire dalle risposte ai questionari pervenuti e in seguito inseriti in un foglio di calcolo.

Dei pazienti ricoverati con diagnosi di ictus ischemico emorragico o TIA, ricoverati in ospedale dal mese di maggio al mese di settembre 2014 (criterio d'inclusione nello studio), sono entrati a far parte dello studio 31 utenti. Tutti i pazienti, in seguito alla spiegazione della ricerca e dei suoi obiettivi, hanno accettato ad auto-compilare il questionario Beck Depression Inventory – Short Form e dunque di parteciparvi. Per ogni paziente è stata valutata la disabilità con la scala Modified Rankin Scale, è stato raccolto il questionario Beck e sono stati registrati i dati: sesso, età.

Nella Tabella 2 vengono riportati i dati raccolti: sesso, età, valore MRS (da 0 a 5, corrispondenti rispettivamente a nessun sintomo e disabilità grave), risultato totale della scala BDI-SF (da 0 a 39, rispettivamente sintomi considerati nella normalità e quadro depressivo serio), valore attribuito ad ogni affermazione della scala BDI-SF (da un minimo di 0 ad un massimo di 4).



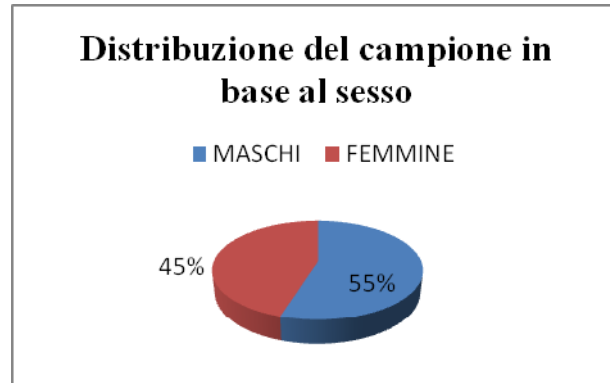
Tabella 2: \*ITEM

Pz	SESSO	Età	MRS	BDI	*1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	M	53	1	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
2	M	62	1	10	0	2	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	0
3	M	67	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4	F	63	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5	M	72	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	M	73	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
7	F	69	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
8	M	51	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
9	F	58	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10	F	65	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
11	F	64	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
12	F	67	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
13	M	78	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
14	M	59	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
15	F	69	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0
16	M	71	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1
17	M	71	3	8	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	1
18	M	51	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
19	F	77	4	7	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0
20	M	68	4	8	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	1	0
21	F	71	4	9	2	2	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0
22	M	75	4	10	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2	1
23	F	72	4	11	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2
24	M	72	4	15	1	1	0	1	0	0	0	1	2	2	3	2	2
25	M	76	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
26	F	64	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
27	F	64	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
28	F	71	5	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	2
29	F	70	5	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
30	M	62	5	11	1	1	0	1	0	0	0	1	0	2	2	1	2
31	M	75	5	15	1	1	0	2	0	0	0	0	1	2	3	2	3

Analizzando i dati raccolti si evince che l'età media del campione è stata di 67 anni con un coefficiente di variazione di 0,11, l'età minima di 51 anni e l'età massima di 78 anni, l'età più ripetuta è di 71 anni.

