



UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia
Dipartimento di medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea Triennale

**Dal trauma all'adattamento: una revisione della letteratura
sull'importanza del supporto psicologico nei pazienti post-ictus**

Relatore
Prof. Matteo Bernardi

Laureando: Giorgia Bottin

Matricola:2023166

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Problema: l'ictus cerebrale è una patologia neurologica acuta che si verifica quando il flusso sanguigno al cervello viene interrotto o ridotto in modo significativo. La sua incidenza è direttamente proporzionale all'età, ed è correlata a fattori di rischio modificabili e non. Esistono due tipi principali di ictus: ischemico (80% dei casi) ed emorragico (20% dei casi). L'ictus in Italia rappresenta la seconda causa di morte e la prima causa di disabilità secondo i dati del Ministero della Salute (2022).

La gravità delle conseguenze fisiche dipende dalla zona del cervello colpita e dalla tempestività dell'intervento medico. La riabilitazione post-ictus svolge un ruolo fondamentale nella gestione a lungo termine della patologia, aiutando i pazienti a recuperare le funzioni danneggiate.

I disturbi emotivi nei pazienti post-ictus rappresentano un problema molto significativo, che si presenta nel 33% dei casi; queste condizioni, tra cui depressione ed ansia, possono avere un impatto profondo sulla qualità della vita e sul processo di recupero di questi pazienti. Tuttavia, questo problema è spesso sotto trattato.

Obiettivo: Cercare in letteratura le evidenze più aggiornate riguardo l'importanza e l'efficacia dei diversi interventi attuabili per ridurre i sintomi di disturbi emotivi e per migliorare la salute mentale e il benessere complessivo dei pazienti colpiti da ictus.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura sulle principali banche dati, prendendo in considerazione articoli degli ultimi vent'anni.

Risultati: esaminando gli interventi mirati a gestire i disturbi emotivi nei pazienti post-ictus, emerge chiaramente l'importanza nell'utilizzare un approccio multidisciplinare, personalizzato e centrato sul paziente, che possa integrare una serie di interventi quali il coinvolgimento attivo del caregiver, gli interventi psicologici e psicosociali, la farmacoterapia e gli approcci complementari per promuovere il benessere emotivo e il recupero completo di tali pazienti.

Conclusioni: affrontando uno degli aspetti cruciali della cura dei pazienti post-ictus, si evidenzia la complessità dei disturbi emotivi in questa popolazione. Attraverso

l'analisi della letteratura emerge chiaramente la necessità di un approccio olistico che tenga conto delle sfide individuali che ogni paziente deve affrontare. La ricerca sottolinea l'importanza di un coinvolgimento empatico e personalizzato, non solo da parte degli operatori sanitari ma anche dei caregiver e della rete di supporto sociale. È necessario il continuo sviluppo di strategie e terapie che rispettino la diversità dei pazienti post-ictus, offrendo loro la possibilità di una vita soddisfacente e significativa.

Key Words: stroke, psychological support, rehabilitation, nursing role

INDICE

I. INTRODUZIONE.....	Pag. 3
 CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO	
1.1 L'ictus.....	Pag. 5
1.2 Scale di valutazione.....	Pag. 8
1.3 Trattamento medico.....	Pag. 9
1.4 Epidemiologia.....	Pag. 10
1.5 Ripercussioni dell'ictus sulla quotidianità.....	Pag. 12
1.6 Disturbi emotivi.....	Pag. 13
1.7 Attività di screening per i disturbi emotivi.....	Pag. 15
1.8 Ruolo dell'infermiere durante il processo di riabilitazione.....	Pag. 17
 CAPITOLO 2: LO STUDIO	
2.1 Scopo della revisione.....	Pag. 21
2.2 Materiali e metodi.....	Pag. 21
2.3 Risultati	
2.3.1 Struttura di un intervento efficace.....	Pag. 24
2.3.2 Il coinvolgimento del caregiver.....	Pag. 26
2.3.3 Interventi psicologici e psicosociali.....	Pag. 27
2.3.4 Interventi farmacologici.....	Pag. 31
2.3.5 Interventi complementari.....	Pag. 34
2.4 Discussione e conclusioni.....	
2.4.1 Discussione.....	Pag. 36
2.4.2 Limiti dello studio.....	Pag. 39
2.4.3 Implicazioni per la pratica.....	Pag. 39
2.4.4 Conclusioni.....	Pag. 41
 II. BIBLIOGRAFIA.....	 Pag. 45

I. INTRODUZIONE

L'ictus è un evento che può stravolgere la vita di una persona in un istante, frantumando sogni, compromettendo progetti futuri e ridefinendo chi siamo.

L'ictus non colpisce solo il corpo; può affondare profondamente nell'anima, scatenando una tempesta di emozioni e sentimenti che spesso rimangono nascosti dietro le statistiche mediche.

Il mio interesse per questo argomento è nato dopo aver vissuto molto da vicino questa triste realtà, quando un mio familiare stretto – mio nonno paterno – ha dovuto affrontare questa difficile sfida in tempi recenti.

Il suo percorso riabilitativo e la sua vita, negli anni successivi all'ictus, sono stati altalenanti e non sempre gratificanti, né per lui, né per chi questo percorso aveva programmato.

Ed è proprio questo il motivo per cui, avendo conosciuto il coraggio e la determinazione che richiede il percorso di recupero, ho anche toccato con mano l'ombra che spesso vi si cela dietro: i disturbi emotivi.

La depressione, l'ansia e altre sfumature di angoscia emotiva possono permeare la vita di chi ha subito un ictus, ma molto spesso restano aspetti sottostimati e sotto trattati.

Questi disturbi hanno un impatto significativo sulla qualità della vita, sul processo di recupero e sulla salute complessiva; richiedono pertanto un'attenzione urgente.

L'obiettivo di questa tesi è esaminare in modo approfondito il problema dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus e identificare le migliori pratiche di gestione.

Attraverso l'analisi della letteratura, l'obiettivo principale è fornire una visione completa delle strategie efficaci per affrontare i disturbi emotivi e la qualità della vita per tutti i pazienti colpiti da questa patologia.

CAPITOLO 1

Quadro teorico

1.1 L'ictus

L'ictus cerebrale è caratterizzato dall'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore. È definito come un infarto del tessuto cerebrale che determina un'alterazione delle funzioni cognitive, sensoriale, motoria ed emotiva.

L'ictus può essere classificato in due categorie principali: ischemico, in cui avviene un'interruzione acuta dell'apporto ematico ad una o più aree del parenchima cerebrale a causa dell'occlusione parziale o totale di un vaso cerebrale principale, spesso ad opera di aterosclerosi o di un coagulo di sangue proveniente dal cuore o da un altro distretto vascolare; ed emorragico, causato dalla compressione dei tessuti cerebrali, provocata dalla rottura di un vaso sanguigno del cervello. Quest'ultimo può essere ulteriormente suddiviso in emorragia subaracnoidea ed emorragia intraparenchimale (Ministero della salute, 2020).

Si definisce inoltre, un attacco ischemico transitorio (TIA) come un episodio transitorio di deficit neurologico, espressione clinica di una sofferenza ischemica focale a livello cerebrale o del midollo spinale o della retina, senza la presenza di una lesione tissutale. La prima definizione di TIA prevedeva una regressione dei sintomi entro 24 ore, sebbene la maggior parte dei casi presenti sintomi per meno di un'ora. Si stima che circa il 10% dei pazienti che manifestano un TIA avranno un ictus ischemico nei successivi 90 giorni dall'esordio dei sintomi, con il rischio più elevato nelle prime 24-48 ore (Società Italiana Ipertensione Arteriosa, 2019).

I fattori di rischio per la patologia cerebrovascolare possono essere distinti in modificabili e non modificabili.

I fattori non modificabili sono:

- Età avanzata.
- Anamnesi familiare positiva per ictus.
- Storia di pregresso ictus.
- Appartenenza al sesso maschile.

I fattori di rischio modificabili sono:

- Ipertensione arteriosa (principale fattore di rischio).
- Fibrillazione atriale (che può portare alla formazione di trombi, i quali possono raggiungere i vasi cerebrali, ostruendoli e provocando infarto cerebrale).
- Dislipidemia (valori aumentati di colesterolemia e/o trigliceridemia, che comportano il deposito di materiale ateromatoso lungo le pareti dei vasi sanguigni con conseguenti restringimenti che ostacolano il flusso sanguigno).
- Diabete mellito (associato ad aterogenesi accelerata).
- Tabagismo.
- Obesità.
- Stile di vita sedentario.
- Eccessivo consumo di alcol.
- Cardiopatie (cardiopatie ischemica, cardiomiopatie, valvulopatie, forame ovale pervio, aneurisma del setto interatriale).
- Vasculopatie (lesioni ateromasiche dell'arco aortico, delle carotidi e dei vasi intracranici, aneurismi cerebrali) (Ministero della Salute, 2022).

La prevenzione primaria costituisce il migliore approccio possibile all'ictus. Uno stile di vita sano, che comprende non fumare, mantenere un peso sano, seguire una dieta sana (compreso il consumo modesto di alcol) e il regolare esercizio fisico, può ridurre il rischio di ictus (Towfight, 2011).

