



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE
TERAPEUTICA E NELL'ADERENZA ALLA
TERAPIA DEL PAZIENTE CON DISTURBO
DEPRESSIVO**

Relatore: Prof. De Toni Luca

Laureando: Brusegan Giada

Matricola: 2012562

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Background: L'aderenza del paziente alla terapia farmacologica è un aspetto chiave del successo terapeutico in un contesto clinico. Tuttavia, è documentabile un tasso di abbandono terapeutico frequentemente variabile a seconda della patologia in esame, del profilo di efficacia sicurezza del farmaco e, non ultima, della non corretta comprensione del regime posologico. È essenziale che al paziente, nel momento di dimissione dal reparto, sia spiegata la terapia prescrittagli, illustrandone la posologia, l'orario corretto e gli effetti indesiderati associati all'assunzione e i rischi legati all'abbandono della terapia. Questo studio propone di descrivere l'aderenza alla terapia farmacologica prescritta dal medico alla dimissione nei pazienti affetti da disturbo depressivo, afferenti al reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Dolo. A fronte della terapia prescritta alla dimissione dal reparto, l'aderenza alla stessa verrà verificata al follow-up programmato dieci giorni dopo al Centro di Salute Mentale di afferenza. Verranno inoltre presi in esame i possibili fattori associati alla mancata aderenza alla terapia, quali: la classe farmacologica della terapia, le caratteristiche cliniche e anagrafiche del paziente e dell'infermiere incaricato della comunicazione della terapia.

Obiettivi: Lo scopo dello studio è la caratterizzazione del tasso di abbandono della terapia farmacologica prescritta dal medico alla dimissione nei pazienti affetti da disturbo depressivo, afferenti al reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Dolo. Inoltre, verranno presi in esame i possibili fattori associati alla mancata aderenza. Questo per mettere in luce l'importanza della comunicazione tra infermiere e paziente e, in particolare, del rapporto di fiducia instaurato con il paziente psichiatrico durante la degenza.

Metodi di ricerca: I dati verranno registrati dalla laureanda seguendo una scheda raccolta dati (CRF) appositamente creata. Comprende i dati dei pazienti scelti e i dati degli infermieri che svolgono l'educazione terapeutica alla dimissione. La raccolta dati verrà effettuata attraverso la consultazione della documentazione clinica dei pazienti e l'osservazione diretta

dell'intervento infermieristico al momento della dimissione, rispetto all'educazione sulla terapia prescritta, tra maggio e settembre 2023.

Risultati: 12 pazienti su 48 (25.0%), alla visita di follow-up, riportavano la non aderenza alla terapia prescritta alla dimissione dal Servizio Psichiatrico, rispetto ai pazienti aderenti (N=36). I pazienti non aderenti presentavano un'età inferiore, un livello di istruzione prevalentemente rappresentato dal diploma di scuola secondaria o inferiore (rispettivamente 47.4% vs 75.0%, $P=0.040$) e una maggiore prevalenza di comorbidità/politerapia (rispettivamente: 30.6% vs 0%, $P=0.044$). Nessuna differenza statistica tra i due gruppi era evidenziabile in merito al sesso, durata della patologia, assistenza da parte di un caregiver o CSM, caratteristiche del personale infermieristico (tutti i valori di $P>0.05$).

Conclusioni: Pertanto, le caratteristiche proprie del paziente determinano l'aderenza o la non aderenza alla terapia farmacologica. Perciò, il personale infermieristico deve porre un accento più forte sull'importanza dell'assunzione della terapia ai pazienti più giovani, con un grado di istruzione più bassa, di sesso maschile.

Key Words: therapy adherence, depressive disorder, education therapy

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.3
CAPITOLO I – LA DEPRESSIONE: QUADRO TEORICO.....	pag.5
1.1Definizione.....	pag.5
1.2Epidemiologia.....	pag.6
1.3Eziologia e fattori di rischio.....	pag.9
1.4Diagnosi e sintomatologia.....	pag.11
1.5Trattamento.....	pag.13
CAPITOLO II – ADERENZA TERAPEUTICA.....	pag.19
2.1Definizione.....	pag.19
2.2Ruolo dell’infermiere nella somministrazione della terapia.....	pag.20
2.3Consistenza ed importanza del problema.....	pag.22
2.4Scenario di riferimento.....	pag.23
CAPITOLO III – SCOPO DELLO STUDIO.....	pag.25
3.1Obiettivo.....	pag.25
3.2Quesiti di ricerca.....	pag.25
CAPITOLO IV – MATERIALI E METODI.....	pag.27
4.1Disegno dello studio.....	pag.27
4.2Setting di indagine.....	pag.27
4.3Modalità di raccolta dati.....	pag.27
4.4Strumenti di raccolta dati.....	pag.28
4.5Analisi dei dati.....	pag.29
CAPITOLO V – RISULTATI.....	pag.31

5.1	Descrizione della popolazione studiata.....	pag.31
5.2	Caratteristiche del personale infermieristico.....	pag.32
5.3	Stima dei descrittori indipendenti di aderenza alla terapia.....	pag.33
CAPITOLO VI – DISCUSSIONE.....		pag.35
6.1	Interpretazione dei risultati.....	pag.35
CAPITOLO VII – CONCLUSIONI.....		pag.39
7.1	Implicazioni per la pratica.....	pag.39
BIBLIOGRAFIA		
ALLEGATI		

INTRODUZIONE

Durante il corso dell'Anno Accademico 2022/2023 ho avuto l'opportunità di svolgere il tirocinio formativo del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica presso tre distinti Reparti Assistenziali dell'Ospedale di Dolo (VE), rispettivamente: Medicina Generale, Psichiatria e Rianimazione. Durante il tirocinio presso il Servizio di Psichiatria, ho sviluppato un notevole interesse per gli aspetti farmacologici in ambito psichiatrico, in particolar modo in relazione alle diverse patologie presentate dai pazienti presenti nel reparto.

È di particolare interesse l'evidenza di come i pazienti affetti da disturbo depressivo presentassero un elevato tasso di mancata aderenza alla terapia farmacologica prescritta. La conseguenza diretta di tale fenomeno è rappresentata dall'aumentato rischio di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Da tale osservazione, in collaborazione con il Servizio di Psichiatria dell'Ospedale di Dolo, è nata l'idea di sviluppare uno studio osservazionale con l'obiettivo di indagare la prevalenza della discontinuità terapeutica nei pazienti affetti da disturbo depressivo e dai fattori che possono influenzare tale eventualità. In questo contesto l'infermiere svolge un ruolo chiave partecipando all'adeguata educazione terapeutica del paziente, informandolo degli effetti terapeutici e indesiderati della terapia farmacologica prescritta, illustrando la corretta posologia e i rischi associati alla discontinuità della stessa.

Pertanto, questo studio, si pone l'obiettivo di valutare l'importanza dell'aderenza terapeutica, sia ai fini della stabilizzazione della patologia dei pazienti, sia per scongiurare il rischio di ospedalizzazioni. Inoltre, viene analizzato il ruolo dell'infermiere nell'educazione del paziente, o del caregiver, e delle strategie comunicative utili, al fine di incentivare l'aderenza alla terapia.

CAPITOLO I

DISTRUBO DEPRESSIVO: QUADRO TEORICO

1.1 Definizione

Il termine “depressione” spesso viene utilizzato per indicare diversi disturbi dell’umore, tutti comunemente caratterizzati da tristezza tanto grave o persistente, tale da interferire con il funzionamento e, frequentemente, con l’interesse o il piacere nelle attività.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* classifica i disturbi dell’umore in unipolari e bipolari. Tali disturbi riguardano la sfera emotiva e consistono in periodi prolungati di eccessiva tristezza, gioia eccessiva o entrambe. Tra i disturbi unipolari rientrano (21):

- il disturbo depressivo maggiore;
- il disturbo distimico;
- il disturbo depressivo minore;
- il disturbo depressivo non altrimenti specificato;
- il disturbo ansioso-depressivo misto
- il disturbo disforico premestruale
- il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione fisica
- il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

Pertanto, in questo studio, verrà utilizzato il termine “depressione” o “disturbo depressivo” per comprendere i disturbi unipolari sopra elencati.