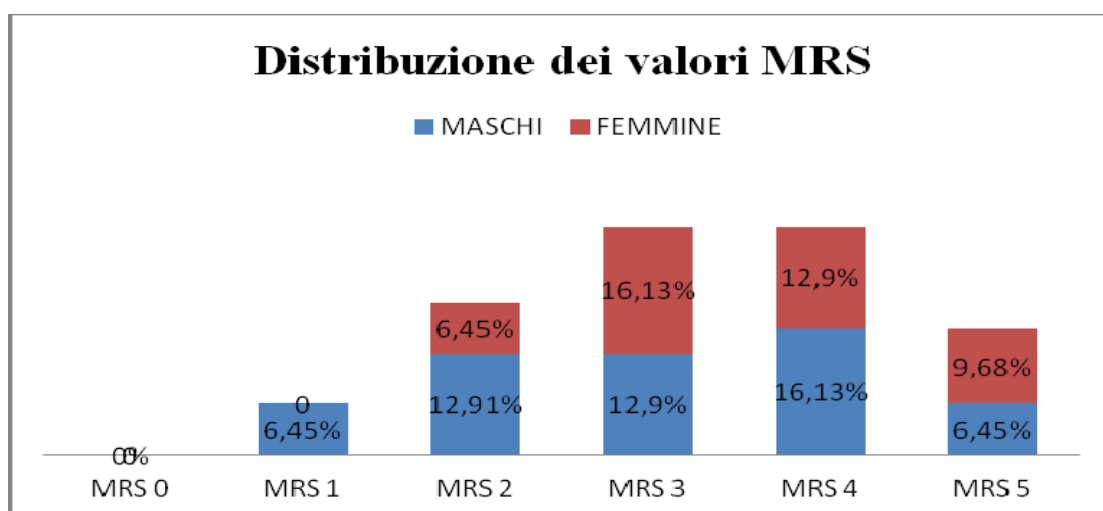
La popolazione in studio è formata da 17/31 pazienti (54,84%) di sesso maschile e 14/31 pazienti (45,16%) di sesso femminile. (*Tabella 2; Grafico 1*)

Grafico 1



In base alla valutazione con la scala Modified Rankin Scale, la maggioranza dei pazienti ha una disabilità moderata e moderatamente grave. Infatti, i gradi di disabilità della popolazione presa in considerazione risultano essere così distribuiti: nessun paziente è asintomatico, il 6,45% risulta avere uno score di 1 (due maschi), il 19,36% ha un grado di disabilità 2 (quattro maschi e due femmine), il 29,03% grado 3 (quattro maschi e cinque femmine), il 29,03% grado 4 (cinque maschi e quattro femmine), il 16,13% grado 5 (due maschi e tre femmine). (*Grafico 2*)

Grafico 2



Analizzando i risultati totali della scala Beck Depression Inventory – Short Form si sono presi in considerazione gli intervalli: 0-9 sintomi irrilevanti, tra 10 e 19 punti depressione

lieve; tra 20 e 29 punti depressione moderata; un punteggio  $>$  di 30 punti indica un quadro depressivo serio. Gli estremi di questa scala sono: minimo 0, massimo 39 punti.

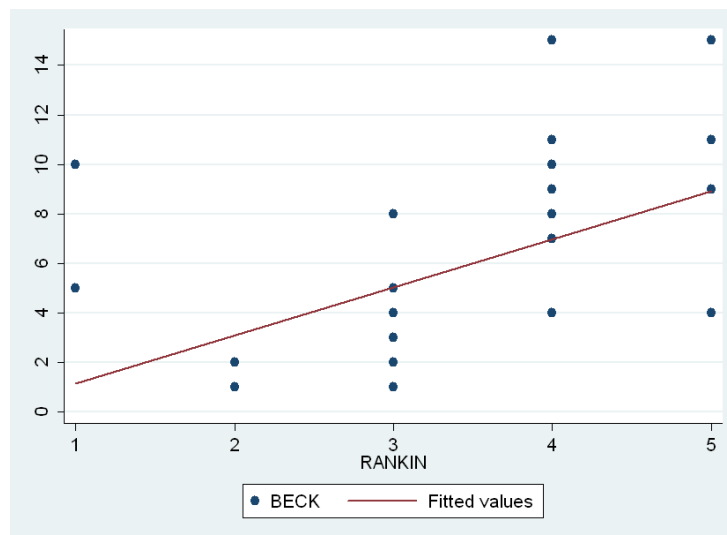
Emerge dai questionari raccolti che su 31 pazienti 25 presentano sintomi nella norma e 6 pazienti (19,36%) presentano sintomi che corrispondono ad una depressione lieve. Il risultato totale minimo calcolato è stato 1/39, mentre il massimo risultato è stato 15/39.