La presentazione clinica dell'ictus ischemico è variabile, e dipende principalmente dal territorio vascolare colpito dall'insufficiente apporto ematico (Società Italiana Ipertensione arteriosa, 2019). Di seguito i principali quadri clinici che si possono manifestare:

- Deficit motorio: si manifesta con l'esordio di un deficit di forza ad un arto (o a parte di esso) e/o agli arti dello stesso lato e/o all'emivolto. Viene distinta la "*paresi*", ovvero un disturbo di forza lieve, dalla "*plegia*", ovvero un disturbo di forza severo, tale da rendere impossibile l'esecuzione di qualsiasi movimento. A questo tipo di deficit è associata di conseguenza la difficoltà nel movimento e nel mantenimento dell'equilibrio.
- Deficit sensitivo: caratterizzato dalla riduzione della sensibilità a stimoli tattili e dolorifici che può colpire un arto (o parte di esso) e/o gli arti dello stesso lato e/o l'emivolto.
- Deficit sensitivo-motorio: caratterizzato da disfunzioni sensitive e motorie.
- Afasia: si tratta della compromissione della produzione/comprendimento del linguaggio parlato e scritto. Viene distinta in motoria, sensoriale o globale a seconda che il paziente manifesti rispettivamente un deficit di produzione, di comprensione o di entrambi.
- Disartria: si manifesta con un'alterata articolazione del linguaggio, che risulta scarsamente comprensibile. Il deficit è secondario allo scarso controllo/ipostenia dei muscoli necessari a pronunciare le parole.
- Disturbi visivi: si possono manifestare in diversi modi; i più comuni sono la cecità monocolare (detta amaurosi, solitamente transitoria in caso di TIA) e l'emianopsia (cecità in metà campo visivo, controlaterale rispetto all'emisfero colpito dall'ischemia). Se il deficit visivo coinvolge solo la metà

superiore o inferiore del campo visivo si tratta di quadrantanopsia superiore o inferiore.

- Neglect o emidisattenzione: per cui il paziente vede correttamente tutto il campo visivo ma non riesce ad indirizzare l'attenzione ad una metà dello spazio.
- Atassia: caratterizzato da un deficit di coordinazione dei movimenti, che può coinvolgere sia gli arti inferiori che superiori.
- Deficit di uno o più nervi cranici: per cui il deficit dipende dal nervo cranico interessato.
- Diplopia, vertigini, disfagia: manifestazioni di lesione del tronco dell'encefalo o del cervelletto (Ministero della Salute 2022).

1.2 Scale di valutazione

Lo strumento più idoneo per definire la gravità dell'ictus è costituito dalla “*National Institute of Health Stroke Scale*” (NIHSS), una scala di valutazione composta da 15 elementi, utilizzata per misurare la gravità dell'ictus attraverso la richiesta di svolgimento di attività semplici al paziente; rapida da somministrare (10 minuti) è raccomandata nelle attuali linee guida della National Stroke Foundation come strumento utilizzabile nell'emergenza. È uno strumento affidabile e valido come predittore di esiti a lungo termine, importante per poter pianificare obiettivi realistici per i pazienti. La NIHSS comprende i seguenti domini: livello di coscienza, movimenti oculari, integrità dei campi visivi, movimenti facciali, forza muscolare di braccia e gambe, sensibilità, coordinazione, linguaggio, parola e neglect. Ogni menomazione viene valutata su una scala che va da 0 a 2, da 0 a 3 o da 0 a 4; i punteggi degli item vengono sommati in un punteggio totale che va da 0 a 42 (il più alto è il punteggio che corrisponde a maggior gravità dell'ictus) (Kwah & Diong, 2014).

Un altro strumento, molto utilizzato nell'emergenza e nell'ambito pre-ospedaliero è “*The Cincinnati Prehospital Stroke Scale*” (CPSS), una scala a 3 item basata su

una semplificazione del National Institute of Health (NIH). Se eseguita da un medico, ha un'elevata sensibilità e specificità nell'indicare i pazienti con ictus candidati alla terapia trombolitica; questo strumento è somministrabile in meno di un minuto. La CPSS valuta la presenza o assenza di paralisi facciale (invitando il paziente a sorridere e valutando se entrambi i lati del viso si muovono), la debolezza asimmetrica delle braccia (chiedendo al paziente di chiudere gli occhi e di tenere sollevate entrambe le braccia per 10 secondi) e le anomalie del linguaggio (chiedendo al paziente di pronunciare una frase) (Kothari et al., 1999).

È fondamentale riconoscere immediatamente i sintomi dell'ictus per poter intervenire quanto prima possibile, in quanto ogni secondo che passa, la probabilità di danni permanenti aumenta. Una volta diagnosticato tramite gli esami strumentali necessari, occorre intervenire in modo tempestivo con l'obiettivo di ripristinare il prima possibile il flusso sanguigno nell'area del cervello compromessa (Ministero della Salute, 2022)

1.3 Trattamento medico

Il trattamento dell'ictus per un paziente in fase acuta può prevedere:

- Somministrazione di trombolitici: farmaci che dissolvono il coagulo di sangue che blocca il flusso ematico al cervello. La rapida diagnosi e l'inizio immediato della terapia trombolitica (entro 3 ore dall'inizio dei sintomi; un ritardo rende la persona non candidabile a questo tipo di terapia poiché la rivascolarizzazione del tessuto necrotico, che appunto si sviluppa dopo 3 ore, aumenta il rischio di edema ed emorragia cerebrale) portano a una diminuzione dell'estensione dell'ictus e a un miglioramento globale della funzionalità a 3 mesi (Jauch et al., 2013).
- Rimozione meccanica del trombo: il coagulo può essere rimosso introducendo un catetere nelle arterie che irrorano l'encefalo.
- Farmaci antiaggreganti: i farmaci inibitori dell'aggregazione piastrinica sono indicati qualora non sussistano indicazioni al trattamento anticoagulante o trombolitico.

- Farmaci anticoagulanti: somministrati come prevenzione secondaria ai pazienti con fibrillazione atriale o altre cause di ictus tromboembolico.

A seguito della fase acuta, il trattamento dell'ictus è mirato a recuperare quanto più possibile le funzioni cerebrali danneggiate dall'evento ischemico; questo avviene tramite specifici programmi di riabilitazione che vanno iniziati il prima possibile. Dunque, si potrà prospettare, a seconda delle condizioni cliniche, il rientro al proprio domicilio oppure il trasferimento in strutture riabilitative/assistenziali. La riabilitazione dell'ictus richiede uno sforzo sostenuto e coordinato da parte di un'equipe multidisciplinare specializzata, che include medici, infermieri esperti, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, assistenti sociali, nutrizionisti, terapisti ricreativi, che possano fornire un programma di trattamento adattato alle specifiche esigenze del paziente, e che rivaluti periodicamente i progressi per poter eventualmente modificare le strategie e gli obiettivi del percorso (Società Italiana di Neurologia, 2019)

1.4 Epidemiologia

A livello globale si stima che nel 2019 l'ictus abbia causato 6,55 milioni di decessi (84,2 per 100.000), risultando la seconda causa di morte dopo la cardiopatia ischemica, con un'incidenza di 12,2 milioni di casi (150,8 per 100.000) e una prevalenza di 101 milioni di casi (1240,3 per 100.000) (Ministero della Salute, 2022).

Più frequente è la forma ischemica di ictus, che ha provocato 3,29 milioni di decessi (43,5 per 100.000) con un'incidenza di 7,63 milioni di casi (94,5 per 100.000) e una prevalenza di 77,2 milioni di casi (951 per 100.000). Seguono l'emorragia intracerebrale, causa di 2,89 milioni di decessi (36 per 100.000) con un'incidenza di 3,41 milioni di casi (41,8 per 100.000) e una prevalenza di 20,7 milioni di casi (248,8 per 100.000), e l'emorragia subaracnoidea, causa di circa 373 mila decessi (4,7 per 100.000) con

un'incidenza di 1,98 milioni di casi (14,5 per 100.000) e una prevalenza di 8,4 milioni di casi (101,6 per 100.000).

La quinta edizione dello European Cardiovascular Disease Statistics indica l'ictus come la seconda causa di morte in Europa, con 405.000 decessi (9%) negli uomini e 583.000 (13%) decessi nelle donne.

In Italia nel 2019 sono stati registrati 89.360 ricoveri per acuti in regime ordinario per ictus (di cui il 20% sono recidive), mentre i dati Istat indicano che nel 2018 le malattie cerebrovascolari (tra le quali l'ictus rappresenta la manifestazione clinica di gran lunga più frequente) sono la seconda causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore, con 55.434 decessi (l'8,8% di tutti i decessi), di cui 22.062 maschi (7,3%) e 33.372 femmine (10,1%) (Alleanza Italiana per le Malattie Cardio-cerebrovascolari, 2019).

Il 20-30% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento e il 40-50% entro il primo anno. 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 (Ministero della Salute, 2022).

L'ictus rappresenta globalmente la seconda causa di disabilità, specialmente nella popolazione anziana. Dei pazienti che sopravvivono in seguito a un ictus, il 26% non riacquista indipendenza nelle attività della vita quotidiana, e il 50% soffre di una ridotta mobilità (Ministero della Salute, 2022).

Nei paesi occidentali, il 3-4% della spesa sanitaria è imputabile alle malattie cerebrovascolari ed il peso economico dell'ictus aumenta con la gravità della malattia. Si ritiene inoltre che tali valori siano sottostimati, in quanto non considerano ad esempio il costo dovuto alle ischemie cerebrali

silenti, presenti in circa il 28% degli individui sopra i 65 anni e causa non trascurabile di declino cognitivo e disabilità funzionale.

L'incidenza dell'ictus aumenta con l'età, raddoppiando per ogni decade dopo i 55 anni; l'età media di insorgenza è intorno ai 69 anni. Sebbene l'incidenza e la mortalità in seguito ad ictus siano globalmente ridotte negli ultimi 30 anni, dal 1990 al 2017 nei paesi industrializzati si è assistito ad un aumento del 6% dell'incidenza dell'ictus negli individui tra i 15 e i 49 anni e del 25% tra i 20 e i 64 anni di età (Società Italiana Ipertensione Arteriosa, 2019).