La depressione è una malattia cronica diffusa a tutte le età, che può influenzare i pensieri, l’umore e la salute fisica. È caratterizzata da umore basso, mancanza di energia, tristezza, insonnia e incapacità di trarre godimento dalle esperienze quotidiane. Questo disturbo cronico indebolisce sostanzialmente la funzione psicosociale e lavorativa dei pazienti, influenzando i sentimenti dei pazienti, così come la loro percezione di sé e del mondo che li circonda. (2)

1.2 Epidemiologia

I disturbi depressivi possono manifestarsi a qualunque età, ma si sviluppano tipicamente durante la media adolescenza, nei ventenni o nei trentenni. (2)

A livello mondiale, circa 300 milioni di persone sono affette da depressione con una prevalenza che può arrivare a una persona su cinque nella popolazione generale (12). L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), infatti, parla di "malattia del secolo" riferendosi al disturbo depressivo e stigmatizzando la forte prevalenza. Inoltre, dati dell'OMS riportano un rischio di sviluppare almeno un episodio depressivo nel corso della vita pari al 15%. Inoltre, si stima che, su circa un milione di suicidi registrati annualmente a livello globale, circa il 60% trovi origine proprio in un disturbo depressivo. (3)(15)

In Italia, dai dati divulgati dai Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, del 2020-2021 (PASSI), emerge che meno del 7% degli adulti riferisce sintomi depressivi o percepisce il proprio benessere psicologico compromesso per una media di quasi 15 giorni nel mese precedente l'intervista; meno di 2 giorni per le persone senza sintomi depressivi. Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi ha vissuto mediamente 8 giorni in cattive condizioni fisiche e 7 con limitazioni alle abituali attività quotidiane. (16)

Generalmente i sintomi depressivi aumentano con l'avanzare dell'età e sono maggiormente presenti nella popolazione femminile; nelle persone socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche, per precarietà lavorativa o bassa istruzione; in chi vive da solo e fra le persone con una salute cagionevole, affette da una patologia cronica. (16)

Fondamentale è prendere in considerazione la pandemia di COVID-19, la quale ha modificato alcune di queste differenze, esasperandole ma anche determinando nuove vulnerabilità. Negli anni 2020 e 2021 è aumentato ulteriormente il numero di donne che riferiscono sintomi depressivi (da 7,3% nel 2016-2019, all'8,7% nel 2020-2021; mentre resta invariata intorno al 4,5%

quella fra gli uomini). Inoltre, è aumentato anche il rischio di sintomi depressivi fra i più giovani compresi tra 18 e 34 anni d'età (la frequenza di sintomi depressivi fra i 18 e 34 anni passa dal 4,7% del 2016-2019, al 6,7% nel 2020-2021), mentre non si osservano sostanziali differenze fra i 50 e 69 anni, con valori che restano intorno al 7%. (16)

Nella tabella I "*Impatto della pandemia COVID-19*", rilevata dallo studio PASSI (16), vengono riportati i dati relativi ad un'indagine svolta tra il 2020 e il 2021 sul disturbo depressivo nelle diverse regioni d'Italia dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La popolazione di riferimento comprende persone tra 18 e 69 anni d'età, residenti in un Comune dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) e iscritte all'anagrafe, sempre assistiti della medesima ASL.

I differenti item a cui la popolazione intervistata ha risposto riguardano:

- I sintomi della depressione. Indica una persona che, nelle due settimane precedenti l'intervista, ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita quotidiana) in modo duraturo. In base alla durata, in giorni, dei sintomi, viene assegnato un punteggio. Quando la somma dei due punteggi è uguale o superiore a 3, la persona viene considerata affetta da sintomi depressivi (Tabella II).
- Richiesta di aiuto ad altre figure, quali familiari, amici, operatori sanitari, medici, altre figure professionali.
- Numero medio di giorni in cattiva salute fisica
- Numero medio di giorni in cattiva salute psichica
- Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane

Indicatori - PASSI 2020-2021					
	Sintomi di depressione	Richiesta di aiuto	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane *
Abruzzo	7.9	52.4	6.0	9.1	3.9
Basilicata	4.3	62.1	9.1	14.0	9.2
Calabria	4.3	78.5	11.6	15.2	11.5
Campania	7.2	64.9	10.0	12.9	9.7
Emilia Romagna	8.1	59.0	6.5	17.5	4.5
Friuli Venezia Giulia	7.6	67.5	6.1	13.9	3.2
Lazio	6.7	64.1	8.0	14.7	7.0
Liguria	6.9	71.5	8.2	16.8	7.1
Lombardia					
Marche	6.2	55.4	11.1	15.6	5.7
Molise	7.3	52.2	5.9	14.4	5.0
Piemonte	9.0	59.5	7.5	14.1	5.7
Provincia di Bolzano	2.3	84.3	7.8	13.0	6.5
Provincia di Trento	4.9	50.5	7.8	17.5	8.6
Puglia	2.7	72.6	10.6	17.3	10.1
Sardegna	12.0	82.1	5.5	14.8	4.5
Sicilia	6.6	47.5	8.5	12.2	9.3
Toscana	5.1	63.8	6.1	16.6	5.3
Umbria	10.0	70.4	6.2	13.4	5.4
Valle d'Aosta	8.6	47.8	11.3	13.1	8.8
Veneto	6.7	72.8	8.7	17.6	6.5
Italia	6.6	62.8	8.2	14.8	7.0

■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

* Tra le persone con sintomi di depressione

Tabella I. *Impatto della pandemia COVID-19.* (16)

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

Durata in giorni	Punteggio	
	Umore depresso	Anedonia
0 - 1	0	0
2 - 6	1	1
7 - 11	2	2
12 - 14	3	3

Tabella II. *Punteggio attribuito nella valutazione della presenza di sintomi depressivi, nello studio PASSI.*

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

La variabilità regionale non descrive un chiaro gradiente geografico e si osservano prevalenze di sintomi depressivi mediamente più alte nelle regioni settentrionali e minori nelle Regioni del Centro Italia. Tuttavia, non mancano eccezioni e alcune Regioni, come, Molise, Umbria, Campania e Sardegna si caratterizzano per le più alte prevalenze di sintomi depressivi.

Inoltre, emerge che solo il 61% degli intervistati che riferiscono sintomi depressivi ricorrono all'aiuto di qualcuno (16).

1.3 Eziologia e fattori di rischio

Non è ascrivibile una singola causa associata ai disturbi depressivi, in quanto sia i fattori genetici che ambientali contribuiscono nello sviluppo di tale fenomeno.

Alcuni studi individuano l'ereditarietà come una potenziale causa della depressione. Infatti, essa è più frequente tra i familiari di primo grado di pazienti depressi e la concordanza fra gemelli identici è alta. Inoltre, alcuni autori sostengono che i fattori genetici influenzano lo sviluppo di risposte depressive a eventi avversi. (14)

Altre teorie puntano su cause organiche associate a modificazioni nei livelli dei neurotrasmettitori, inclusa una regolazione anomala della trasmissione colinergica, catecolaminergica (noradrenergica o dopaminergica) glutammatergica e serotoninergica (5-idrossitriptamina). La disregolazione neuroendocrina è stata altresì invocata, con particolare enfasi sui tre assi: ipotalamo-ipofisi-surrene, ipotalamo-ipofisi-tiroide e ormone della crescita-ipotalamo-ipofisi. (17)

I fattori psicosociali sembrano assumere importante rilevanza nell'eziologia depressiva: gravi stress esistenziali, in particolare separazioni e perdite, precedono frequentemente episodi di depressione maggiore. I soggetti che riportano un episodio di depressione maggiore sono a maggiore rischio di episodi successivi. In aggiunta i meno resilienti e/o con tendenza ansiosa hanno più probabilità di sviluppare un disturbo depressivo. Tali persone,

spesso, non sviluppano le abilità sociali per adattarsi alle pressioni della vita e la presenza di altri disturbi mentali aumenta i rischi di un disturbo depressivo maggiore. (5)(14)

Il sesso femminile espone il soggetto ad un rischio più alto nello sviluppare un disturbo depressivo, ma nessuna teoria è in grado di spiegarne il motivo. Sono stati così individuati alcuni fattori che contribuiscono alla comparsa di tali disturbi:

- maggiore esposizione o aumentata risposta allo stress quotidiano
- livelli più elevati di monoaminossidasi, l'enzima che degrada i neurotrasmettitori, considerato importante per l'umore
- più alti tassi di disfunzione tiroidea
- cambiamenti endocrini presenti con le mestruazioni e alla menopausa

Alcuni farmaci, come corticosteroidi o i beta-bloccanti; l'abuso di alcune sostanze, come alcol o anfetamine e la loro astinenza possono causare sintomi depressivi e portare allo sviluppo di un disturbo depressivo vero e proprio.

Uno studio pubblicato nel 2017 *dall'American Journal of Geriatric Psychiatry* (5), svolto da ricercatori olandesi hanno analizzato i dati di oltre 2000 adulti partecipanti a due studi a lungo termine su depressione e ansia. Gli autori hanno individuato 19 fattori di rischio per depressione in diverse fasce d'età, comparando le persone che non erano mai state depresse con quelle che si trovavano in questa condizione al momento dello studio. Sono emersi come fattori di rischio presenti in tutte le fasce di età:

- il basso livello di istruzione,
- recenti eventi negativi,
- tratti della personalità,
- funzione sociale ridotta,
- stile di vita scorretto e cattiva.