Dei 6 pazienti con depressione lieve 2 hanno accumulato un risultato totale di 10/39 (un maschio con MRS 2, un maschio con MRS 4); 2 pazienti con un risultato 11/39 (una femmina con MRS 4, un maschio con MRS 5); 2 pazienti con un risultato 15/39 (un maschio con MRS 4, un maschio con MRS 5)

Dunque, tra i 6 pazienti con depressione lieve 5 sono maschi (83,33%) e una è femmina (16,67%). L'età media dei pazienti con depressione è 70, di cui l'età minima è 62 anni e l'età massima è 75 anni.

Prendendo in considerazione tutta la popolazione, si nota una relazione positiva tra la scala Modified Rankin Scale e la scala della Beck Depression Inventory – Short Form (*Grafico 3*). Il coefficiente della retta, stimato con Stata 10, è statisticamente significativo e pari a 1,94 ( $p$ -value  $<$  0.01), vale a dire, ad 1 punto di Rankin equivale una crescita di circa due punti nella depressione.

Grafico 3



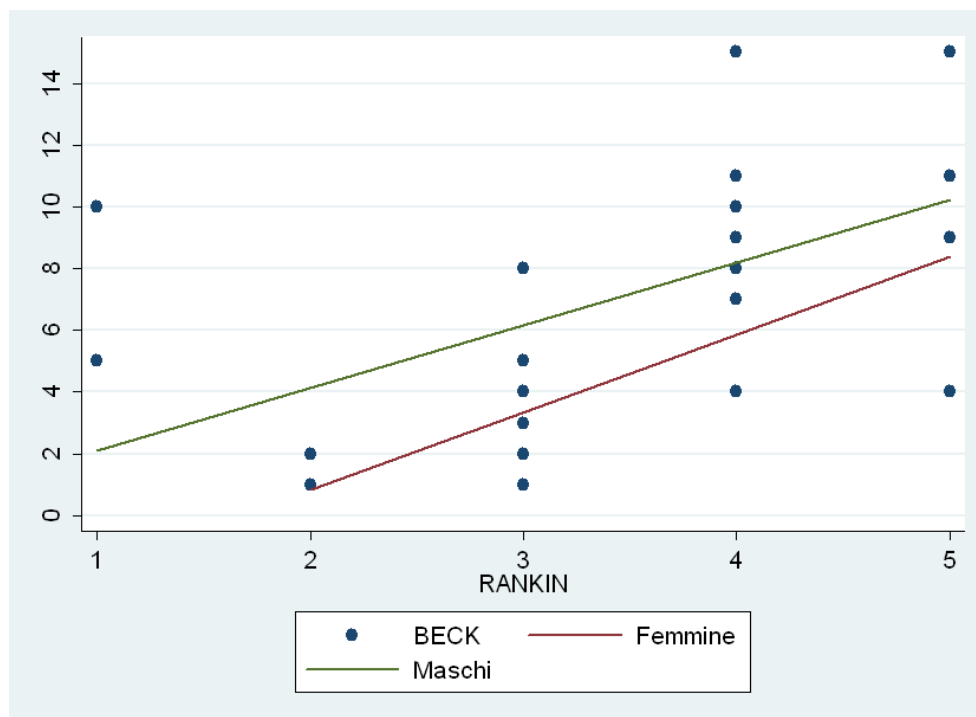
Gli stessi risultati si possono notare numericamente dalla *Tabella 3*, in cui sono riportati il valore medio del BDI ed il numero di pazienti che presentano lo stesso grado di disabilità (ovvero stesso valore MRS).

Tabella 3

MRS	Numero pazienti	BDI (media)
1	2	7.5
2	6	1.5
3	9	3.3
4	9	8
5	5	9.6
Totale complessivo	31	5.6

Prendendo in considerazione tutta la popolazione ma stimando due rette distinte in base al sesso, si nota una relazione positiva in entrambi i casi tra la scala Modified Rankin Scale e la scala della Beck Depression Inventory – Short Form (*Grafico 4*) ma con coefficiente diverso. Nel caso dei maschi, il coefficiente della retta, è statisticamente significativo e pari a 2,03 (p-value < 0.05); mentre nel caso delle femmine, il coefficiente della retta, è statisticamente significativo ma pari a 2,51 (p-value < 0.01).