1.5 Ripercussioni dell'ictus sulla quotidianità

L'ictus è una delle principali cause di disabilità a causa del suo potenziale di compromettere la mobilità funzionale, la comunicazione e la cognizione dei pazienti. Le conseguenze dell'ictus rappresentano una sfida complessa e multifattoriale, che va oltre l'immediata manifestazione dei sintomi; per questo, i sopravvissuti all'ictus devono affrontare molteplici fattori di stress che possono peggiorare la qualità della vita, l'umore e le prestazioni fisiche (Van Heugten & Wilson, 2021).

La disabilità fisica conseguente a un ictus può variare notevolmente da persona a persona, in base alla gravità e alla localizzazione del danno cerebrale. Molti pazienti devono affrontare sfide quotidiane nella gestione delle attività più basilari come vestirsi, mangiare o spostarsi. Questi ostacoli fisici possono portare ad un significativo grado di dipendenza e ad un senso di perdita di autonomia. Le principali conseguenze fisiche dell'ictus sono l'emiplegia e il dolore (principalmente alla spalla emiplegica), con conseguenti problemi di equilibrio e deambulazione, la disfagia (a cui possono conseguire problematiche nutrizionali), alterazioni della comprensione e produzione del linguaggio (Waller et al., 2023).

Inoltre, l'ictus può danneggiare le regioni cerebrali coinvolte nell'elaborazione delle informazioni, causando un'ampia gamma di problemi cognitivi e comportamentali. La cognizione, la memoria, la concentrazione e la capacità decisionale possono essere compromesse, causando difficoltà nell'adempimento di compiti quotidiani come leggere, seguire istruzioni e pianificare attività e nel mantenere delle relazioni sociali.

Le conseguenze psicosociali dell'ictus sono altrettanto significative e complesse quanto le sue manifestazioni fisiche e cognitive. Questa patologia può avere un profondo impatto sulla salute mentale, sul benessere emotivo e sulle dinamiche sociali dei pazienti e delle loro famiglie; le conseguenze psicosociali più comuni per i pazienti sono la depressione post-ictus, ansia, apatia e mancanza di motivazione, e fatigue. Mentre le famiglie dei pazienti trovandosi ad affrontare significativi cambiamenti nella loro vita quotidiana, diventando anche caregiver a tempo pieno, possono arrivare a manifestare elevati livelli di stress e isolamento sociale (McCurley et al., 2019).

La comprensione dettagliata delle conseguenze dell'ictus è dunque cruciale non solo per la gestione clinica dei pazienti, ma anche per lo sviluppo di programmi di riabilitazione mirati ed efficaci. Di conseguenza, appena superata la fase acuta dell'ictus, il trattamento avrà l'obiettivo di recuperare il più possibile l'autonomia del paziente, e ad assisterlo nell'adattamento all'eventuale perdita di funzioni, se il recupero non è possibile. Con il potenziamento delle capacità residue, e la partecipazione sociale, si mira al miglioramento della qualità della vita del paziente (Van Heugten & Wilson, 2021).

1.6 Disturbi emotivi

Il legame tra depressione e altre malattie legate alla salute fisica fu stabilito per la prima volta nel 1955, quando Martin Roth ne descrisse l'associazione con la malattia aterosclerotica. Questo studio ha ispirato molti altri ricercatori, uno

dei quali ha affermato che la depressione è significativamente più comune nei pazienti con ictus rispetto ad altri pazienti con menomazioni fisiche dovute ad altre patologie (Folstein et al., 1977).

Un profondo stato di disagio e stress emotivo, è comune a seguito di un ictus, in quanto le condizioni fisiche, cognitive e sociali pre-ictus sono in conflitto con la realtà post-ictus (J.L. Schwertfeger et al., 2020).

Le fonti di disagio emotivo per un paziente e per i suoi familiari/caregiver sono principalmente correlate alla difficoltà nella gestione dell'incertezza riguardo il processo del recupero e di conseguenza all'incertezza sul futuro, e alla difficoltà riscontrata nel processo di adattamento nel tentativo di ritornare a come era la vita prima dell'ictus.

Depressione, disturbi d'ansia e dell'adattamento, esercitano una profonda influenza sull'aderenza del paziente alle cure mediche e ai programmi riabilitativi. Nello specifico, i sintomi depressivi si riscontrano dal 5% al 54% dei casi nella fase acuta, e rimangono presenti nel 23-25% dei casi dopo sei mesi; il disturbo d'ansia, invece, è presente nel 19-23% dei casi, e molto spesso i sintomi si presentano assieme ai sintomi depressivi. (van Heugten and Wilson, 2021).

In particolare, la depressione post-ictus (PSD) rappresenta la complicanza neuropsichiatrica più frequente e gravosa; viene associata a mortalità più elevata, deficit cognitivi più pronunciati, maggiore disabilità a lungo termine, tassi più elevati di ideazione suicidaria e qualità della vita inferiore di quanto lo sia un decorso post ictus senza depressione. I tassi di incidenza per la PSD variano dal 18 al 33% dei casi.

Vengono distinti:

- Fattori di rischio pre-ictus (sesso femminile, storia personale di malattia mentale, storia familiare di malattia mentale, esposizione a eventi di vita stressanti);

- Fattori di rischio correlati all'ictus (ictus multipli ed estesi, aree anteriori/frontali del cervello, ictus nei gangli della base);
- Fattori di rischio post-ictus (livello di disabilità più elevato, scarsa indipendenza, scarso supporto sociale)

È importante riconoscere che la depressione non è una normale conseguenza dell'ictus, e che i sintomi depressivi possono e devono essere trattati per evitare una cronicizzazione. (Medeiros et al., 2020).

Dunque, è fondamentale gestire questo carico di disagio e stress emotivo fin dal principio, per evitare la cronicizzazione dei sintomi; e ciò richiede delle capacità di coping efficaci da parte del paziente e dei familiari/caregiver; infatti, applicando strategie di coping efficaci, il paziente può creare una sua nuova identità che incorpori i disturbi correlati all'ictus, ottenendo così risultati migliori in termini di riabilitazione (J.L. Schwertfeger et al., 2020).

1.7 Attività di screening per i disturbi emotivi

Considerati gli alti tassi di prevalenza di disturbi emotivi, depressione e ansia nei pazienti post-ictus, si ritiene fondamentale una maggiore e accurata attività di screening, che permette un'identificazione precoce e una definizione delle priorità assistenziali nei pazienti maggiormente a rischio di sviluppare disturbi emotivi (Chohan et al., 2019).

Gli strumenti utilizzabili per una corretta gestione dell'attività di screening sono oggetto di discussione; tuttavia, sono presenti diversi tipi di scale di valutazione per individuare la potenziale presenza di tali disturbi.

È importante selezionare le scale appropriate in base alle esigenze specifiche del paziente e del contesto clinico, e condurre una valutazione regolare per monitorare i cambiamenti nel tempo e adattare il piano di cura di conseguenza; di seguito alcune tra le scale di valutazione comunemente utilizzate (Das & G.K., 2018):

- Scala di Depressione di Hamilton (HAM-D): valuta la gravità della depressione nei pazienti; include domande relative all'umore, all'interesse per le attività quotidiane, all'energia, all'insonnia, all'appetito e altri

sintomi associati alla depressione. Un punteggio più alto è indicativo di uno stato di depressione più grave (Medeiros et al., 2020).

- Scala di Ansia di Hamilton (HAM-A): simile alla HAM-D, utilizzata per valutare la gravità dell'ansia nei pazienti; misura sintomi quali la tensione, preoccupazione, agitazione, eccessiva sudorazione e altri sintomi di ansia (Medeiros et al., 2020).
- Scala di Depressione di Beck (BDI): questionario auto-somministrato che misura i sintomi di depressione; i pazienti rispondono a domande sul loro umore, sentimenti di tristezza, autostima, e altri sintomi correlati alla depressione.
- Scala di Ansia di Beck (BAI): simile alla BDI ma si concentra sui sintomi d'ansia; i pazienti valutano i loro sentimenti di paura, tensione, nervosismo e altri sintomi legati all'ansia (Das & G.K., 2018).
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): breve questionario autosomministrato che valuta i sintomi della depressione; si basa su 9 domande relative all'umore, all'interesse e alla soddisfazione generale della vita del paziente (Waller et al., 2023).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): scala progettata specificatamente per pazienti ospedalizzati; include 14 domande suddivise in due sottoscale, per valutare sintomi d'ansia e di depressione. La versione Stroke Aphasic and Depression Questionnaire Hospital (SADQ-H) può essere utilizzata in pazienti afasici (Van Heugten & Wilson, 2021).
- Geriatric Depression Scale (GDS): scala specificatamente rivolta agli anziani, per valutare i sintomi della depressione; utile per i pazienti post-ictus anziani (Chohan et al., 2019).
- Scale di valutazione della qualità della vita: oltre alle scale di valutazione della depressione e dell'ansia, le scale di valutazione della qualità di vita, come il Questionario sullo Stato di Salute SF-36 o il Questionario di Qualità della Vita WHOQOL-BREF, possono essere utilizzate per valutare l'impatto dei problemi emotivi sul benessere generale del paziente (McCurley et al., 2019).

- Scale di valutazione per pazienti con disturbi comunicativi: Stroke Aphasic Depression Questionnaire (con una versione di 21 item e una abbreviata di 10 item) e la scala Aphasic Depression Rating Scale a 9 item (Medeiros et al., 2020).