Tuttavia, vi sono alcuni fattori che sono presenti maggiormente in alcune fasce di età, rispetto ad altre. Per le persone dai 18 ai 39 anni, i fattori associati alla

depressione riguardavano aspetti della salute come sovrappeso, obesità, dolore, abuso infantile e patologia cronica. Per gli ultrasessantenni, un basso reddito rappresenta un rischio maggiore per tale condizione. (5)

1.4 Diagnosi e sintomatologia

La diagnosi dei disturbi depressivi si basa sull'identificazione della sintomatologia. In base ai criteri diagnostici del DSM-5, vengono poste ai soggetti delle domande specifiche a risposta chiusa, che aiutano a determinare se presentano i sintomi necessari per una diagnosi vera e propria. Vengono svolti esami per escludere disturbi fisici che possono causare depressione, come emocromo con formula, elettroliti e ormone stimolante la tiroide (TSH), vitamina B12, e livelli di folati.

La gravità è determinata dal grado di sofferenza, di disabilità e dalla durata dei sintomi. Lo specialista pone quesiti ai pazienti in modo diretto ed empatico, relativamente ad eventuali pensieri e/o progetto finalizzati a fare del male a sé stessi o ad altri, ogni precedente minaccia e/o tentativo di suicidio, e altri fattori di rischio. La presenza di psicosi e catatonia indica una depressione grave; segni melanconici indicano una depressione grave o moderata. Possono incrementare la gravità sia condizioni fisiche concomitanti, sia disturbi da uso di sostanze, che disturbi d'ansia.

Secondo i criteri diagnostici del DSM-V l'episodio depressivo maggiore è rappresentato dal seguente insieme di sintomi considerati unanimemente caratteristici del fenomeno depressivo (22):

- umore depresso per la maggior parte del giorno e quasi ogni giorno;
- marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte, o quasi, le attività;
- significativa perdita o aumento di peso (senza essere a dieta) o di appetito;
- insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;

- faticabilità o mancanza di energia;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi;
- ridotta capacità di pensiero, di concentrazione o indecisione;
- pensieri ricorrenti di morte o tentativi di suicidio o ideazione suicidaria.

Per poter formulare diagnosi di episodio depressivo maggiore è necessario che siano presenti cinque o più dei sintomi descritti per un periodo di due settimane. Non può essere diagnosticata se i sintomi sono dovuti agli effetti fisiologici di sostanze, o di altre condizioni mediche generali, o se sono giustificati da un lutto. I sintomi inoltre devono causare disagio clinicamente significativo con compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Rientra nei disturbi depressivi anche il disturbo distimico, il quale si definisce per la presenza di umore depresso quasi tutti i giorni per un periodo di almeno due anni. Il DSM-V descrive questo disturbo come caratterizzato da almeno due dei seguenti sintomi (22):

- scarso appetito o iperfagia;
- insonnia o ipersonnia;
- scarsa energia o astenia;
- bassa autostima;
- difficoltà di concentrazione o indecisione;
- sentimenti di disperazione.

Per porre diagnosi di disturbo distimico non devono esserci periodi asintomatici superiori ai due mesi e i sintomi non devono essere causati da disturbi psicotici, da sostanze o da condizioni mediche. Particolarmente difficile è la diagnosi differenziale tra disturbo depressivo maggiore e distimico, in quanto i due disturbi condividono sintomi sovrapponibili e le differenze in esordio, gravità, durata e persistenza non sono sempre facilmente valutabili.

Il disturbo depressivo minore viene indicato come un'alterazione dell'umore, caratterizzata dagli stessi sintomi che definiscono l'episodio depressivo

maggiore e dalla stessa durata, ma la diagnosi è sufficiente con solo due sintomi presenti e con una minore compromissione del funzionamento.

Il disturbo ansioso-depressivo misto è caratterizzato da umore disforico persistente o ricorrente della durata di almeno un mese, accompagnata da almeno quattro dei seguenti sintomi (22):

- difficoltà di concentrazione;
- alterazioni del sonno;
- affaticamento o mancanza di energia;
- irritabilità;
- preoccupazione;
- facilità al pianto;
- ipervigilanza;
- previsioni negative;
- disperazione;
- bassa autostima o sentimenti di disprezzo di sé.

Infine, sono disponibili diversi questionari brevi per lo screening della depressione. Sono di aiuto per identificare alcuni sintomi depressivi, ma non possono essere utilizzati come solo elemento diagnostico. Tuttavia, molti di questi strumenti sono utili per identificare le persone a rischio che necessitano di una valutazione più dettagliata. Alcuni degli strumenti di screening più ampiamente utilizzati comprendono il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e il *Beck Depression Inventory* (BDI). (Allegati I e II). (16)

1.5 Trattamento

L'approccio terapeutico alla depressione prevede tre differenti strategie, spesso combinate tra loro:

- il supporto,
- la psicoterapia,
- la terapia farmacologica.

Il supporto.

I pazienti e i loro cari possono essere preoccupati o imbarazzati riguardo all'idea di avere un disturbo mentale; perciò, un adeguato supporto iniziale diviene fondamentale, al fine di conoscere e affrontare la malattia. Il medico inizialmente effettua visite di controllo settimanali, per fornire sostegno e informazioni riguardanti il disturbo e monitorare i progressi. Tali chiarimenti possono avvenire anche telefonicamente con il medico curante.

Essere empatici e chiari con i pazienti e far capire loro che il percorso verso la guarigione spesso è fluttuante, aiuta e migliora l'aderenza terapeutica. Inoltre, è opportuno incoraggiare i pazienti ad aumentare gradualmente semplici attività, come camminare, fare esercizio fisico regolarmente e coltivare relazioni sociali; cercando così di evitare l'autodenigrazione.

Psicoterapia

La psicoterapia, ed in particolare la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia interpersonale, si sono dimostrate molto efficaci nei pazienti con disturbo depressivo maggiore, sia per il trattamento della sintomatologia acuta che per diminuire il rischio di recidive (4).

La terapia cognitivo-comportamentale si concentra sull'impatto che i pensieri disfunzionali attuali del paziente hanno sul comportamento corrente e sul funzionamento futuro. Essa ha, inoltre, lo scopo di valutare, sfidare e modificare le convinzioni disfunzionali del paziente. I terapeuti utilizzano un approccio psicoeducativo e insegnano ai pazienti nuovi modi per affrontare le situazioni stressanti. Dall'altro lato, la terapia interpersonale è un modello psicoterapico proposto nel 1984 dallo psichiatra americano Gerald Klerman. È una psicoterapia limitata nel tempo, di circa 12-16 sedute, basata sulla formulazione e sulla comunicazione di una diagnosi. (13)

È un modello orientato al trattamento di pazienti con specifiche diagnosi psichiatriche e pone al centro della terapia i problemi attuali del soggetto nel suo ambiente e nei suoi rapporti personali, inoltre, si presta a essere integrata con altri tipi di trattamento, in particolare con i farmaci, favorendo così un

nuovo approccio più completo e integrato, in cui clinici con varie competenze collaborano per conseguire obiettivi comuni. (13)

Il modello proposto per comprendere la depressione fa riferimento a tre fattori principali, i quali riguardano la funzione dei sintomi depressivi, le relazioni interpersonali attuali e la struttura di personalità del soggetto. Gli obiettivi del trattamento consistono sia nel miglioramento delle relazioni interpersonali, sia nella riduzione della sintomatologia depressiva. Le tecniche utilizzate nell'approccio interpersonale comprendono l'incoraggiamento dell'affetto, la chiarificazione degli stati emotivi, il confronto con il paziente, l'analisi della comunicazione interpersonale e l'esame delle percezioni e delle aspettative del paziente nei suoi rapporti interpersonali. L'intervento interpersonale, inoltre, pone maggiormente l'accento sulla spontaneità del lavoro terapeutico, sull'importanza del materiale scelto dal paziente e sulla sua capacità di promuovere autonomamente il cambiamento. (23)

Terapia farmacologica

Diverse classi di farmaci possono essere usate per trattare la depressione (8):

- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e vilazodone.
- Modulatori della serotonina (5-HT₂ bloccanti): trazodone e mirtazapina.
- Inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina (SNRI): desvenlafaxina, duloxetina, levomilnacipran, venlafaxina, vortioxetina.
- Inibitore della ricaptazione della noradrenalina-dopamina: bupropione.
- Antidepressivi eterociclici: comprende i triciclici (le amine terziarie amitriptilina e imipramina e i loro metaboliti aminici secondari nortriptilina e desipramina), i triciclici modificati e gli antidepressivi tetraciclici.
- Inibitori delle monoaminossidasi (Anti-MAO): fenelzina, tranilcipromina, selegilina e isocarbossiazide.