Grafico 4



La *Tabella 4* presenta per ogni singolo item i valori medi che contribuiscono a determinare il valore finale della scala BDI-SF, coefficiente di variazione e valori minimi e massimi. Nel dettaglio, si rileva che gli item 10, 11, 12 e 13 sono quelli con un valore medio superiore e che quindi determinano in modo significativo il punteggio finale di depressione.

Tabella 4

Variabili	Oggetti	Media	Coefficiente di variazione	Min	Max
rankin	31	3.290323	0.352632	1	5
beck	31	5.612903	0.735551	1	15
item1	31	0.387097	1.442574	0	2
item2	31	0.419355	1.479512	0	2
item3	31	0.032258	5.567758	0	1
item4	31	0.419355	1.345311	0	2
item5	31	0	0	0	0
item6	31	0.064516	3.870832	0	1
item7	31	0	0	0	0
item8	31	0.129032	3.313481	0	2
item9	31	0.322581	2.17547	0	2
item10	31	0.677419	1.341472	0	2
item11	31	1.225806	0.656349	0	3
item12	31	1.193548	0.400024	0	2
item13	31	0.741936	1.203911	0	3

Analizzando nel dettaglio i risultati della Tabella 2 e 4, è inoltre interessante rilevare che:

- ITEM 1: 10/31 pazienti hanno attribuito un valore 1 al primo gruppo di affermazioni ossia mi sento triste o malinconico
- ITEM 4: 11/31 affermano di non godersi più le cose come in passato
- ITEM 5 E ITEM 7: Nessuna persona si sente particolarmente in colpa e nessuno ha pensato di farsi del male
- ITEM 11: 16 pazienti affermano che gli occorre uno sforzo maggiore per iniziare a fare qualcosa e 2 persone affermano di non riuscire più a fare niente
- ITEM 12: 23 pazienti affermano di stancarsi più facilmente di prima e 7 si stancano a fare qualsiasi cosa
- ITEM 13: per quanto riguarda l'appetito, 8 pazienti affermano che non è più buono come una volta, 6 che è molto diminuito e 1 paziente non ha appetito per niente

Dalla Tabella 5 è interessante notare come nella popolazione femminile il valore del BDI aumenta con l'aumentare dell'età, al contrario dei maschi. Questa correlazione è stata rappresentata anche graficamente con il software Stata 10. (Grafico 3, Grafico 4)

Grafico 3

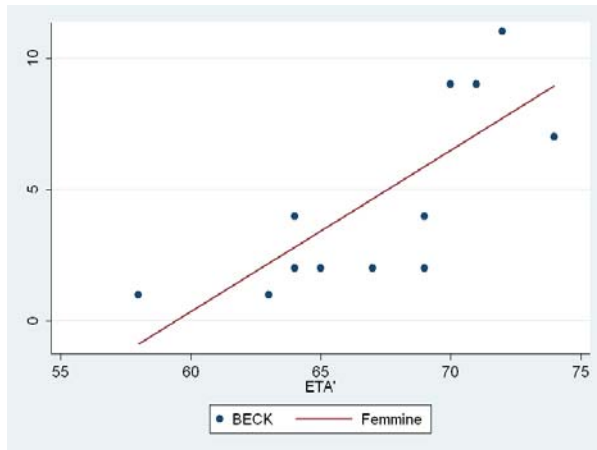
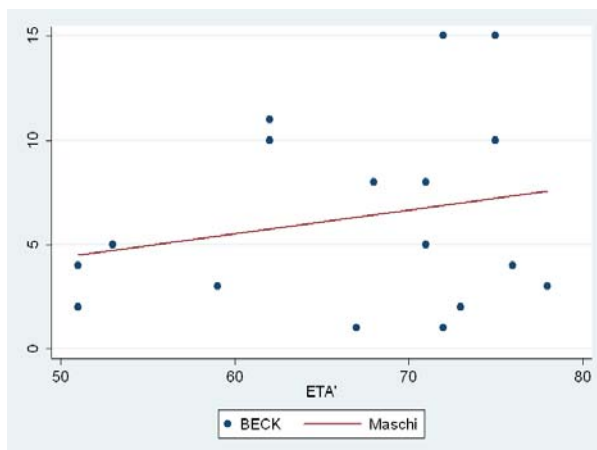


