

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis

Di

Venosa Francisco Arturo

COME RICONOSCERE LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO FRAGILE IN CASA PER ANZIANI: L'ISTITUZIONALIZZAZIONE COME FATTORE DI RISCHIO.

Direttrice di Tesi

Sofia Barca

Anno accademico 2019/2020

Manno, 31 Agosto 2020

ABSTRACT

Obiettivi

Lo scopo di questo lavoro di Bachelor è quello di verificare se una buona presa a carico già al momento dell'ammissione della persona anziana in una casa per anziani, favorisca un miglior outcomes nella sintomatologia depressiva dovuta all'istituzionalizzazione, quali siano i fattori di rischio, quali siano le scale più valide per riscontrare una sintomatologia depressiva in anziani senza deficit cognitivi e quali tecniche farmacologiche/ non farmacologiche siano più efficaci nel migliorare il benessere psicologico del paziente.

Metodo

Per questo lavoro di Bachelor la ricerca infermieristica che viene utilizzata è la revisione della letteratura. Questo disegno di ricerca si avvale principalmente di fonti primarie, cioè studi i quali autori sono gli stessi che hanno condotto lo studio e della lettura anche di fonti secondarie, descrizioni degli studi fatti da altri autori. Sono stati selezionati 51 articoli: 20 sono stati ritenuti adeguati a descrivere con significatività i risultati ottenuti, 12 sono stati ritenuti di supporto alla tesi finale, mentre per i rimanenti 13 articoli, alcuni erano inadeguati al disegno di ricerca, altri non mostravano risultati significativamente validi ed infine, 6 non è stato possibile recuperarli dalle banche dati precedentemente selezionate.

Risultati

I risultati ottenuti da questo lavoro di Bachelor hanno potuto evidenziare attraverso dati statisticamente significativi come l'istituzionalizzazione e la fragilità dell'anziano siano fattori predisponenti per la sintomatologia depressiva dell'anziano fragile residente in CPA. Sono stati identificati 6 elementi che permettono all'infermiere di migliorare la presa a carico infermieristica del paziente.

Conclusioni

Una sensibilizzazione alla sindrome depressiva e una formazione di base anche breve agli infermieri sugli strumenti da utilizzare e sulle terapie farmacologiche e non-farmacologiche da poter impiegare, è stato significativamente testato che migliorano gli outcomes depressivi degli anziani fragili residenti in CPA.

INDICE

1.	INTRODUZIONE	5
	1.1 LA SCELTA DEL TEMA	5
	1.2 LA SCELTA DEL PROGETTO	5
	1.3 OBIETTIVO DEL PROGETTO.....	6
2.	PRESENTAZIONE DELLA TEMATICA	6
	2.1 DEFINIZIONE DI “ANZIANO”	6
	2.2 DEFINIZIONE DEL TERMINE “FRAGILITÀ”	7
	2.3 DEFINIZIONE DI “DEPRESSIONE”	7
	2.4 DEPRESSIONE NELL’ANZIANO	7
	2.5 TIPI DI DEPRESSIONE.....	8
	2.5.1 ICD-10	8
	2.5.2 DSM-5.....	10
	2.6 EZIOLOGIA	10
	2.7 FISIOPATOLOGIA.....	11
	2.8 TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE.....	11
	2.8.1 TERAPIA FARMACOLOGICA	12
	2.8.2 PSICO-TERAPIA.....	13
	2.8.2.1. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE	14
	2.9 EPIDEMIOLOGIA	14
	2.10 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE	16
	2.11 SCALE DI VALUTAZIONE DI FRAGILITÀ.....	16
3.	METODOLOGIA.....	17
	3.1 LA RICERCA INFERMIERISTICA	17
	3.2 LA REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	18
	3.3 MOTIVAZIONE DELLA SCELTA METODOLOGICA E DOMANDA DI RICERCA	19

3.4	METODO DI CONDUZIONE DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	19
3.5	RICERCA NELLE BANCHE DATI	21
3.6	PRINCIPI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ARTICOLI.....	21
3.7	ANALISI DEGLI ARTICOLI.....	23
3.8	RISULTATI	26
3.9	DISCUSSIONE	28
4.	LIMITI DELLA RICERCA	29
5.	CONCLUSIONI.....	30
6.	RINGRAZIAMENTI	31
7.	FONTI.....	32
7.1	BIBLIOGRAFIA E LETTERATURA GRIGIA	32
7.2	ARTICOLI SCIENTIFICI	33
7.3	SITOGRAFIA.....	35
7.4	GRAFICI	36
7.5	TABELLE	36
8.	ALLEGATI	37
8.1	SCALE DI VALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE	37
8.2	TABELLE DESCRITTIVE DEGLI ARTICOLI SCIENTIFICI SELEZIONATI	43

1. INTRODUZIONE

In questo lavoro di Bachelor approfondirò il tema della depressione dell'anziano residente in Casa Per Anziani (per comodità, nel testo, sarà abbreviato in CPA), di come comprendere i suoi reali bisogni al fine di poter attuare una migliore assistenza infermieristica già dal momento della sua istituzionalizzazione in CPA.