A seconda del farmaco utilizzato, possono verificarsi alcuni effetti collaterali (1)(9)(10)(11).

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina possono causare insonnia, disfunzioni sessuali, cefalea, nausea, aumento di peso, sonnolenza nelle prime settimane di trattamento, diarrea. Rare sono le interazioni farmacologiche, tuttavia, fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina possono inibire gli isoenzimi del citocromo P-450 (CYP450), il che può portare a gravi interazioni farmacologiche; ad esempio, inibire il metabolismo di alcuni beta-bloccanti, quali il propranololo e il metoprololo, con la potenziale conseguenza di ipotensione e bradicardia.

I modulatori della serotonina hanno effetti antidepressivi e ansiolitici ma non provocano disfunzioni sessuali. Il trazodone può causare il priapismo, ipotensione ortostatica e sedazione marcata. Per questo viene somministrato in dosaggi che non eccedono i 200 mg/die. La mirtazapina non ha effetti avversi sulla funzione cardiaca, ha un'interazione minima con gli enzimi epatici che metabolizzano i farmaci ed è generalmente ben tollerata, benché determini sedazione e aumento di peso.

Gli effetti collaterali degli inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina sono simili a quella degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, ma durante le prime due settimane la nausea rappresenta il problema maggiore.

Il bupropione è attualmente l'unico farmaco di questa classe. Può causare più frequentemente ipertensione e si associa ad un abbassamento della soglia epilettogena, senza compromissione della sfera sessuale.

Nonostante siano efficaci, gli antidepressivi eterociclici sono attualmente utilizzati di rado in quanto il sovradosaggio causa tossicità a livello cardiaco e a livello del Sistema Nervoso Centrale, con effetti avversi generalmente più marcati rispetto agli altri antidepressivi. I più frequenti comprendono secchezza delle fauci, stipsi, ipotensione e tachicardia. Più raramente essi

possono dare tossicità epatica, crisi epilettiche, delirium, fotosensibilità, nausea ed effetti extrapiramidali.

Gli inibitori delle monoaminossidasi possono provocare disfunzione erettile, ansia, nausea, vertigini, insonnia, edemi declivi e aumento di peso. Non sono più molto utilizzati e sono controindicati in pazienti con ipertensione, epatopatie e nefropatie.

Quando i sintomi sono lievi o di breve durata, questi possono regredire spontaneamente attraverso un supporto generico e la psicoterapia. Mentre nei casi in cui la depressione sia più marcata e grave, l'approccio integrato psicoterapeutico viene preferito.

Il miglioramento può essere evidente da 1 a 4 settimane di trattamento farmacologico. La depressione, particolarmente nei pazienti che hanno avuto più di un episodio, è frequentemente recidivante; perciò, casi gravi richiedono un mantenimento a lungo termine con terapia farmacologica. I pazienti con un'importante ideazione suicidaria, soprattutto quando il supporto familiare è carente, necessitano di un ricovero presso una struttura ospedaliera.

Qualora le cause siano un disturbo organico o tossicità da farmaci, il trattamento è diretto innanzitutto alla risoluzione della causa stessa.

(9)(10)(11)

CAPITOLO II

ADERENZA TERAPEUTICA

2.1 Definizione

Il termine “aderenza terapeutica” viene generalmente utilizzato per definire il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell’assunzione del farmaco, e/o alla procedura medica domiciliare prescritta, per l’intero ciclo di terapia.

L’adesione ha tre componenti: inizio, implementazione e interruzione. Il processo ha inizio con l’avvio del trattamento, quando il paziente assume la prima dose del farmaco prescritto. Il processo continua con l’implementazione del regime posologico, definito come la misura in cui il dosaggio effettivo per un paziente corrisponde al regime posologico prescritto, dall’inizio fino all’assunzione dell’ultima dose. L’interruzione segna la fine della terapia (32).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha indicato l’aderenza terapeutica come “il grado con il quale il comportamento di un soggetto – assumere un farmaco, seguire una dieta e/o modificare il proprio stile di vita – corrisponde a quanto concordato con l’operatore sanitario”. Inoltre, ha posto particolare enfasi sulla necessità di differenziare il termine “adesione” dal termine “compliance”. La differenza fondamentale consiste nel fatto che l’adesione richiede sempre l’accordo del paziente rispetto a quanto gli viene indicato (24)(32). Ciò implica il coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente stesso, alla quale si chiede di aderire alla pianificazione e all’attuazione del trattamento terapeutico, elaborando un consenso basato sull’accordo con il personale sanitario (medico, infermieri e altre figure professionali) (26).

Le relazioni terapeutiche efficaci sono caratterizzate da un’atmosfera nella quale si esplora insieme al paziente ogni possibile modalità di intervento, si negozia il regime terapeutico, si discute dell’adesione ai trattamenti e si

programmano le visite di controllo (25). Quando l'alleanza terapeutica erogata è adeguata, questa influisce in modo positivo sul successo del trattamento terapeutico.

Particolarmente impegnativa risulta la comunicazione con gli adolescenti, in quanto, ad esempio, possono sentirsi costretti dai genitori a sottoporsi ad un trattamento psichiatrico, il quale possono percepire lo stigma. Tuttavia, formare una forte alleanza terapeutica può essere particolarmente importante in questa fascia di età. Molti disturbi di salute mentale iniziano nell'adolescenza e l'ottimizzazione del trattamento in questa fase dello sviluppo può migliorare la prognosi generale. Interagire con empatia e genuinità, utilizzando interventi adeguati allo sviluppo, fornendo opzioni di modalità terapeutica e affrontando il problema dello stigma, può migliorare l'alleanza terapeutica con i pazienti adolescenti (25).

2.2 Ruolo dell'infermiere nella somministrazione della terapia

Secondo l'Articolo 1 del Decreto Ministeriale n.739/94 *Profilo Professionale dell'infermiere*, l'infermiere "è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. [...] e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche." (27)

Nel seguente articolo viene citato il termine "responsabile", il quale indica due tipologie di responsabilità che assume l'infermiere nelle diverse fasi del trattamento farmacologico:

- Responsabilità professionale: garantire al paziente le migliori pratiche assistenziali, in relazione alle proprie competenze e conoscenze (valutazione *ex ante*).
- Responsabilità giuridica: rispondere del proprio operato davanti ad un giudice (valutazione *ex post*). (28)

Pertanto, la somministrazione della terapia è un processo assistenziale in cui l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale ed è responsabile della sua

attuazione. Ciò comporta la presenza di numerosi rischi e, per tale ragione, sono state introdotte 10 raccomandazioni, denominate 10 G (in inglese *10R*), da attuare ogni qual volta l'infermiere si accinge a somministrare dei farmaci (30). Queste hanno lo scopo di diminuire il più possibile la presenza di errori e sono:

1. Giusto paziente: identificare il paziente chiedendo nome, cognome, data di nascita e controllare il braccialetto identificativo.
2. Giusto farmaco: fare attenzione ai farmaci *Look-Alike/Sound-Alike* (LASA), ovvero farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome, nonché per il packaging (29).
3. Giusta dose: controllare il corretto principio attivo e il dosaggio a disposizione del farmaco. Verificare che il dosaggio sia corretto ed appropriato al paziente.
4. Giusto orario: controllare il periodo di tempo che intercorre tra le somministrazioni.
5. Giusta via di somministrazione: controllare che la via di somministrazione prescritta corrisponda a quella indicata per quel farmaco.
6. Giusta informazione e educazione del paziente: informare il paziente sul farmaco da somministrare sugli effetti desiderati e collaterali del farmaco.
7. Giusto rifiuto della terapia: informare il paziente sulle conseguenze di salute che il suo rifiuto alla terapia potrebbe comportare.
8. Giusta conoscenza del farmaco: valutare la sicurezza, la compatibilità e l'appropriatezza del farmaco.
9. Giusta valutazione del paziente: dopo la somministrazione del farmaco il paziente deve essere valutato per rilevarne l'efficacia e/o la comparsa di eventuali effetti collaterali negativi.
10. Giusta documentazione: è fondamentale documentare la somministrazione del farmaco nella cartella clinica del paziente, ma mai farlo prima della somministrazione del farmaco, in quanto l'infermiere ne è responsabile.

2.3 Consistenza ed importanza del problema

La non aderenza ai farmaci prescritti è spesso il principale ostacolo al successo della farmacoterapia nei pazienti. Essa rappresenta un aspetto molto trascurato delle terapie, almeno fino a poco tempo fa, ed è altamente associata ad un aumento della morbilità, della mortalità e dei costi (32). Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie (34).