Tabella 5

BDI	tutti	maschi	femmine
1	65	69,5	60,5
2	64,83	62	66,25
3	68,5	68,5	
4	64,8	63,5	65,67
5	62	62	
7	74		74
8	69,5	69,5	
9	70,67		70,67
10	68,5	68,5	
11	67	62	72
15	73,5	73,5	
Totale complessivo	67	66,82	67,21

Grafico 4



## CONCLUSIONI

Per una patologia così complessa come l'ictus cerebrale, nell'immediato, il trattamento medico tempestivo ed appropriato è di fondamentale importanza. Dopo la stabilizzazione delle condizioni cliniche, il paziente potrebbe iniziare un percorso riabilitativo in base alle sue capacità residue. Tutti gli avvenimenti si succedono in maniera repentina e la persona non riesce ad accettare immediatamente la nuova situazione di disabilità, in questo modo potrebbe imbattersi in una possibile complicanza dell'ictus, ovvero la depressione. In questa



situazione, l'infermiere gioca un ruolo importantissimo nell'ambito della prevenzione, del follow-up e della terapia. Ma il grado di disabilità potrebbe influire sull'incidenza della depressione?

Questa ricerca ci permette di rispondere positivamente alla domanda. Su 31 pazienti inclusi nello studio, 6 pazienti (19%) erano affetti da una depressione lieve. Analizzando questi 6 pazienti, coloro che hanno ottenuto un valore maggiore nella scala Beck Depression Inventory – Short Form erano gli stessi pazienti ai quali è stato assegnato un punteggio maggiore sulla scala Modified Rankin Scale. Detti risultati supportano l'ipotesi che i pazienti con una disabilità più grave sono anche quelli più depressi. Anche se i dati ottenuti sembrano correlabili, non si può affermare con certezza scientifica che sia veramente così, a causa di alcuni limiti dello studio (ridotta numerosità campionaria, ristrettezza dei tempi per la raccolta dati, l'estrapolazione di alcuni articoli non era gratuita).

È stato interessante notare anche come nelle donne, al contrario degli uomini, all'aumentare dell'età corrisponda un incremento della depressione.

Se si osservano gli item ai quali la maggioranza ha dato la medesima risposta, si nota che 10 pazienti su 31 si sentono tristi o malinconici, a 16 pazienti occorre uno sforzo maggiore per iniziare a fare qualsiasi attività, 23 si stancano più facilmente, 15 hanno meno appetito. In tutti questi ambiti, l'infermiere è direttamente coinvolto. Oltre ad entrare in empatia con il paziente, ad attuare tutti gli strumenti della relazione d'aiuto o specifiche attività fisiche ricreative, l'infermiere potrebbe intervenire nell'organizzazione delle attività riabilitative del paziente nell'arco della giornata. Ossia, molti pazienti hanno risposto di stancarsi più facilmente e di sforzarsi molto per fare qualsiasi cosa, l'infermiere potrebbe individuare il momento della giornata in cui il paziente riferisce di essere in forze ed incentrare in quel momento gli interventi riabilitativi.

Rivolgendo lo sguardo al futuro, possiamo augurarci che il crescente interesse psicologico nei confronti di queste patologie inviti a un approccio multidisciplinare alla cura, che consideri aspetti emotivi, fisici e sociali e che garantisca un miglioramento della qualità di vita delle persone affette.





## BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministero della salute. Ictus. Data di pubblicazione: 16 gennaio 2013. Disponibile da: [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie\\_e\\_cardiovascolari](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie_e_cardiovascolari). Consultato il 18 settembre 2014.
- (2) Truelsen T., B. Piechowski-Jozwia, R. Bonita, et al. 2006. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *European Journal of Neurology* 13:581–598.
- (3) Stroke prevention and educational awareness diffusion. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Stesura del 14 marzo 2012.
- (4) Samani, F., F. Bertossi, E. Aguglia, e C. Lai. 2006. La depressione post ictus e post infarto al miocardio. Pisa: Pacini editore. Disponibile da: [http://www.progettoasco.it/riviste/rivista\\_diseasemanagement/24055.pdf](http://www.progettoasco.it/riviste/rivista_diseasemanagement/24055.pdf). Consultato il 18 settembre 2014.
- (5) Favrole P, Jehel L, Levy P, Descombes S, Muresan IP, Manificier MJ, Alamowitch S. 2013. Frequency and predictors of post-traumatic stress disorder after stroke: a pilot study. *Journal of the neurological sciences* 327: 35-40
- (6) Camoes Barbarosa A, Sequeira Medeiros L, Duarte N, Meneses C. 2011. Predictors of poststroke depression: a retrospective study in a rehabilitation unit. *Acta Med Port* 24 Suppl 2:175-180
- (7) Arnaud Kaborè, Jean Kaborè, Cristian Napon. 2012. La dèpression post-accident vasculaire cèrèbral au Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 13:3
- (8) Provinciali L, Coccia 2002. M. Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neurol Sci*; 22: 417-428.
- (9) Toso V, Gandolfo C, Paolucci S, Provinciali L, Torta R, Grassivaro N on behalf of DESTRO Study Group. Post-stroke depression: research methodology of a large multicentre observational study (DESTRO). *Neurol Sci* 2004; 25: 138-144.
- (10) Stroke prevention and educational awareness diffusion. Ictus cerebrale: linee guida italiane. 15 marzo 2005: 435-478
- (11) Alajbegovic A, Djelilovic-Vranic J, Nakicevic A, Todorovic L, Tiric-Campara M. 2014. Post stroke depression. *Med Arch* 68: 47-50



- (12) Lindèn T., C. Blomstrand, e I. Skoog. 2007. Depressive disorder after 20 months in elderly stroke patients. *Stroke* 38:1860-1863. disponibile da <http://stroke.ahajournals.org/content/38/6/1860.full.pdf>
- (13) Andreone. 2006. Depression Post Stroke. *Il giornale dello stroke* 1: 5-7. Citato in Sarmani et al, 2006 (4)
- (14) Mast B. T., e S . Vedrody. 2006. Post-stroke depression: a biopsychological approach. *Curr Psychiatry Rep* 8:25-33. Citato in Sarmani et al, 2006 (4)
- (15) Wongwandee M, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. 2012. Relationship between poststroke depression and ischemic lesion location. *J Med Assoc Thai* 95: 330-336
- (16) Rapporto 2001 dell'OMS sulla salute mentale, World Health Organization. Disponibile da [www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_it.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_it.pdf). Consultato il 18 settembre 2014
- (17) Fassino, S., G. Abbate Daga, e P. Leombruni. 2007. *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- (18) Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. 1993. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke* 24: 1625-1630
- (19) Janneke M de Man-van Ginkel, Floor Gooskens, Marieke J Schuurmans, Eline Lindeman and Thora B Hafsteinsdottir. 2010. A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nurses* 19 (23-24): 3274-3290
- (20) Kim I. 2012. Effects of an enjoyable nurse-led intervention to promote movement in poststroke inpatients. *Clin nurs res* 21 (4): 390-405
- (21) Immink MA, Hillier S, Petkov J. 2014. Randomized controlled trial of yoga for chronic poststroke hemiparesis: motor function, mental health, and quality of life outcomes. *Top stroke rehabil* 21 (3): 256-271
- (22) Chan W, Imminik MA, Hillier S. 2012. Yoga and exercise for symptoms of depression and anxiety in people with poststroke disability: a randomized, controlled pilot trial. *Altern Ther Health Med* 18 (3): 34-43
- (23) A. Baradello, A. Pidalà, A. Graceffa, A. Tisano, M. Sofi, F. Tomasello, C. Ruggeri, R Dattola. 2008. Impatto della depressione post stroke sull'outcome riabilitativo. *Eur med phys* 44 (Suppl. 1 to No. 3)
- (24) Kijowski S. 2014. Difficulties in post-stroke gait improvement caused by post-stroke depression. *Chin med j* 127 (11): 2085-90