L'attività di screening può migliorare gli esiti degli interventi successivamente messi in atto, se la diagnosi viene eseguita in modo multiprofessionale e tramite un piano di gestione strutturato e mediate strategie di follow-up (Das & G.K., 2018).

Se lo screening iniziale risulta essere positivo, sarà necessaria una valutazione diagnostica più approfondita che permetterà di differenziare il tipo di disturbo emotivo, di valutare la gravità di tale disturbo e i rischi associati e di esaminare gli eventuali disturbi psichiatrici concomitanti (Medeiros et al., 2020).

1.8 Ruolo dell'infermiere durante il processo di riabilitazione

Tra i professionisti sanitari coinvolti nel processo di riabilitazione, l'infermiere svolge un ruolo cruciale essendo la figura professionale che interagisce più frequentemente con pazienti e familiari in molte situazioni diverse e, in quanto membro essenziale del team multidisciplinare, coinvolto durante tutto il percorso del paziente (Tanlaka et al., 2023).

Sebbene si possa fornire un ampio quadro generale sul ruolo dell'infermiere in termini di compiti durante il processo di riabilitazione di un paziente post ictus, non si riesce a fornire un quadro completo circa il ruolo effettivo di questa figura professionale in quanto non viene affrontato il modo in cui questi compiti vengono svolti; sarebbe importante non solo descrivere cosa fanno gli infermieri, ma anche come tutto ciò viene fatto.

Una volta superata la fase acuta dell'ictus, il ruolo dell'infermiere è quello di favorire il coping e di promuovere il benessere globale del paziente, ma non vengono delineate delle specifiche competenze o attività infermieristiche necessarie a cui fare riferimento.

Dunque, in questa prima fase post ictus, l'infermiere si concentra sull'organizzazione e sull'erogazione delle cure in collaborazione con altri membri del team, sul monitoraggio fisiologico, sullo screening dei deficit di deglutizione e sull'assistenza nella cura personale (Clarke, 2014).

Nella fase riabilitativa iniziale, una parte importante del lavoro degli infermieri è diretta a facilitare la riabilitazione corporea, e questo avviene preparando e supportando il paziente nello svolgimento delle diverse terapie riabilitative e integrando il modo in cui queste nuove competenze possono essere applicate nelle diverse attività di vita quotidiana.

L'atteggiamento positivo degli infermieri verso il potenziale riabilitativo dei loro pazienti è cruciale in questo processo, e viene trasmesso tramite attività di supervisione, di incoraggiamento e di supporto morale durante lo svolgimento di attività di vita quotidiana.

Affinché ciò sia realizzabile, è fondamentale che sia il paziente che i suoi familiari/caregiver siano coinvolti nel processo decisionale relativo all'assistenza e nella pianificazione di obiettivi riabilitativi realistici a breve e a lungo termine, e che il paziente abbia un certo grado di scelta relativo alla modalità di assistenza (Clarke, 2014).

L'elevata incidenza di depressione post-ictus e di isolamento sociale, suggerisce che molti pazienti non sono in grado di applicare delle efficaci strategie di coping per far fronte ai cambiamenti corporei permanenti e alle modificazioni di ruolo in ambito sociale e familiare; per questo la figura dell'infermiere è fondamentale in quanto, grazie allo stretto rapporto instaurato con paziente e familiari, è in grado di fornire il supporto emotivo ed educativo necessario affinché il paziente sappia reindirizzare la sua attenzione dal ritorno alla normalità (pre-ictus) verso il raggiungimento di una nuova normalità (cioè sapersi adattare a qualsiasi cambiamento corporeo causato dalla patologia), reinterpretando e adattando aspettative e obiettivi.

Gli infermieri possono favorire questo processo continuando a monitorare le condizioni della malattia e i progressi compiuti nel processo riabilitativo,

fornendo informazioni sul piano educativo e supportando emotivamente il paziente e i familiari/caregiver a reinterpretare e riadattare le loro aspettative e i loro obiettivi (Tanlaka et al., 2023).

CAPITOLO 2

2.1 Scopo della revisione

I disturbi emotivi conseguenti ad un ictus per i pazienti sono associati ad una scarsa aderenza alla terapia medica e alla riabilitazione, a ricoveri prolungati, ad una maggiore mortalità e ad un maggiore grado di dipendenza.

Per i familiari e i caregiver stessi, prendersi cura di un paziente in stato di disagio emotivo può causare a loro stessi un aumentato rischio di morbidità e mortalità.

Nonostante ciò, i disturbi emotivi risultano essere ampiamente sotto diagnosticati e sotto trattati, e gli attuali interventi psicosociali disponibili per i pazienti sono limitati in quanto si rendono disponibili solo quando i sintomi sono già cronici e sono indirizzati generalmente solo ad uno stato emozionale specifico.

Dunque questa revisione ha come obiettivo la ricerca in letteratura delle evidenze più aggiornate riguardo l'importanza di identificare e trattare lo stato di disagio emotivo in un paziente post ictus dal momento stesso del ricovero, quindi di mettere in atto strategie di supporto psicologico efficaci per migliorare la salute mentale dei pazienti, esplorando il concetto di supporto psicologico nell'ambito infermieristico ed esaminando fattori psicologici come depressione, ansia e perdita di fiducia.

2.2 Materiali e metodi

I quesiti ai quali si cercherà di rispondere sono:

- Quali interventi post dimissione sono disponibili per migliorare le capacità di coping dei pazienti post ictus?
- Quali interventi post dimissione sono disponibili per migliorare il benessere psicologico dei pazienti post ictus? E quali sono i più efficaci?

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura consultando le banche dati Medline (PubMed), Google Scholar e Cochrane Library, e i siti internet del Ministero della Salute, della Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa e della Società Italiana di Neurologia.

Per condurre la revisione di letteratura è stato costruito il seguente PICO (Tabella 2.5)

Tabella 2.5	
Formulazione PICO	
P Problema	Disturbi emotivi correlati all'ictus ischemico
I Intervento	Interventi di supporto psicologico
C Intervento di confronto	Nessun intervento di supporto psicologico
O Outcome	Esiti in termini di aderenza alla riabilitazione e benessere psicosociale

Sono state utilizzate le parole chiave come termini liberi combinandole con operatori booleani e Mesh: Tabella 2.6

Tabella 2.6					
Modalità di combinazione delle parole chiave					
Database	Stringa di ricerca	Articoli reperiti	Articoli visionati	Articoli utilizzati	Tipologia studio
Pubmed	" <i>stroke AND psychological support</i> "	>100	10	3	Randomizzato controllato (3)
Pubmed	" <i>stroke AND psychological support AND rehabilitation</i> "	>100	11	4	Randomizzato controllato (1) Revisione sistematica (3)

Pubmed	<i>“stroke rehabilitation AND nurse AND role”</i>	>100	7	3	Indagine trasversale (2) Meta-analisi (1)
Pubmed	<i>“stroke rehabilitation AND emotional support AND nurse”</i>	68	12	2	Revisione sistematica (1) Indagine trasversale (1)
Google Scholar	<i>“stroke AND psychological distress AND interventions”</i>	>100	8	5	Revisione sistematica (3) Meta-analisi (1)
Google Scholar	<i>“stroke AND rehabilitation AND mood disorders”</i>	>100	10	3	Revisione sistematica (3)
Cochrane Library	<i>“stroke AND rehabilitation AND anxiety”</i>	>100	4	2	Meta-analisi (2)
Cochrane Library	<i>“stroke AND depression AND rehabilitation”</i>	>100	5	3	Revisione sistematica (2) Studio randomizzato controllato (1)

I criteri di inclusione degli articoli selezionati sono stati:

- Partecipanti: persone con ictus in riabilitazione neurologica, di età compresa tra i 18 e gli 85 anni;
- Setting: ospedaliero ed extraospedaliero;
- Nello studio deve essere presente almeno uno dei parametri tra ansia/dolore, depressione/dolore, ansia/depressione;
- Studi pubblicati negli ultimi 20 anni.

Sono stati esclusi i seguenti articoli:

- Non disponibili in modalità full-text;
- Studi reputati meno recenti.

2.3 Risultati

2.3.1 Struttura di un intervento efficace

Secondo il quadro del Medical Research Council (MRC), per poter sviluppare un intervento che sia adatto ed efficace a favorire il benessere psicologico di un paziente post-ictus dovrebbero essere presi in considerazione sia i componenti che il contesto e le parti interessate dell'intervento, in tutte le fasi di sviluppo e valutazione di interventi complessi (Skivington et al., 2021); le componenti di un intervento possono essere suddivise in argomenti di intervento e modalità di erogazione. Il contesto si concentra sul sistema in cui l'intervento verrebbe implementato e sulle parti interessate coinvolte, costituite dai pazienti che ricevono l'intervento e dal team multidisciplinare che fornisce l'intervento.

Sono state condotte numerose revisioni per identificare quali interventi siano efficaci per il benessere psicologico post-ictus, tuttavia la maggior parte di queste revisioni si concentrano solo su uno specifico disturbo psico-sociale, su un intervento specifico o su uno specifico gruppo di pazienti (Baker et al., 2018). Ma poiché diversi disturbi possono manifestarsi simultaneamente dopo un ictus, è importante identificare interventi per tutta la varietà di disturbi psico-sociali invece

di concentrarsi su un disturbo specifico; inoltre è stato dimostrato che specifici sottogruppi di pazienti con ictus, come i pazienti con afasia o disturbi cognitivi, sono spesso esclusi dalle revisioni, ma l'esclusione di tali sottogruppi limita la generalizzabilità dei risultati e diminuisce la probabilità che questi sottogruppi ricevano cure adeguate (Van Nimwegen et al., 2023). Sono stati identificati 39 interventi che mostrano effetti positivi sugli esiti psicosociali dei pazienti colpiti da ictus e che sono stati forniti da infermieri; gli argomenti di intervento più frequentemente utilizzati negli interventi efficaci sono stati i fattori di rischio, la prevenzione secondaria, le conseguenze dopo l'ictus, il coping, le emozioni, l'autogestione, i valori e i bisogni, gli obiettivi, l'umore, il supporto sociale, la gestione dei farmaci, il problem solving e la consapevolezza (Van Nimwegen et al., 2023).