In particolare, si è riscontrato che i pazienti psichiatrici mancano agli appuntamenti più spesso rispetto ai pazienti afferenti ad altre specialità mediche. Uno studio condotto in Inghilterra ha riportato che il 19,1% delle visite ambulatoriali di psichiatria vengono mediamente perse, rispetto all'11,7% delle altre visite ambulatoriali di assistenza sanitaria. Si stima inoltre che il 31% dei pazienti psichiatrici abbandoni il servizio nel corso di un anno e la scarsa partecipazione agli appuntamenti mancati è strettamente collegata alla mancata aderenza all'assunzione dei farmaci (25).

Da uno studio condotto dal "*College of Health Sciences, University of Ghana*" e dal "*College of Health and Medical Sciences, Haramaya University, Ethiopia*", è emerso che fino a quasi la metà dei pazienti con disturbi psichiatrici gravi non aderiva alla prescrizione di farmaci con attività psicotropa. In particolare, la non aderenza ai farmaci dei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore era addirittura maggiore del 50% (33). Tra le principali cause, il comportamento individuale dei pazienti, la mancanza o lo scarso supporto sociale/familiare, le condizioni cliniche correlate al trattamento e le barriere riscontrate nel sistema sanitario, sembravano influenzare primariamente la non aderenza alla terapia tra i pazienti con disturbi psichiatrici gravi. Diviene, dunque, necessario un intervento integrato in grado di creare un ambiente di supporto per i pazienti e gli operatori sanitari, al fine di ridurre al minimo la non aderenza alla terapia.

La scarsa o mancata aderenza terapeutica rappresenta un problema multifattoriale, al quale concorrono:

- fattori socio-economici (età, grado di istruzione, costo dei farmaci);
- fattori correlati al sistema sanitario (rapporto con il personale sanitario, visite di controllo);
- fattori correlati alla malattia (esordio asintomatico, gravità dei sintomi);
- fattori correlati alla terapia (complessità e durata del trattamento, tipo di formulazione prescritto, possibili effetti collaterali);
- fattori correlati al paziente stesso (decadimento cognitivo, depressione, comprensione della propria malattia).

L'OMS riporta anche l'età come fattore di rischio per la non aderenza al trattamento farmacologico. Infatti, il problema dell'aderenza terapeutica diventa esponenziale tra i soggetti anziani: oltre il 70% non assume regolarmente i farmaci, soprattutto se pazienti cronici o in politerapia (24).

2.4 Scenario di riferimento

Questo studio prevede il coinvolgimento del reparto di Psichiatria di Dolo, della provincia di Venezia, afferente all'Azienda ospedaliera ULSS 3 Serenissima. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la struttura di degenza del Dipartimento di Salute Mentale, destinata al trattamento di patologie acute mentali che necessitano di ricovero. Il reparto è dotato di posti letto in rapporto alla popolazione. Durante la degenza viene effettuata una verifica quotidiana dell'andamento clinico dei ricoverati da parte dell'équipe medico-infermieristica. Vengono garantite la costruzione e la continuità di progetti terapeutici riabilitativi condivisi con i Centri di Salute Mentale (31). Vengono, inoltre, erogate le seguenti prestazioni:

- Attività di consulenza psichiatrica per il Pronto Soccorso
- Valutazioni psichiatriche
- Interventi psicoterapici individuali
- Interventi individualizzati di sostegno psicologico
- Valutazioni psico-diagnostiche di tipo testistico
- Gruppi psicoterapici di gruppo

- Incontri di Psicoeducazione
- Interventi di Arteterapia
- Attività di consulenza psichiatrica per gli altri Reparti dell'Ospedale

È possibile far visita ai pazienti dal lunedì alla domenica, nelle fasce orarie previste. L'orario di ricevimento per colloqui individuali viene concordato con i medici (31).

CAPITOLO III

SCOPO DELLO STUDIO

3.1 Obiettivo

Lo studio si pone l'obiettivo di studiare la caratterizzazione del tasso di abbandono della terapia farmacologica prescritta dal medico alla dimissione nei pazienti affetti da disturbo depressivo afferenti al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale di Dolo, in provincia di Venezia.

Inoltre, verranno presi in esame i possibili fattori associati alla mancata aderenza. Questo per mettere in luce l'importanza della comunicazione tra infermiere e paziente e, in particolare, del rapporto di fiducia instaurato con il paziente psichiatrico durante la degenza.

3.2 Quesiti di ricerca

Lo studio si pone di analizzare i seguenti quesiti:

- Che ruolo ricopre l'infermiere nell'educazione del paziente all'assunzione della terapia?
- Quanti pazienti hanno seguito la terapia spiegata loro dagli infermieri al follow-up?
- Quanto è importante l'esperienza nel reparto di psichiatria per un infermiere al fine di educare efficacemente un paziente all'assunzione della terapia?
- Quanto incide il genere dell'infermiere che esplica al paziente dimesso la terapia da seguire?
- Quanto incide la presenza di un caregiver che supporta il paziente dimesso nella terapia da seguire?

CAPITOLO IV

MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio

Studio di tipo osservazionale retrospettivo su cartelle cliniche

4.2 Setting di indagine

Lo studio si è svolto presso l’Azienda ULSS 3 del Distretto Mirano-Dolo. Sono stati considerati i pazienti con diagnosi di disturbo depressivo afferenti al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’Ospedale di Dolo, Azienda ULSS 3, nel periodo compreso tra maggio e settembre 2023. Sono stati inoltre considerati i dati anagrafici del personale infermieristico del reparto.

4.3 Modalità di raccolta dati

In seguito all’esperienza nel reparto psichiatrico, è stata inizialmente effettuata una ricerca da dati di letteratura per comprendere ed approfondire l’argomento da analizzare. Particolarmente informativi si sono rivelati l’articolo pubblicato dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) “*Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l’uso sicuro ed efficace dei farmaci*” (34) e uno studio condotto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*” (35).

È stata quindi redatta una scheda raccolta dati (CRF), comprendente i dati anagrafici anonimizzati dei pazienti con diagnosi di disturbo depressivo afferenti al Servizio Psichiatrico per i quale fosse nota la partecipazione al follow-up eseguita presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Dolo o di Mirano, prevista dalla normale pratica clinica nella gestione del paziente psichiatrico con diagnosi di disturbo depressivo. Contestualmente, sono stati raccolti i dati anagrafici del personale infermieristico del reparto che svolgono

l'educazione terapeutica alla dimissione. La raccolta dati è stata effettuata attraverso la consultazione delle cartelle cliniche dei pazienti e l'osservazione diretta dell'intervento infermieristico al momento della dimissione, rispetto all'educazione sulla terapia prescritta.

L'indagine è stata approvata da parte degli Organi Dirigenziali del Servizio Psichiatrico dell'Ospedale di Dolo.

4.4 Strumenti di raccolta dati

La scheda CRF comprendeva le seguenti voci riportate nelle cartelle cliniche dei pazienti:

- Dati anagrafici quali: iniziali del paziente, età e sesso;
- Il più alto livello di istruzione conseguito dal paziente tra licenza elementare, media, superiore o laurea universitaria;
- Durata della patologia psichiatrica di disturbo depressivo al paziente dalla data di diagnosi;
- Presenza di comorbidità non psichiatriche, quali alterazioni metaboliche, cardiache, endocrine, ecc.
- Assunzione contestuale di altre terapie farmacologiche per la gestione delle comorbidità non psichiatriche;
- Supporto domiciliare da parte di un caregiver o familiare o assistenza esclusiva presso il Centro di Salute Mentale;
- Continuità nell'assunzione della terapia come dato auto-riportato dal paziente in occasione della visita controllo (follow-up) al CSM, prevista dopo dieci giorni dalla dimissione dal Servizio;
- Dati anagrafici del personale infermieristico coinvolto nell'educazione terapeutica del paziente alla dimissione dal Servizio Psichiatrico di Dolo, quali: le iniziali del nome, il sesso, l'età dell'infermiere e la durata del servizio professionale presso il Servizio Psichiatrico.

4.5. Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati mediante il software specifico SPSS versione 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp). Il confronto delle medie di parametri continui, quali età e durata della terapia, è stato effettuato mediante test t di Student. Il confronto delle frequenze tra parametri categoriali, quali titolo di studio e comorbidità, è stato effettuato mediante Chi-quadrato. La stima dei predittori indipendenti di continuità nell'assunzione della terapia farmacologica è stata effettuata mediante regressione logistica stepwise comprendente sia variabili categoriali che continue. La significatività statistica veniva considerata per valori di $p < 0.05$.

CAPITOLO V

RISULTATI

5.1 Descrizione della popolazione studiata

Nel periodo di osservazione maggio-settembre 2023, sono stati reclutati retrospettivamente 48 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo afferenti al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Dolo, le cui caratteristiche sono descritte in Tabella III.