- (25) A. Russo, S. Filoni, V. Simone, L. Bonghi, L. De Palma, A. Santamato, M.P. Lo Muzio, A. Bellomo, P. Fiore (Foggia). 2009. Depressione post stroke ed outcome funzionale in soggetti sottoposti a trattamento riabilitativo e farmacologico precoce. SIMFER, 37<sup>a</sup> congresso nazionale Campobasso 65-66
- (26) Hou WH, Liang HW, Hsieh CL, Hou CY, Wen PC, Li CY. 2013. Effects of stroke rehabilitation on incidence of poststroke depression: a population-based cohort study. *J clin psychiatry* 74 (9): e859-866
- (27) S. M. C. Rasquin, P. Van De Sande, A. J. Praamstra, C. M. Van Heugten. 2009. Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility. *Neuropsychol rehabil.* 19 (2):208-222
- (28) Jong S. Kim, M. D., Smi Choi-Kwon, Ph. D., R. N., Sun U. Kwon, M.D., Hee J. Lee, R. N., MSN, Kyung-Ae Park, Ph.D., Youn S. Deo, R. N. 2005. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. *Journal of clinical neurology* Vol 1: 59-68
- (29) Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. 1999. Post-stroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. The Finnstroke study. *Eur j neurol* 6 (3): 309-312
- (30) Anu Berg, Jouko Lonnqvist, Heikki Palomaki and Markku Kaste. 2009. Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke* 40 (2): 523-529
- (31) Katherine Salter, Sanjit K. Bhogal, Norine Foley, Jeffrey Jutai, Robert Teasell. 2007. The assessment of poststroke depression. *Topics in stroke rehabilitation* 14 (3): 1-24
- (32) Ivo Aben, Frans, Verhey, Richel Lousberg, Jan Lodder. 2002. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics* 43 (5): 386-393
- (33) Michela Balsamo, Aristide Saggino. 2007. Test per l'assessment della depressione nel contesto italiano: un'analisi critica. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* vol 13 - n. 2 (pp. 167-199), edizioni Erickson – Trento
- (34) Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Tomildo Bueno J. 2005. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J affect disord* 86 (1): 87-



(35) van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988; 19: 604 - 607



### Allegato I:

#### Modified Rankin Scale

Grado	Descrizione
0	<b>Nessun sintomo</b>
1	<b>Nessuna significativa disabilità</b> malgrado i sintomi è in grado di eseguire tutte le attività abituali
2	<b>Lieve disabilità</b> incapace di eseguire tutte le precedenti attività ma in grado di seguire i propri affari senza assistenza
3	<b>Moderata disabilità</b> richiede un certo aiuto, ma è in grado di camminare senza assistenza
4	<b>Disabilità moderatamente grave</b> incapace di camminare senza assistenza e incapace di eseguire le proprie necessità corporee senza assistenza
5	<b>Disabilità grave</b> confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza infermieristica ed attenzione

#### 5 - DISABILITA' GRAVE:

Necessita di avere qualcuno disponibile sempre; l'assistenza può essere erogata sia da un caregiver esperto che non.

Domanda: la persona richiede assistenza costante?

#### 4 - DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE

Bisogno di assistenza nelle ADL di base ma non richiede una assistenza costante.

Domanda: è necessaria assistenza per mangiare, usare il bagno, l'igiene quotidiana o camminare?

#### 3 - DISABILITA' MODERATA

Disabilità moderata: bisogno di assistenza con le ADL strumentali ma non in quelle di base.

Domanda: E' necessaria assistenza per preparare un pasto semplice, fare le faccende domestiche, gestire i soldi, gli acquisti e viaggiare localmente?

#### 2 - DISABILITA' LIEVE

Limitazione nei ruoli sociali usuali ma indipendente nelle ADL. Domanda: c'è stato un

cambiamento nella capacità di lavorare della persona o di badare ad altre persone se questo era il

loro ruolo prima dell'ictus? Ci sono stati dei cambiamenti della capacità della persona di partecipare in attività ludiche e sociali precedenti l'ictus? La persona ha avuto problemi nelle relazioni interpersonali o si è isolato?