Riguardo i metodi di erogazione degli interventi, i più efficaci si sono rivelati essere:

- Informazione attiva, in cui le informazioni vengono fornite tramite l'interazione tra operatore e paziente, con particolare attenzione al chiarimento/rinforzo delle informazioni (Forster et al., 2012);
- Esercizio fisico (Van Nimwegen et al., 2023);
- Cure farmaceutiche (Van Nimwegen et al., 2023).

Sulla base di questi risultati non si possono raccomandare uno o più interventi completi che potrebbero supportare al meglio gli infermieri nel fornire assistenza ai pazienti nella fase riabilitativa, infatti, i dettagli di come i diversi elementi degli interventi contribuiscano ad ottenere risultati positivi e quali elementi funzionino meglio nelle diverse fasi e nei diversi sottogruppi non sono del tutto chiari, e la mancanza di chiarezza riguardo ai meccanismi efficaci è attribuita al fatto che pochissimi studi hanno fornito resoconti teorici adeguati dei meccanismi che si ritiene contribuiscano a risultati positivi (Ellis et al., 2010); tuttavia, si possono raccomandare quali aspetti tenere in considerazione nello sviluppo e nell'utilizzo di interventi per migliorare il benessere psicosociale dopo l'ictus.

Prima di tutto si raccomanda di decidere per quali risultati psicosociali un intervento dovrebbe essere applicabile; inoltre, si raccomanda di includere le componenti di intervento sopra citate e di erogare l'intervento fornendo informazioni attive e possibilmente in combinazione con l'esercizio fisico, che sono risultati essere più efficaci rispetto agli approcci passivi (Kirkevold et al., 2012). Quando si progettano interventi complessi non si dovrebbe mai guardare solo le componenti separate, ma anche la loro interazione, poiché questa interazione può avere un'influenza positiva sull'efficacia dell'intervento; è necessaria una maggiore comprensione del modo in cui i componenti dovrebbero essere combinati per ottenere un effetto positivo sul benessere psico-sociale del paziente (Van Nimwegen et al., 2023).

2.3.2 Il coinvolgimento del caregiver

Il ruolo del caregiver nell'ambito del supporto psicologico riveste un'importanza cruciale nel percorso riabilitativo di un paziente post-ictus.

L'ictus rappresenta un evento traumatico non solo per il paziente, ma anche per coloro che si prendono cura di lui, siano essi familiari, amici o assistenti.

Il ruolo del caregiver va ben oltre la semplice assistenza fisica, estendendosi alla sfera psicologica del paziente; la presenza costante e il sostegno emotivo offerto dal caregiver possono contribuire in modo significativo al raggiungimento di un benessere psicologico del paziente, aiutandolo ad affrontare i cambiamenti drastici nel suo stile di vita, le disabilità e le sfide che si presentano durante il percorso di riabilitazione (Boger et al., 2015).

Il caregiver diventa spesso il punto di riferimento principale del paziente, e la sua capacità di comprensione, empatia e supporto influisce direttamente sul successo della riabilitazione e sulla qualità della vita del paziente.

Questa natura interconnessa dello stress vissuto dal paziente e dal caregiver, evidenzia l'importanza di considerare un training per lo sviluppo di capacità di coping, che consideri quanto più possibile il paziente e il caregiver come un'unità diadica, dove l'enfasi viene posta sulla relazione interpersonale e sulla gestione emotiva tra paziente e caregiver (Schwertfeger et al., 2020).

Si ritiene necessaria la progettazione di programmi di formazione sullo sviluppo di competenze e di capacità di coping, da integrare all'assistenza medica offerta nelle prime fasi del processo di recupero, al fine di aiutare i pazienti e i rispettivi caregiver ad implementare tali competenze per poter prevenire stati di disagio emotivo (McCurley et al., 2019).

Secondo numerosi studi, le principali sfide emotive che i pazienti e i caregiver sperimentano dal momento del ricovero e che devono essere affrontate mediante la programmazione di interventi mirati sono: la difficoltà nel gestire l'incertezza del processo di recupero, la gestione dei cambiamenti di ruolo familiare e sociale, l'adattamento al cambiamento dello stile di vita dopo l'ictus, i pensieri negativi di auto-colpevolezza (che riguardano principalmente i caregiver durante il processo di assistenza) e la gestione della paura di una recidiva.

Comprendere il livello di disagio emotivo di paziente e caregiver durante il ricovero ospedaliero, fornisce informazioni preziose per poter sviluppare un intervento diadico (paziente-caregiver) che può iniziare dal momento del ricovero, prima che il disagio emotivo diventi cronico; il ricovero infatti rappresenta una finestra di opportunità fondamentale in cui può essere insegnato a pazienti e a caregiver come poter gestire al meglio le loro problematiche e il loro disagio (McCurley et al., 2019).

Numerose ricerche riferiscono che i caregiver riacquistano uno stile di vita equilibrato in seguito ad una corretta formazione e supporto per il loro ruolo di caregiver; allo stesso modo si è riscontrata nei pazienti una maggiore rapidità nel riacquisire un certo livello di indipendenza nelle ADL, riducendo sintomi depressivi e ansiosi, e bisogni sanitari, quando il loro caregiver riceve una formazione ed educazione adeguata, favorendo così il miglioramento delle relazioni interpersonali (Schwertfeger et al., 2020).

2.3.3 Interventi psicologici e psicosociali

Gli interventi psicologici e psicosociali giocano un ruolo fondamentale nella gestione dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus. Queste terapie mirano a

fornire supporto emotivo, insegnare strategie di coping e promuovere il benessere psicologico.

Le ricerche suggeriscono che questi interventi possono non solo migliorare la salute mentale, ma anche la qualità della vita complessiva dei pazienti e dei loro caregiver (McCurley et al., 2019).

La strategia più diffusa nella letteratura per migliorare il benessere psico-sociale di un paziente post-ictus riguarda gli interventi mirati che promuovono l'autogestione, dunque programmi che favoriscono lo sviluppo di comportamenti in ambito sanitario attraverso l'istruzione e la formazione professionale (Schwertfeger et al., 2020). Questi programmi di educazione psicosociale utilizzano la conversazione come principale metodo terapeutico, per aiutare il paziente a risolvere i conflitti mentre si relaziona alla realtà post-ictus (Schwertfeger et al., 2020).

Sono stati riscontrati tre temi principali che se trattati risultano contribuire allo sviluppo di un comportamento di autogestione da parte del paziente:

- Capacità individuale, ovvero la disponibilità di un individuo a rispondere ad esigenze di autogestione grazie allo sviluppo di capacità di auto-apprendimento;
- Supporto da parte del caregiver, dei familiari, del personale sanitario, risulta essere fondamentale per favorire lo sviluppo di comportamenti di autogestione;
- Ambiente, ovvero le circostanze aggiuntive necessarie che agevolano un ambiente favorevole all'autogestione (Boger et al., 2015).

La fiducia nelle proprie capacità e le capacità adattive sono i punti di forza più importanti che promuovono uno stato di benessere psico-sociale, e numerosi studi hanno dimostrato che per incrementare lo sviluppo di capacità adattive, sarebbe importante coinvolgere i pazienti in interventi di supporto tra pari, in quanto basati sulla condivisione dell'esperienza tra persone che hanno affrontato situazioni simili, che permettono di creare una rete di sostegno informale e comprensiva. Questa tipologia di interventi offre ai pazienti un ambiente sicuro in cui possono esprimere le proprie emozioni e

preoccupazioni; sentirsi ascoltati e compresi da chi ha attraversato situazioni analoghe può essere estremamente confortante e terapeutico. È importante sottolineare che gli interventi di supporto tra pari possono assumere diverse forme, inclusi gruppi di discussione, forum online e incontri individuali; la scelta del tipo di intervento dipende dalle preferenze e dalle esigenze del paziente (H. Y. Cheng et al., 2018).

Analizziamo ora gli interventi di riabilitazione neuropsicologica, i quali dovrebbero innanzitutto iniziare con un'analisi approfondita delle funzioni mentali per valutare sia le eventuali funzioni cognitive compromesse che quelle intatte, per poter identificare i punti di forza e di debolezza. Inoltre, dovrebbe essere determinato l'impatto dei disturbi cognitivi sul funzionamento della vita quotidiana.

All'inizio della riabilitazione dovrebbe essere formulato un piano di trattamento che consenta non solo la pianificazione del trattamento, ma anche la sua esecuzione e la valutazione (Van Heugten & Wilson, 2021).

Gli interventi psicologici hanno mostrato effetti positivi e significativi sulla stabilizzazione dell'umore, includendo anche la terapia di problema solving e il colloquio motivazionale (Das & G.K., 2018).

Questi tipi di trattamento, oltre a ridurre il pessimismo ed evocare uno stato d'animo positivo nei pazienti, possono guidare a rafforzare l'esercizio fisico e mentale, collaborando attivamente con trattamenti che promuovono il recupero neurologico (Wu et al., 2012).

Diversi studi hanno inoltre dimostrato come un approccio multidisciplinare con psicologo e terapeuta occupazionale può facilitare la definizione realistica di obiettivi e il loro raggiungimento (Das & G.K., 2018).