Parametro	Totale dei Pazienti (N=48)	Pazienti aderenti (N=36)	Pazienti NON-aderenti (N=12)	P-value
Età (anni)	47.7±17.4	51.5±16.2	36.0±16.0	0.006
Sesso:				
Maschi	28 (58.3%)	18 (50.0%)	10 (83.3%)	0,051
Femmine	20 (41.7%)	18 (50.0%)	2 (16.7%)	
Durata Patologia (anni)	7.4±6.7	8.4±7.2	4.2±3.3	0.056
Livello Istruzione:				
Primaria	5 (10.4%)	5 (13.9%)	0 (0%)	
Secondaria	21 (43.8%)	12 (33.3%)	9 (75.0%)	0.040
Superiore	20 (41.7%)	18 (50.0%)	2 (16.7%)	
Universitaria	2 (4.2%)	1 (2.8%)	1 (8.3%)	
Comorbidità	11 (22.9%)	11 (30.6%)	0 (0%)	0.044
Politerapia	11 (22.9%)	11 (30.6%)	0 (0%)	0.044
Presenza di Caregiver	17 (35.4%)	13 (33.3%)	4 (33.3%)	1.000
Afferenza al Centro di Salute Mentale	6 (12.5%)	4 (11.1%)	2 (16.7%)	0,631

Tabella III. *Caratteristiche pazienti reclutati con diagnosi di disturbo depressivo*

In generale, veniva riscontrata una distribuzione uniforme dei due generi (58.3% maschi e 41.7% femmine, rispettivamente). La maggioranza dei pazienti reclutati riportava un grado di istruzione inferiore o uguale alla scuola secondaria (54.2%). Il 22.9%, inoltre, riportava la presenza di patologie diverse

rispetto a quella depressiva, per le quali era prevista una terapia farmacologica dedicata. Infine, il 47.9% dei pazienti dichiarava di essere seguito a livello domiciliare da un caregiver o di appoggiarsi al Centro di Salute Mentale locale (34.5% e 12.5%, rispettivamente). Alla dimissione, tutti i pazienti erano soggetti alla prescrizione di una terapia farmacologica per il disturbo depressivo a base di inibitori specifici del re-uptake della serotonina.

È importante sottolineare che 12 pazienti su 48 (25.0%), alla visita di follow-up, riportavano la non aderenza alla terapia prescritta alla dimissione dal Servizio Psichiatrico (Tabella 1). Rispetto ai pazienti che riportavano aderenza (N=36), i pazienti non aderenti presentavano un'età inferiore (rispettivamente: 51.5 ± 16.2 anni vs 36.0 ± 16.0 anni, $P=0.006$), un livello di istruzione prevalentemente rappresentato dal diploma di scuola secondaria o inferiore (rispettivamente 47.4% vs 75.0%, $P=0.040$) e una maggiore prevalenza di comorbidità/politerapia (rispettivamente: 30.6% vs 0%, $P=0.044$).

Nessuna differenza statistica tra i due gruppi era evidenziabile in merito al sesso, durata della patologia e assistenza da parte di un caregiver o CSM.

5.2 Caratteristiche del personale infermieristico

Al fine di valutare il possibile ruolo del personale infermieristico nell'aderenza/non aderenza alla terapia antidepressiva, sono stati analizzati in forma anonima i dati anagrafici degli infermieri professionali coinvolti nella formazione del paziente o caregiver al momento della dimissione. Ogni paziente è stato quindi associato ad un singolo infermiere in modo indipendente e anonimizzato, senza considerare eventuali ridondanze tra infermieri per i diversi pazienti. I dati relativi sesso, età e anzianità di servizio nel Servizio Psichiatrico dell'Ospedale di Dolo dell'infermiere, sono descritti in Tabella IV.

Parametri Valutati	Dati del personale infermieristico Sul totale dei pazienti (N=48)	Dati infermieri associati a pazienti (N=36)	Dati infermieri associati a pazienti NON-aderenti (N=12)	p-value
Età (anni)	43.3±10.9	43.2±	43.5±10.8	0.935
Sesso:				
Maschi	15 (31.2%)	10 (27.8%)	5 (41.7%)	0,476
Femmine	33 (68.8%)	26 (72.2%)	7 (58.3%)	
Anzianità di servizio (anni)	6,7±5.4	6,9±4.7	6.1±4.9	0.667

Tabella IV. *Caratteristiche personale infermieristico dell'SPDC di Dolo.*

A fronte di un'età media del personale infermieristico 43.3±10.9 anni, una rappresentazione del genere femminile pari al 68.8% e un'anzianità di servizio media pari a 6,7±5.4 anni, non veniva evidenziata alcuna differenza significativa dei sopracitati parametri tra i pazienti che riferivano aderenza e non aderenza al follow-up (tutti i valori di P>0.05)

5.3 Stima dei descrittori indipendenti di aderenza alla terapia

Al fine di valutare quale tra le variabili finora considerate possa avere un ruolo predittivo circa l'aderenza o non aderenza alla terapia antidepressiva, è stata effettuata un'analisi di regressione logistica di tipo stepwise. In particolare, è stata valutata la significatività dell'associazione tra la variabile dicotomica aderenza/non-aderenza e le variabili continue età del paziente, durata della patologia, età dell'infermiere, anzianità di servizio dell'infermiere e le variabili categoriali, sesso del paziente, livello di istruzione, comorbidità, assistenza del caregiver/CSM, sesso dell'infermiere (Tabella V).

In un iniziale modello generalizzato, il sesso del paziente, il suo livello di istruzione e la presenza di comorbidità/poli-terapia si sono dimostrati i parametri significativamente associati all'aderenza/non aderenza alla terapia farmacologica al follow-up. In un secondo modello stepwise, nel quale

venivano mantenuti costanti la presenza di comorbidità/politerapia ed età del paziente, l'associazione significativa veniva mantenuta con il grado di istruzione del paziente. In particolare, il grado di istruzione superiore (P=0.022) e universitario (P=0.38) mantenevano un grado di associazione significativo con l'aderenza alla terapia a parità di altri parametri concomitanti.

		Score	P Value
Modello generalizzato	Sesso del paziente	4,114	,043
	Livello di Istruzione	8,305	,040
	Secondaria	1,860	,173
	Superiore	6,349	,012
	Università	4,114	,043
	Durata Patologia	3,700	,054
	Comorbidità/Politerapia	4,757	,029
	Caregiver	,030	,862
	CSM	,254	,614
	Sesso Infermiere)	,808	,369
	Età Infermiere	,007	,933
	Anzianità Infermiere	,194	,659
Modello 2 (Costanti: comorbidità, età del paziente)	Livello di Istruzione	6,042	,110
	Secondaria	,873	,350
	Superiore	5,239	,022
	Università	4,314	,038
	Durata Patologia	1,947	,163
	Caregiver	,250	,617
	CSM	1,242	,265
	Sesso Infermiere)	,431	,512
	Età Infermiere	,317	,573
Anzianità Infermiere	,705	,401	

Tabella V. *Significatività dell'associazione tra la variabile dicotomica aderenza/non-aderenza e le variabili continue e categoriali.*

CAPITOLO VI

DISCUSSIONE

6.1 Interpretazione dei risultati

La scarsa aderenza alle prescrizioni farmacologiche è una delle maggiori cause di mancata efficacia della terapia ed è considerato un rischio clinico per i pazienti, nonché un danno per il sistema sanitario e per la società. Maggiore aderenza terapeutica, infatti, ha come correlati clinici il minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie (34).

In questo processo, l'infermiere presta un supporto chiave al paziente, istruendolo circa l'approccio terapeutico alla propria patologia, supportandolo circa il decorso clinico della stessa, consigliandolo circa le caratteristiche della terapia, in particolare in merito alla posologia e al profilo di efficacia/sicurezza, al fine di massimizzare l'aderenza a quest'ultima. Nel decreto legislativo di recepimento della direttiva 2013/55/UE, viene sottolineato che l'infermiere ha la competenza di orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite (36). Inoltre, l'infermiere ha il dovere di comunicare in modo professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario, al fine di fornire al paziente un'assistenza adeguata e personalizzata sotto ogni aspetto (fisico, psicologico, spirituale, sociale).

In ambito psichiatrico, secondo uno studio condotto dal "College of Health Sciences, University of Ghana" e dal "College of Health and Medical Sciences, Haramaya University, Etiopia", il rischio di mancata aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con disturbi psichiatrici gravi si attesta attorno al 49% (33). In particolare, la mancata aderenza ai farmaci psicotropi per i disturbi depressivi maggiori raggiunge il 50%. Tra i fattori significativamente associati alla non aderenza alla terapia farmacologica emergono: aspetti

personali dei singoli pazienti, la mancanza di supporto sociale e fattori clinici o terapeutici correlati alla malattia (33).