**1 – NESSUNA DISABILITA' SIGNIFICATIVA**

Sintomi presenti ma non altre limitazioni.

Domanda: la persona ha difficoltà nel leggere o scrivere, difficoltà nel parlare o trovare la parola giusta, problemi di equilibrio o coordinazione, problemi visivi, iposensibilità o perdita di movimento (viso, braccia, gambe, mani, piede), difficoltà nella deglutizione o altri sintomi conseguenti l'ictus.

**0 – NESSUN SINTOMO** nessuna limitazione e nessun sintomo



## Allegato II:

### **BECK DEPRESSION INVENTORY (AT Beck, 1967)**

Il presente questionario è composto da 13 gruppi di frasi. Legga attentamente tutte le frasi che compongono ciascun gruppo e scelga quella che meglio descrive come si è sentita nelle ultime due settimane, facendo una crocetta sopra il numero che è a fianco della frase prescelta.

**1) 0= non mi sento triste**

1= mi sento triste o malinconico

2= sono malinconico o triste per tutto il tempo e non so come uscirne fuori

3= sono talmente triste o infelice da non poterlo sopportare

**2) 0= non mi sento particolarmente pessimista o scoraggiato riguardo al futuro**

1= mi sento scoraggiato riguardo al futuro

2= mi sembra che, per il futuro, non mi attenda nulla di positivo

3= mi sembra che il futuro sia senza speranza e che le cose non possano migliorare

**3) 0= non mi sembra di essere un fallimento**

1= mi sembra di aver commesso più errori degli altri

2= se ripenso al mio passato, non vedo altro che un mucchio di errori

3= mi sento, come persona (genitore, marito, moglie, ...) un totale fallimento

**4) 0= non sono particolarmente insoddisfatto**

1= non mi godo più le cose come in passato

2= non c'è più niente che riesca a darmi soddisfazione

3= sono insoddisfatto di tutto

**5) 0= non mi sento particolarmente in colpa**

1= spesso mi sento cattivo o di non valere niente

2= mi sento abbastanza in colpa

3= mi sento sempre come se fossi molto cattivo o di non valere niente



6) 0= non mi sento deluso di me stesso

1= sono deluso di me stesso

2= sono disgustato di me stesso

3= odio me stesso

7) 0= non penso affatto di farmi del male

1= penso che sarebbe meglio che io fossi morto

2= ho fatto dei progetti precisi di suicidio

3= mi ucciderei se ne avessi la possibilità

8) 0= non ho perso l' interesse per gli altri

1= rispetto al passato, sono meno interessato agli altri

2= ho perso la maggior parte del mio interesse per gli altri e ho scarso trasporto nei loro confronti

3= ho perso qualsiasi interesse per gli altri e non mi preoccupo affatto di loro

9) 0= prendo le mie decisioni come prima

1= tendo a rimandare le decisioni

2= ho notevole difficoltà a prendere le decisioni

3= non sono più capace di prendere alcuna decisione

10) 0= non mi sembra di apparire peggio che in passato

1= sono preoccupato perché sembro vecchio o poco attraente

2= mi sembra che siano avvenuti dei cambiamenti permanenti del mio aspetto che mi rendono poco attraente

3= mi sembra di avere un aspetto orrendo o ripugnante

11) 0= lavoro bene come in passato

1= per iniziare a fare qualcosa mi occorre uno sforzo maggiore

2= devo sforzarmi molto per fare qualsiasi cosa

3= non riesco più a fare niente





**12) 0=** non mi stanco più del solito

**1=** mi stanco più facilmente di prima

**2=** mi stanco a fare qualsiasi cosa

**3=** mi stanco troppo nel fare qualsiasi cosa

**13) 0=** il mio appetito non è diverso dal solito

**1=** il mio appetito non è più buono come una volta

**2=** il mio appetito è molto diminuito

**3=** non ho più appetito per niente

Il punteggio ottenuto può variare da 0 a 39. Se il totale è tra 10 e 19 punti si può essere in presenza di una depressione lieve; se è compreso tra 20 e 29 punti si tratta di depressione moderata; un punteggio > di 30 punti indica un quadro depressivo serio.