Definiamo il colloquio motivazionale come uno stile di comunicazione collaborativo e orientato agli obiettivi, con particolare attenzione al linguaggio del cambiamento; è progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, suscitando nella persona la volontà del

mettere in atto un cambiamento in un'atmosfera di accettazione (D. Cheng et al., 2015).

La pratica del colloquio motivazionale comprende quattro processi chiave, ovvero il saper coinvolgere il paziente nella relazione, riuscire a concentrare l'attenzione del paziente su un particolare aspetto del processo di cambiamento, evocare nel paziente delle motivazioni che favoriscano il processo del cambiamento, pianificare il passo successivo verso il cambiamento; e prevede l'uso strategico di cinque abilità comunicative fondamentali quali: porre domande aperte per aiutare a comprendere il quadro generale del paziente, mettere in evidenza i punti di forza, le abilità e le buone intenzioni del paziente, saper utilizzare la tecnica dell'ascolto riflessivo, saper riassumere la situazione, mostrando quindi al paziente che il professionista l'ha saputo ascoltare attentamente, e saper informare dare consigli al paziente su come raggiungere le proprie conclusioni.

Solitamente l'intervento del colloquio motivazionale spazia da una breve consulenza motivazionale di venti minuti ad una terapia di potenziamento della motivazione, ovvero un corso di trattamento standardizzato che include una valutazione all'assunzione, un feedback personalizzato sui risultati dei test e un colloquio di follow up sulla valutazione dei risultati (Gurr & Muelenz, 2011).

Inoltre analizziamo la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), ovvero un intervento psicologico ampiamente utilizzato e consolidato per il trattamento della depressione e dell'ansia nei pazienti post-ictus. Questo approccio aiuta i pazienti ad identificare e modificare schemi di pensiero negativi e comportamenti disfunzionali, favorendo una prospettiva più positiva e un miglioramento dell'umore (Mottram et al., 2000).

Nei pazienti post-ictus, la CBT può essere particolarmente benefica poiché si concentra sulla promozione del cambiamento cognitivo e comportamentale al fine di migliorare il benessere psicologico.

In questo tipo di approccio, il terapeuta lavora con il paziente per identificare i pensieri negativi e le credenze irrazionali che possono influenzare il loro umore e il loro comportamento; successivamente, insieme, sviluppano strategie per riconoscere e sfidare questi pensieri distorti. Questo processo aiuta il paziente ad ottenere una prospettiva più obiettiva e positiva sulle proprie condizioni, incoraggiando la ristrutturazione cognitiva (Das & G.K., 2018).

Inoltre, è dimostrato che la CBT incoraggia il paziente a sviluppare nuovi comportamenti adattivi che sostituiscano quelli disfunzionali. Questo può coinvolgere l'apprendimento di tecniche di coping, l'uso di strategie di risoluzione dei problemi e l'incremento dell'attività fisica e della partecipazione ad attività sociali e ricreative.

La CBT è spesso offerta in sessioni individuali o di gruppo, a seconda delle esigenze del paziente. Durante le sessioni, il terapeuta fornisce supporto, educazione e strumenti pratici per affrontare i sintomi emotivi; l'obiettivo finale è quello di aumentare la resilienza emotiva del paziente e migliorare la sua capacità di affrontare gli effetti dell'ictus sulla salute mentale.

L'efficacia della CBT nel trattamento dei disturbi emotivi post ictus è ampiamente riconosciuta e supportata da numerose ricerche. Questa terapia offre ai pazienti un modo strutturato e orientato al cambiamento per affrontare i sintomi emotivi e migliorare la qualità della vita, aiutandoli a ritrovare fiducia in se stessi e affrontare con successo le sfide legate all'ictus (Wu et al., 2012).

2.3.4 Interventi farmacologici

L'incertezza riguardo i meccanismi fisiopatologici della depressione post-ictus rende difficile l'attuazione di interventi farmacologici per prevenire o per trattare questo tipo di disturbo nei pazienti post-ictus, tuttavia i sistemi neurotrasmettitoriali (serotonina, noradrenalina) rappresentano il principale bersaglio farmacologico (Villa et al., 2018).

Nel contesto della prevenzione dei disturbi emotivi post-ictus (in particolare la depressione post-ictus), gli interventi farmacologici preventivi sono un'area di

ricerca in continua evoluzione e offrono opportunità promettenti per ridurre il carico emotivo nei pazienti post-ictus.

Diversi studi randomizzati hanno analizzato i risultati di interventi preventivi messi in atto per categorie di pazienti ad alto rischio di sviluppare depressione, con la somministrazione di antidepressivi, ottenendo risultati variabili.

Chen et al (2007) hanno analizzato i risultati di 703 pazienti post-ictus provenienti da 10 diversi studi randomizzati e hanno scoperto che la somministrazione profilattica di antidepressivi era associata a tassi più bassi di depressione (il 13% degli individui che hanno assunto antidepressivi preventivi ha sviluppato depressione, mentre il tasso era del 29% nel gruppo di controllo trattati con placebo); gli autori hanno suggerito che l'uso di antidepressivi per almeno un anno era più efficace nel prevenire la depressione rispetto all'uso di antidepressivi per un periodo più breve.

Al contrario una revisione Cochrane di Hackett et al (2008), che ha riassunto i risultati provenienti da 591 pazienti provenienti da 10 studi farmacologici, hanno concluso che gli antidepressivi non erano efficaci nel prevenire la depressione; inoltre hanno suggerito un modesto rischio di emorragia cerebrale in individui con ictus a cui erano stati prescritti antidepressivi, probabilmente a causa dell'effetto inibitorio degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sull'aggregazione piastrinica.

Si può affermare che date le prove contrastanti e limitate, non esiste ancora alcuna indicazione precisa riguardante l'uso profilattico degli antidepressivi per prevenire la depressione post ictus (Medeiros et al., 2020).

Nel contesto del trattamento dei disturbi emotivi post-ictus, invece, diversi studi suggeriscono di ricorrere alla farmacoterapia solo se il processo di riabilitazione è ostacolato da disturbi emotivi che rischiano di cronicizzare; l'obiettivo infatti è quello di aumentare la motivazione e la partecipazione dei pazienti alla riabilitazione (Van Heugten & Wilson, 2021).

Gli antidepressivi comunemente utilizzati per trattare i disturbi emotivi nei pazienti post-ictus sono:

- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): rappresentano una classe di farmaci antidepressivi ampiamente utilizzata per trattare la depressione nei pazienti post-ictus; il meccanismo d'azione è quello di aumentare la disponibilità di serotonina, un neurotrasmettitore che svolge un ruolo cruciale nella regolazione dell'umore nel cervello, inibendo la sua ricaptazione da parte delle cellule cerebrali e consentendo così una maggiore permanenza del neurotrasmettitore nello spazio sinaptico tra le cellule nervose; questo porta ad una maggiore stimolazione delle vie neurali coinvolte nella regolazione dell'umore, contribuendo a migliorare l'equilibrio chimico e ad alleviare i sintomi della depressione. Inoltre, gli SSRI possono esercitare effetti positivi sulla plasticità cerebrale, favorendo la formazione di nuove connessioni neurali e la rigenerazione neuronale, processi cruciali nella fase di riabilitazione post-ictus, in quanto può contribuire a migliorare la capacità di adattamento del cervello alle lesioni cerebrali e alla riabilitazione cognitiva ed emotiva (Medeiros et al., 2020). Gli SSRI dovrebbero essere presi in considerazione quando i disturbi emotivi o depressivi durano a lungo e tendono a cronicizzare, e gli effetti avversi dovrebbero essere monitorati costantemente (Van Heugten & Wilson, 2021).

Gli effetti avversi maggiormente riscontrati a seguito dell'utilizzo di questa classe di antidepressivi includono i disturbi gastrointestinali, un aumento dell'ansia iniziale con presenza di irritabilità e agitazione all'inizio del trattamento, prima di esercitare l'effetto antidepressivo completo, e un aumentato rischio di emorragia cerebrale a causa dell'effetto inibitorio sull'aggregazione piastrinica (Das & G.K., 2018).

- Antidepressivi triciclici (TCA): agiscono aumentando i livelli di neurotrasmettitori come la serotonina e la noradrenalina nel cervello, inibendo la loro ricaptazione da parte delle cellule nervose, aumentando così la loro disponibilità nello spazio sinaptico; questo aumento dei livelli di serotonina e noradrenalina può contribuire a migliorare l'umore e ridurre i sintomi della depressione, fornendo una sorta di "spinta" ai sistemi neurali che regolano le emozioni. Tuttavia, è importante notare che questa classe

di antidepressivi è associata ad una serie di effetti collaterali, compresi quelli di tipo cardiaco, come aritmie, che potrebbero essere problematici per questo tipo di pazienti, aumentando anche il rischio di recidiva di ictus (Medeiros et al., 2020).

Diversi studi sostengono che si sono riscontrati effetti moderati/significativi sulla remissione della depressione a seguito del trattamento farmacologico con TCA o SSRI (nessuna delle due classi ha dimostrato il proprio chiaro vantaggio), ma non si è riscontrato invece un significativo miglioramento nel funzionamento cognitivo e nelle ADL, né una riduzione della disabilità (Medeiros et al., 2020).

In letteratura non esiste una forte raccomandazione per un agente farmacologico specifico, dunque si può affermare che data la relativa mancanza di prove a sostegno di una specifica classe di farmaci, la scelta dell'antidepressivo dovrebbe essere basata su fattori clinici, profilo degli effetti collaterali e proprietà farmacologiche (Villa et al., 2018).