Nel presente studio, che ha visto il reclutamento retrospettivo di 48 dei pazienti coinvolti con diagnosi di disturbo depressivo, il 25% riportava la mancata continuità della terapia farmacologica alla visita di follow-up generalmente condotta a 10-15 giorni dalla dimissione dal Servizio Psichiatrico, presso il CSM locale. È importante notare che all'analisi condotta per identificare i potenziali fattori associati alla discontinuità terapeutica, l'assistenza domiciliare da parte di un caregiver o il supporto esclusivo da parte del CSM locale non comparivano con una significatività statistica. Sebbene non sia stato considerato tra i parametri inclusi nell'analisi, il fatto che a tutti i pazienti venisse prescritta una terapia a base di inibitori specifici del re-uptake della serotonina esclude un verosimile ruolo della classe di farmaci nel determinare il tasso di aderenza alla terapia.

Inoltre, tra i parametri relativi al supporto infermieristico analizzati in questo studio, quali sesso, età anagrafica e anzianità professionale del personale, nessuno appariva significativamente associato alla mancata aderenza alla terapia. Da tale evidenza è possibile dedurre una generale omogeneità del supporto fornito dal personale infermieristico, sia in termini di competenza di quest'ultimo che di efficienza formativa del paziente alla dimissione.

L'aspetto più interessante dei risultati ottenuti è l'associazione significativa tra discontinuità della terapia e sesso dei pazienti, il livello di istruzione e presenza di comorbidità o contestuale assunzione di altre terapie associate a queste ultime. Infatti, è emerso come i pazienti affetti da disturbo depressivo, nella fascia di età più giovane, di sesso maschile e con un basso grado di istruzione secondario o inferiore, presentino un tasso di aderenza alla terapia prescritta rispetto ai pazienti con altre patologie concomitanti, di sesso femminile, e appartenenti ad una fascia d'età più avanzata. Una possibile spiegazione a questa evidenza può essere ricondotta allo stigma percepito dal paziente relativamente alla prescrizione di farmaci per patologie psichiatriche (37).
Credenze sui farmaci in relazione alla malattia o la mancata accettazione di

quest'ultima sono stati frequentemente indicati come motivo di mancata adesione, in particolar modo per le patologie psichiatriche (38)(39)(40)(41). In un contesto personale così delicato, l'età più avanzata e la contestuale assunzione di terapie croniche per altre patologie possono effettivamente aiutare il paziente a superare possibili problemi di accettazione della patologia per apprezzare i vantaggi derivanti dall'assunzione continuativa della terapia.

Pertanto, le caratteristiche del paziente appaiono come i principali fattori che determinano l'aderenza o la non aderenza alla terapia farmacologica. Da tale evidenza emergono possibili spunti di riflessione in ambito clinico. Il personale infermieristico dovrebbe quindi devolvere maggiore attenzione ai pazienti o ai caregiver di pazienti più giovani, con un grado di istruzione più bassa, di sesso maschile, enfatizzando l'importanza della continuità della terapia e la formazione sugli aspetti posologici, al fine di migliorare il percepimento della terapia non legata alla diagnosi di una malattia psichiatrica, ma come strumento per perseguire un miglioramento del proprio stato di salute.

CAPITOLO VII

CONCLUSIONI

7.1 Implicazioni per la pratica

In un lavoro pubblicato su “Cochrane Database of Systematic Reviews” e sul “Database of Abstracts of Review of Effect” i risultati indicano che esistono molti potenziali percorsi per ottimizzare l’uso dei farmaci, implementando così l’aderenza ad essi, tuttavia non validi per ogni patologia. Le strategie che sembrano migliorare l’utilizzo dei farmaci comprendono i programmi di auto-monitoraggio e auto-gestione dei medicinali, mentre sembrano promettenti i regimi semplificati di dosaggio e il coinvolgimento diretto dei farmacisti nella gestione farmacologica (42).

Maggiore attenzione vorrei che venisse posta sulla comprensione delle ragioni per cui un dato farmaco è importante per il benessere del paziente e, quindi, quanto questo acquisisca un ruolo significativo per migliorare la propria qualità di vita. Inoltre, è importante sviluppare un rapporto di fiducia e di dialogo con il paziente e rispondere a qualsiasi dubbio abbia riguardo alla terapia.

Altre azioni possono essere: valutare la complessità del regime terapeutico per ogni paziente e cercare di usare i farmaci una volta al giorno; individuare il regime farmacologico sulla base della percezione della capacità del paziente di pagare e di aderire al protocollo prescritto; dare al paziente un promemoria scritto che elenchi i farmaci, inclusi le modalità e i tempi in cui questi vadano assunti. Vi sono poi in vendita alcuni dispositivi che aiutano il paziente a ricordare quando assumere un farmaco, come gli alert elettronici.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Gill, H., Gill, B., El-Halabi, S., Chen-Li, D., Lipsitz, O., Rosenblat, J. D., Van Rheenen, T. E., Rodrigues, N. B., Mansur, R. B., Majeed, A., Lui, L. M. W., Nasri, F., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2020). Antidepressant Medications and Weight Change: A Narrative Review. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 28(11), 2064–2072. <https://doi.org/10.1002/oby.22969>
- (2) Xu, D., Wang, Y.-L., Wang, K.-T., Wang, Y., Dong, X.-R., Tang, J., & Cui, Y.-L. (2021). A Scientometrics Analysis and Visualization of Depressive Disorder. *Current Neuropharmacology*, 19(6), 766–786. <https://doi.org/10.2174/1570159X18666200905151333>
- (3) <https://www.aifa.gov.it/-/allarme-oms-nel-2020-la-depressione-sara-la-malattia-piu-diffusa#:~:text=L'Organizzazione%20Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0,di%20casi%20di%20malattie%20mentali>
- (4) Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- (5) Schaakxs, R., Comijs, H. C., Mast, R. C. van der, Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Risk Factors for Depression: Differential Across Age? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(9), 966–977. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.04.004>
- (6) Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *The Lancet. Psychiatry*, 7(9), 801–812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)
- (7) Cui, R. (2015). Editorial: A Systematic Review of Depression. *Current Neuropharmacology*, 13(4), 480. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831123535>
- (8) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/antidepressivi>

- (9) Bergfeld, I. O., Mantione, M., Hoogendoorn, M. L. C., Ruhé, H. G., Notten, P., van Laarhoven, J., Visser, I., Figee, M., de Kwaasteniet, B. P., Horst, F., Schene, A. H., van den Munckhof, P., Beute, G., Schuurman, R., & Denys, D. (2016). Deep Brain Stimulation of the Ventral Anterior Limb of the Internal Capsule for Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73(5), 456–464. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0152>
- (10) McIntyre, R. S., Lee, Y., Zhou, A. J., Rosenblat, J. D., Peters, E. M., Lam, R. W., Kennedy, S. H., Rong, C., & Jerrell, J. M. (2017). The Efficacy of Psychostimulants in Major Depressive Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(4), 412–418. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000723>
- (11) Dragioti, E., Solmi, M., Favaro, A., Fusar-Poli, P., Dazzan, P., Thompson, T., Stubbs, B., Firth, J., Fornaro, M., Tsartalis, D., Carvalho, A. F., Vieta, E., McGuire, P., Young, A. H., Shin, J. I., Correll, C. U., & Evangelou, E. (2019). Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. *JAMA Psychiatry*, 76(12), 1241–1255. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2859>
- (12) https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48198#:~:text=Depressione%2C%20I'allarme%20dell',Nessun%20paese%20escluso%20%2D%20Quotidiano%20Sanit%C3%A0&text=24%20febbraio%20%2D%20%22Parliamento%20di%20depressione,nuova%20campagna%20lanciata%20dall'Oms.
- (13) Bellino, S., Bozzatello, P., Grandi, E. D., & Bogetto, F. (2014). La psicoterapia interpersonale: Un modello di intervento per il disturbo borderline di personalità. *Rivista di Psichiatria*, 49(4), 158–163.
- (14) <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-italia>
- (15) <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>
- (16) <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

- (17) Ghasemi, M., Phillips, C., Fahimi, A., McNerney, M. W., & Salehi, A. (2017). Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 80, 555–572. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.002>
- (18) Carpiello, B., Tusconi, M., Zanalda, E., Di Sciascio, G., Di Giannantonio, M., & Executive Committee of The Italian Society of Psychiatry. (2020). Psychiatry during the Covid-19 pandemic: A survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry*, 20(1), 593. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02997-z>
- (19) Balestrieri, M., Rucci, P., Amendola, D., Bonizzoni, M., Cerveri, G., Colli, C., Dragogna, F., Ducci, G., Elmo, M. G., Ghio, L., Grasso, F., Locatelli, C., Mencacci, C., Monaco, L., Nicotra, A., Piccinini, G., Pischiutta, L., Toscano, M., Vaggi, M., ... Bondi, E. (2021). Emergency Psychiatric Consultations During and After the COVID-19 Lockdown in Italy. A Multicentre Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 697058. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.697058>
- (20) <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- (21) Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- (22) American Psychiatric Association, Giuseppe Nicolò, Enrico Pompili (a cura di) (2023), DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- (23) Brakemeier, E.-L., & Frase, L. (2012). Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 Suppl 2, S117-121. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0357-0>
- (24) World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

- (25) Stubbe, D. E. (2018). The Therapeutic Alliance: The Fundamental Element of Psychotherapy. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 16(4), 402–403. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180022>
- (26) Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- (27) D.M. 739 14 settembre 1994, *Profilo Professionale dell'Infermiere*
- (28) Opi Ferrara, (2020), *La Somministrazione dei farmaci: per un aggiornamento che parte dalla pratica* [file PDF]. <https://www.opiferrara.it/wp-content/uploads/2020/02/La-somministrazione-dei-farmaci.-Gianesini-Gloria..pdf>
- (29) <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=2459&area=qualita&menu=sicurezzaCure/terapie>
- (30) Edwards, S., & Axe, S. (2015). The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*, 13(8), 398–406. <https://doi.org/10.12968/npre.2015.13.8.398>
- (31) <https://www.aulss3.veneto.it/dettaglio/contenuto/psichiatria-dolo>
- (32) Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>
- (33) Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A

systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9, 17.
<https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>

- (34) <https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>
- (35) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- (36) <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/aderenza-terapeutica/>
- (37) Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clin Psychol Rev*. 2017 Feb;51:75-95. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.009
- (38) Ascher-Svanum, H., Nyhuis, A. W., Stauffer, V., Kinon, B. J., Faries, D. E., Phillips, G. A., Naber, D. (2010). Reasons for discontinuation and continuation of antipsychotics in the treatment of schizophrenia from patient and clinician perspectives. *Current Medical Research and Opinion*, 26(10), 2403–2410.
- (39) Löffler, W., Kilian, R., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36(3), 105–112.
- (40) Moritz, S., Peters, M. J., Karow, A., Deljkovic, A., Tonn, P., & Naber, D. (2009). Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and nonschizophrenia patients. *Mental Illness*, 1(1), 2.
- (41) Sapa, M., Weiden, P. J., Schooler, N. R., Sunakawa-McMillan, A., Uzenoff, S., & Burkholder, P. (2014). Reasons for adherence and nonadherence: A pilot study comparing first and multi-episode schizophrenia patients. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(4), 199–206.
- (42) Ryan, R. E., Santesso, N., Lowe, D., Hill, S., Grimshaw, J. M., Pictor, M., Kaufman, C., Cowie, G., & Taylor, M. (2014). Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: An overview

of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.
doi: 10.1002/14651858.CD007768.pub3

ALLEGATI

ALLEGATI

Allegato I: PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

PHQ-9 è uno strumento utilizzato per screening, diagnosi, monitoraggio e misura della condizione di depressione. È completato dal paziente in pochi minuti e il punteggio calcolato dal medico. PHQ-9 può essere somministrato ripetutamente allo scopo di misurare il trend della depressione sotto terapia.

Nelle ultime due settimane, quanto spesso sei stato disturbato da qualcuno dei seguenti problemi?	Mai	Qualche giorno	Più della ½ dei giorni	Quasi tutti i giorni
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
Sentirsi "giù", di cattivo umore, disperato	0	1	2	3
Soffrire d'insonnia o dormire troppo	0	1	2	3
Sentirsi stanco o con poche energie	0	1	2	3
Avere scarso appetito o perso peso o essere bulimico	0	1	2	3
Sentirsi contrariato, "un fallito", lasciarsi andare o sentirsi abbandonato dalla famiglia	0	1	2	3
Difficoltà nel concentrarsi sulle cose, per es. nel leggere il giornale o nel guardare la TV	0	1	2	3
Muoversi o parlare lentamente tanto da non essere compreso da altri. Oppure, sentirsi agitato e muoversi più del solito	0	1	2	3
Pensare che sarebbe meglio morire o ferirsi in qualche modo	0	1	2	3
TOTALE				

In presenza di qualcuno dei problemi sopra descritti, quanto la loro presenza ha reso difficile il tuo lavoro, l'aver cura della tua casa o lo stare con altre persone?

☐ Nessuna difficoltà; ☐ Qualche difficoltà; ☐ Molto difficile; ☐ Estremamente difficile

<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>

Interpretazione dei risultati:

Punteggio	Diagnosi provvisoria	Raccomandazioni/Trattamento
5-9	Sintomi minimi	Supporto. Follow up mensile e/o su richiesta
10-14	-Depressione minore -Distimia -Depressione maggiore lieve	Supporto, monitoraggio Antidepressivi o psicoterapia Antidepressivi o psicoterapia
15-19	Depressione maggiore, moderatamente severa	Antidepressivi o psicoterapia
>20	Depressione maggiore severa	Antidepressivi e psicoterapia

<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>

Allegato II: BECK INVENTORY SCALE (BDI)

Nel questionario che segue troverà dei gruppi di affermazioni. Legga attentamente un gruppo per volta. Scelga da ciascun gruppo l'affermazione che meglio di tutte le altre descrive come si è sentita/o durante la scorsa settimana, escluso oggi (tracci un cerchietto attorno al numero a sinistra della affermazione. Se le sembra che diverse affermazioni dello stesso gruppo la descrivano bene, faccia pure più di un cerchietto). È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1. 0 Non mi sento triste; 1 Mi sento triste; 2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire; 3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo.
2. 0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro; 1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro; 2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere; 3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare.
3. 0 Non mi sento una/un fallita/o; 1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente; 2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti; 3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.
4. 0 Traggo dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto; 1 Non mi godo le cose come facevo un tempo; 2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla; 3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto.
5. 0 Non mi sento particolarmente in colpa; 1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo; 2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo; 3 Mi sento in colpa sempre.
6. 0 Non ho la sensazione di essere punita/o; 1 Sento che non posso essere punita/o; 2 Mi sento di essere punita/o; 3 Ho la sensazione di essere punita/o.
7. 0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o; 1 Mi sento delusa/o da me stessa/o; 2 Sono disgustata/o da me stessa/o; 3 Odio me stessa/o.

8. 0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri; 1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori; 2 Mi accuso sempre per i miei errori; 3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono.
9. 0 Non penso mai ad uccidermi; 1 Mi piacerebbe uccidermi; 3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione.
10. 0 Non piango più del solito; 1 Ora piango più che in passato; 2 Ora piango continuamente; 3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio.
11. 0 Non sono più irritata/o del solito; 1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo; 2 Mi sento continuamente irritata/o; 3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano.
12. 0 Non ho perso interesse per le altre persone; 1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone; 2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone; 3 Ho perso completamente interesse per le altre persone.
13. 0 Prendo le decisioni quasi come al solito; 1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato; 2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni; 3 Non riesco più a prendere alcuna decisione.
14. 0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima; 1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole; 2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto che mi fanno apparire spiacevole; 3 Credo di apparire brutto.
15. 0 Riesco a lavorare quasi come prima; 1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa; 2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa; 3 Non riesco a lavorare per niente.
16. 0 Dormo bene come al solito; 1 Non dormo bene come al solito; 2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi; 3 Mi sveglio molte ore prima del solito.

17. 0 Non mi stanco più del solito; 1 Mi stanco più facilmente di un tempo; 2 Mi stanco non facendo quasi niente; 3 Sono troppo stanca/o per alcunché.
18. 0 Non ho meno appetito del solito; 1 Non ho un buon appetito come una volta; 2 Ora ho molto meno appetito; 3 Ora non ho più appetito per niente.
19. 0 Di recente ho perso poco o niente peso; 1 Di recente ho perso più di due chili; 2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo; 3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo.
20. 0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito; 1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco, o per la stitichezza; 2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici schemi è difficile pensare ad altre cose; 3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro.
21. 0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso; 1 Ho meno interesse di una volta per il sesso; 2 Ho molto meno interesse per il sesso ora; 3 Ho perso completamente interesse per il sesso.

https://repository.niddk.nih.gov/media/studies/cric/Forms/BDI_V1.0.20030618.pdf

Punteggi:

- 1 – 10: questi alti e bassi sono considerati normali
- 11 – 16: disturbi leggeri dell'umore
- 17 – 20: depressione clinica ai limiti
- 21 – 30: depressione moderata
- 31 – 40: depressione severa
- > 40: depressione estrema

https://www.accademiacraniosacrale.it/uploads/D_SCALA%20DELLA%20DEPRESSIONE%20DI%20BECK.pdf