Numerosi studi evidenziano inoltre come i migliori risultati terapeutici siano stati ottenuti con la combinazione di farmacoterapia e interventi psico-sociali, in quanto rappresentano un approccio completo e integrato nel trattamento dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus. Questo approccio mira infatti a massimizzare i benefici dei due approcci terapeutici, affrontando simultaneamente gli aspetti biologici e psicologici dei disturbi emotivi (Medeiros et al., 2020).

2.3.5 Interventi complementari

Esistono prove a sostegno dell'utilizzo di tecniche complementari per la gestione dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus. Queste terapie complementari offrono approcci non convenzionali che possono migliorare il benessere emotivo, promuovere il recupero e arricchire la vita dei pazienti (Das & G.K., 2018).

Di seguito, una panoramica di alcune di queste opzioni:

- Uso terapeutico della lettura (biblio/poesia): è un approccio psicoterapeutico che aiuta i lettori a trovare risposte alle loro domande, per poi implementarle nella loro vita quotidiana; è stato raccomandato per il trattamento dei sintomi depressivi persistenti lievi/moderati dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Regno Unito (Eum & Yim, 2015). La poesia è un'altra forma di terapia della lettura, che migliora le funzioni cognitive post-ictus; scrivere diari, poesie o racconti personali può aiutare i pazienti ad esprimere le proprie emozioni e ad affrontare le sfide legate all'ictus (Eum & Yim, 2015).
- Arteterapia: coinvolge l'uso di espressione artistica, come il disegno, la pittura o la scultura, come mezzo per esplorare e comunicare emozioni. Questo approccio offre ai pazienti una via creativa per esprimere sentimenti e affrontare il trauma in modo non verbale (Eum & Yim, 2015).
- Musicoterapia: utilizza la musica come strumento terapeutico per promuovere il benessere mentale e fisico; la musica può aiutare a rilassarsi, migliorare l'umore e stimolare la comunicazione e l'interazione sociale nei pazienti post-ictus; uno studio ha dimostrato come grazie alla musica si sia ottenuta una diminuzione statisticamente significativa del punteggio della scala Beck Anxiety Inventory (BAI) e della scala Beck Depression Inventory (BDI) (Das & G.K., 2018).
- Story-telling: coinvolge la narrazione di storie personali o la creazione di racconti per esprimere emozioni e condividere esperienze. Questo processo può aiutare i pazienti post-ictus ad elaborare i loro sentimenti, riflettere sulla loro esperienza e costruire una narrativa positiva del proprio percorso di vita (Kirkevold et al., 2012).
- Esercizio fisico: l'attività fisica regolare è fondamentale per la riabilitazione post-ictus. Non solo contribuisce al miglioramento della forza e della mobilità fisica, ma anche alla salute mentale. L'esercizio fisico rilascia endorfine, neurotrasmettitori che favoriscono un umore positivo; inoltre, l'attività fisica può aumentare la fiducia in se stessi e ridurre lo stress (Das & G.K., 2018).

Questi interventi complementari possono essere utilizzati insieme alle terapie tradizionali per creare un approccio terapeutico completo e personalizzato. Possono offrire ai pazienti modalità alternative di espressione emotiva, contribuire al loro benessere psicologico e promuovere il loro coinvolgimento attivo nella riabilitazione. La scelta di quali interventi adottare dovrebbe essere basata sulle preferenze e sulle esigenze del paziente, e dovrebbe essere supervisionata da professionisti esperti nelle rispettive discipline. Inoltre, questi approcci possono essere integrati in programmi di riabilitazione multidisciplinari per massimizzare i benefici complessivi per i pazienti post-ictus (Das & G.K., 2018).

2.4 Discussione e conclusione

2.4.1 Discussione

Esplorando in dettaglio i risultati emersi dalla vasta letteratura esaminata in questa tesi, si può fornire una panoramica critica dei diversi aspetti relativi alla gestione dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus, includendo i punti di forza e di debolezza degli studi esaminati.

Prendendo in esame l'importanza del coinvolgimento del caregiver si può affermare che l'analisi della letteratura ha messo in luce un solido consenso sull'importanza del coinvolgimento del caregiver nella cura dei pazienti post-ictus, considerando la loro natura interconnessa e sottolineando quindi l'importanza di considerare un training per lo sviluppo di capacità di coping che consideri paziente e caregiver come un'unità diadica.

Un caregiver attivamente coinvolto ed educato ha il potere di apportare un contributo significativo al benessere generale del paziente, offrendogli supporto emotivo, assistenza pratica e vigilanza continua, riducendo il suo senso di isolamento e migliorando la qualità della vita.

Questi risultati dimostrano inoltre un importante miglioramento della qualità di vita del caregiver stesso, che se adeguatamente educato ed istruito, può saper gestire al meglio anche i propri sentimenti di angoscia, stress e impotenza di fronte alla malattia del paziente.

Si può dedurre quanto sia essenziale che le strategie di coinvolgimento del caregiver siano attentamente pianificare, personalizzate e sensibili alle esigenze individuali.

Per quanto riguarda gli interventi psicologici e psicosociali, l'analisi della letteratura evidenzia un solido consenso riguardo la terapia cognitivo comportamentale (CBT), in quanto risulta essere in grado di aiutare i pazienti a riconoscere i pensieri negativi e le credenze limitanti, sostituendoli con modelli di pensiero più adattivi e costruttivi. La CBT può essere particolarmente efficace nel trattamento della depressione post-ictus, fornendo ai pazienti degli strumenti per poter affrontare i sintomi depressivi, incrementando la fiducia nelle proprie capacità (concetto particolarmente importante per promuovere il benessere psico-sociale), incoraggiando i pazienti a identificare i propri successi e a stabilire obiettivi realistici.

Oltre alla CBT, anche gli interventi di supporto tra pari hanno dimostrato essere un elemento di notevole forza; questi includono gruppi di discussione e colloqui motivazionali. I gruppi di discussione forniscono un ambiente in cui i pazienti possono condividere le proprie esperienze, scambiare consigli e sostenersi reciprocamente.

Allo stesso modo, il colloquio motivazionale ha dimostrato di essere efficace nel motivare i pazienti a impegnarsi attivamente nel loro percorso di recupero e ad apportare cambiamenti positivi nel proprio stile di vita.

Tuttavia, è importante sottolineare come la variabilità individuale nella risposta a questi approcci necessiti una personalizzazione del trattamento, consentendo ad ogni individuo di poter sviluppare al meglio le proprie capacità adattive.

Successivamente sono stati analizzati gli interventi farmacologici, che sono sicuramente stati riconosciuti essere efficaci nella gestione dei sintomi depressivi e d'ansia post-ictus, anche se nell'ambito della prevenzione le prove risultano essere contrastanti e limitate per poter dichiarare l'efficacia della farmacoterapia nel prevenire i disturbi emotivi.

Per il trattamento dei sintomi depressivi e ansiosi risultano essere efficaci gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli antidepressivi triciclici (TCA), ma senza evidenze a sostegno di una particolare classe di farmaci tra i due.

I migliori risultati in termine di regressione di sintomi depressivi sono stati ottenuti con l'integrazione di interventi psicologici e psicosociali agli interventi farmacologici; dunque, è chiara l'importanza di un approccio multidisciplinare per consentire di massimizzare gli effetti di ogni singolo intervento sulla salute psico-sociale del paziente.

Inoltre, nonostante l'efficacia complessiva degli antidepressivi, sono emersi diversi risultati circa gli effetti collaterali e le potenziali interazioni con altri farmaci. La ricerca ha sollevato la necessità di una valutazione medica accurata per determinare l'idoneità del paziente a questo tipo di trattamento e di un monitoraggio costante per gestire eventuali effetti collaterali.

Infine, con l'analisi dei diversi interventi complementari che possono essere integrati agli altri tipi di trattamento, si sono evidenziati benefici significativi nel miglioramento del benessere emotivo dei pazienti post-ictus in termini di riduzione dello stress, dell'ansia e di sintomi depressivi. Queste terapie forniscono modalità alternative di espressione emotiva e per questo devono essere prese in considerazione nel percorso riabilitativo del paziente per aiutarlo e stimolarlo ad esternare i propri sentimenti e le proprie emozioni.

È chiaro che non tutti i pazienti possono trarre gli stessi benefici da questo tipo di terapie, per questo è essenziale la personalizzazione di questi interventi, per poter adattare al meglio le esigenze e le preferenze specifiche di ogni singolo paziente.

2.4.2 Limiti dello studio

È importante riconoscere alcune delle limitazioni di questo studio.

In primo luogo, le fonti dei dati utilizzate nella ricerca presentano variazioni significative in termini di metodologia e dimensioni del campione. Ciò potrebbe influenzare la generalizzabilità dei risultati e sottolinea la necessità di interpretare i dati alla luce delle differenze individuali nei pazienti post ictus. Inoltre, la maggior parte degli studi analizzati ha focalizzato la valutazione di interventi specifici, piuttosto che l'efficacia di combinazioni di terapie. Questo aspetto può aver limitato la comprensione di come diversi interventi possano interagire e influenzare il benessere emotivo del paziente. Infine, le variabili quali l'età del paziente, la gravità dell'ictus e le condizioni mediche concomitanti, non sono state affrontate in modo esaustivo in tutti gli studi analizzati, rendendo necessaria una maggiore attenzione all'identificazione e al controllo di questi fattori nelle future ricerche.

2.4.3 Implicazioni per la pratica

I risultati di questa revisione hanno importanti implicazioni per la pratica infermieristica nell'ambito della gestione dei pazienti post-ictus. In primo luogo, l'importanza del coinvolgimento del caregiver nel processo di recupero è un aspetto che richiede particolare attenzione. Gli infermieri devono essere addestrati a identificare le esigenze del caregiver e a fornire loro il supporto necessario, riconoscendo il loro ruolo cruciale nel benessere del paziente.

Nel contesto degli interventi psicologici, gli infermieri rivestono un ruolo fondamentale nella valutazione e nel monitoraggio dei sintomi emotivi dei pazienti. Devono essere addestrati a riconoscere segnali precoci di depressione, ansia o altri disturbi emotivi, nonché a condurre interviste di valutazione per identificare le esigenze psicologiche specifiche dei pazienti. La comunicazione aperta con il paziente e la collaborazione con psicologi o terapisti psicosociali sono fondamentali per offrire terapie appropriate.

Nel contesto degli interventi farmacologici, gli infermieri giocano un ruolo fondamentale nella somministrazione, nella gestione e nell'educazione all'assunzione della terapia farmacologica, per garantire il monitoraggio regolare del paziente e l'identificazione tempestiva di effetti collaterali o interazioni. La comunicazione aperta tra il personale infermieristico, i medici e i pazienti è essenziale per il successo di questo approccio terapeutico.

Per quanto riguarda gli interventi complementari, gli infermieri dovrebbero essere consapevoli delle opzioni disponibili e incoraggiare i pazienti a esplorare queste terapie in modo sicuro. La formazione infermieristica dovrebbe includere una comprensione delle terapie complementari e della loro integrazione nella pratica clinica.

Gli infermieri devono anche fornire supporto emotivo ai pazienti, incoraggiandoli a condividere le proprie preoccupazioni ed emozioni. La creazione di un ambiente di cura empatico e di sostegno può contribuire al benessere emotivo dei pazienti.

Inoltre, gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'educazione sulle strategie di coping e nel monitoraggio dei progressi nel corso del trattamento.

In generale, questo studio enfatizza l'importanza dell'approccio multidisciplinare e personalizzato nella pratica infermieristica per garantire la gestione efficace dei disturbi emotivi post-ictus. Gli infermieri svolgono un ruolo chiave nel coordinamento e nell'erogazione di questi interventi, contribuendo al benessere emotivo dei pazienti e al loro percorso di recupero.

2.4.4 Conclusioni

La presente tesi si è concentrata sull'importante argomento della gestione dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus, esaminando una serie di interventi multidimensionali che possono migliorare il benessere psicologico e promuovere il recupero completo.

Attraverso la raccolta, l'analisi e la discussione dei dati provenienti da ricerche e studi clinici, è emerso un quadro complesso e articolato delle sfide e delle opportunità legate a quest'area critica della cura dei pazienti.

Una delle conclusioni più significative riguarda l'importanza del coinvolgimento del caregiver nella cura dei pazienti. I dati raccolti dimostrano che un caregiver adeguatamente coinvolto può svolgere un ruolo fondamentale nella gestione dei disturbi emotivi, fornendo supporto emotivo, aiuto nella gestione delle attività di vita quotidiana e contribuendo al miglioramento del benessere generale del paziente.

Questo sottolinea la necessità di una prospettiva di cura basata sulla famiglia e di un sostegno adeguato ai caregiver.

Inoltre, gli interventi psicologici e psicosociali si sono rivelati efficaci nel trattamento dei disturbi emotivi post-ictus. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è emersa come un approccio particolarmente efficace, aiutando i pazienti a riconoscere schemi di pensiero negativi, a sviluppare strategie di coping e a migliorare l'umore. Inoltre, il

supporto tra pari, i gruppi di discussione e altre forme di terapia hanno offerto un importante rete di sostegno informale.

Gli interventi farmacologici, in particolare l'uso di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli antidepressivi triciclici (TCA), hanno dimostrato un ruolo significativo nella gestione dei sintomi depressivi e d'ansia post-ictus.

Tuttavia, è essenziale considerare attentamente gli effetti collaterali potenziali e le interazioni con altri farmaci, oltre a condurre valutazioni mediche approfondite per garantire l'idoneità del paziente a questo tipo di trattamento. La combinazione di farmacoterapia con interventi psicologici offre un approccio terapeutico completo che massimizza i benefici.

Infine, gli esercizi complementari, come l'esercizio fisico, l'arteterapia, la musicoterapia, lo storytelling e la biblio/poesia-terapia, hanno offerto modalità alternative di espressione emotiva e migliorato il benessere psicologico dei pazienti.

Questi approcci complementari hanno sottolineato l'importanza dell'individualizzazione del trattamento per rispondere alle esigenze specifiche dei pazienti.

In sintesi, questa tesi sottolinea l'importanza che la gestione dei disturbi emotivi nei pazienti post-ictus richiede un approccio multidisciplinare, personalizzato e centrato sul paziente.

Gli infermieri, insieme ad altri professionisti della salute, hanno un ruolo cruciale nella coordinazione e nell'erogazione di questi interventi. Il coinvolgimento del caregiver, gli interventi psicologici e psicosociali, gli interventi farmacologici e gli interventi complementari sono tutti elementi chiave per promuovere un recupero completo e migliorare la qualità della vita dei pazienti post-ictus. La ricerca e la pratica futura dovrebbero concentrarsi sulla continua ottimizzazione di questi

approcci terapeutici per garantire un migliore benessere emotivo in uno dei momenti peggiori della vita dei pazienti, in cui sono sopraffatti dall'impotenza e dalla vulnerabilità di fronte alla malattia, e dai timori e quesiti esistenziali che ne derivano.

II. SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5682

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3092_allegato.pdf

<https://www.humanitas.it/malattie/ictus-cerebrale/>

<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie>

https://siiia.it/per-il-pubblico/ictus/che-cose-ictus/?doing_wp_cron=1699264212.3468849658966064453125#:~:text=Le%20conseguenze%20di%20un%20ictus,di%20linguaggio%20o%20di%20pensiero

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3092_allegato.pdf

<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie#:~:text=In%20Italia%20l'ictus%20%C3%A8,causi%20il%2020%25%20sono%20recidive.>

<https://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia.cfm?p=ictus>

BIBLIOGRAFIA

Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B., & O'Byrne, L. (2018). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1870–1892. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1315181>

Boger, E. J., Demain, S. H., & Latter, S. M. (2015). Stroke self-management: A focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 175–187. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.006>

Cheng, D., Qu, Z., Huang, J., Xiao, Y., Luo, H., & Wang, J. (2015). Motivational interviewing for improving recovery after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011398.pub2>

Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>

Chohan, S., Venkatesh, P., & How, C. (2019). Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. *Singapore Medical Journal*, 60(12), 616–620. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019158>

Clarke, D. J. (2014). Nursing practice in stroke rehabilitation: Systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1201–1226. <https://doi.org/10.1111/jocn.12334>

Das, J., & G.K., R. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 104–114. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005>

Ellis, G., Mant, J., Langhorne, P., Dennis, M., & Winner, S. (2010). Stroke liaison workers for stroke patients and carers: An individual patient data meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(5), CD005066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005066.pub2>

Eum, Y., & Yim, J. (2015). Literature and Art Therapy in Post-Stroke Psychological Disorders. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 17–23. <https://doi.org/10.1620/tjem.235.17>

Forster, A., Brown, L., Smith, J., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001919.pub3>

Gurr, B., & Muelenz, C. (2011). A follow-up study of psychological problems after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(5), 461–469. <https://doi.org/10.1310/tsr1805-461>

Kirkevold, M., Bronken, B. A., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). Promoting psychosocial well-being following a stroke: Developing a theoretically and empirically sound complex intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 386–397. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.006>

Kothari, R., Pancioli, A., Liu, T., Brott, T., & Broderick, J. (1999). Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity. *Annals of Emergency Medicine*, 33(4), 373–378. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(99\)70299-4](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(99)70299-4)

Kwah, L. K., & Diong, J. (2014). National Institutes of Health Stroke Scale

(NIHSS). *Journal of Physiotherapy*, 60(1), 61.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.012>

McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocritical Care*, 30(3), 581–589. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>

Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011>

Mottram, P. G., Wilson, K., Scally, L., & Vassilas, C. (2000). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004853>

Schwertfeger, J. L., Thuente, L., Hung, P., & Larson, S. L. (2020). Post-discharge interventions to enhance coping skills for survivors of stroke and their caregivers: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 18(2), 332–340. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-18-00024>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Van Heugten, C. M., & Wilson, B. A. (2021). Cognition, Emotion and Fatigue Post-stroke. In T. Platz (A c. Di), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp. 219–242). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_12

Van Nimwegen, D., Hjelle, E. G., Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Sveen, U., Hafsteinsdóttir, T., Schoonhoven, L., Visser-Meily, J., & De Man-van Ginkel, J. M. (2023). Interventions for improving psychosocial well-being after stroke: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *142*, 104492. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104492>

Villa, R. F., Ferrari, F., & Moretti, A. (2018). Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*, *184*, 131–144. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.11.005>

Waller, A., Fakes, K., Carey, M., Dizon, J., Parrey, K., Coad, M., & Sanson-Fisher, R. (2023). Quality of life and mood disorders of mild to moderate stroke survivors in the early post-hospital discharge phase: A cross-sectional survey study. *BMC Psychology*, *11*(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01068-8>

Wu, D.-Y., Guo, M., Gao, Y.-S., Kang, Y.-H., Guo, J.-C., Jiang, X.-L., Chen, F., & Liu, T. (2012). Clinical effects of comprehensive therapy of early psychological intervention and rehabilitation training on neurological rehabilitation of patients with acute stroke. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, *5*(11), 914–916. [https://doi.org/10.1016/S1995-7645\(12\)60171-0](https://doi.org/10.1016/S1995-7645(12)60171-0)