1.1 LA SCELTA DEL TEMA

Ho scelto di trattare il tema del rischio di depressione nell'anziano residente in CPA in quanto, a partire dal primo anno di SUPSI, durante le lezioni di "Percorsi di lunga durata: cronicità e pianificazione dell'assistenza a lungo termine" ed in seguito anche al secondo anno, nelle lezioni di "percorsi di cura di lunga durata 3: fragilità", il significato di depressione ha acquisito per me sempre più valore.

La motivazione che mi ha spinto a voler trattare la depressione dipende soprattutto dal primo stage che ho svolto in CPA durante il primo anno di SUPSI. In quelle settimane ho potuto comparare la teoria appresa in classe con la pratica quotidiana, del prendersi cura di un residente anziano polimorbido. Durante il primo stage le conoscenze riguardo al concetto di depressione si limitavano alla sola definizione derivante dal DSM-5 (2014), quindi era per me difficoltoso rilevarne la presenza nel residente di cui mi prendevo cura, mentre con il proseguire del percorso di studi ho potuto acquisire e sviluppare il pensiero che la depressione sia una problematica molto vasta, che incide sugli aspetti bio – psico – socio – spirituali del residente; pensiero rafforzato durante le lezioni in classe, dove ho potuto apprendere che la depressione è uno dei cinque pilastri che definiscono la fragilità nell'anziano (Isaacs 1997).

1.2 LA SCELTA DEL PROGETTO

All'inizio della stesura del progetto di Tesi, l'indagine di ricerca infermieristica verteva sulla nozione che la depressione è una potenziale problematica che caratterizza la difficoltà del prendersi cura del paziente anziano residente in CPA (Cherubini, 2006), facendo sorgere in me la curiosità di indagare su quali tecniche venivano messe in atto dagli infermieri diplomati/laureati che già lavorano in un contesto di CPA. Per poter conoscere al meglio la realtà attualmente presente in Ticino, era stato scelto come studio, la ricerca qualitativa che si avvaleva di un'intervista semi – strutturata somministrata agli infermieri diplomati/laureati che già lavoravano in CPA. A causa del manifestarsi della pandemia COVID – 19 e delle relative restrizioni in campo di distanziamento sociale (Lewnard et al., 2020), il progetto di ricerca qualitativo è stato interrotto. A tal motivo la scelta del progetto è ricaduta sulla revisione della letteratura con lo scopo di approfondire quanto l'istituzionalizzazione in CPA sia un fattore di rischio per la depressione, confrontando gli anziani già residenti in CPA con gli anziani attualmente residenti al loro domicilio.

1.3 OBIETTIVO DEL PROGETTO

Gli obiettivi che questo lavoro di Bachelor può offrire a livello di ricerca sono:

- Comprensione della definizione della depressione attraverso ICD – 10 e DSM–5.
- Concezione di depressione dal punto di vista fisiopatologico e comprendere se e come l'istituzionalizzazione sia un fattore di rischio.
- Comprensione delle strategie/ tecniche infermieristiche di presa a carico.
- Comprensione della definizione di anzianità e fragilità.

Mentre gli obiettivi che si intendono raggiungere a livello personale sono:

- Miglior conoscenza dell'utilizzo di banche dati al fine di affinare le competenze nella ricerca scientifica.
- Accrescere il proprio bagaglio personale in modo da poter riconoscere al meglio la depressione e saper utilizzare le scale validate al fine di fornire una miglior presa a carico infermieristica.
- Imparare a mettere in atto nella pratica quotidiana le EBP (Evidence Base Practice) apprese durante lo svolgimento di questo lavoro di Bachelor (Giarelli e Venneri 2009).

2. PRESENTAZIONE DELLA TEMATICA

Per il mio lavoro di Bachelor ho deciso di addentrarmi nell'ambito della psichiatria e più precisamente, l'area di interesse della mia tesi di Bachelor riguarda la depressione, ovvero una patologia che, secondo il Dr. Keck (2017), specialista in psichiatria, è una delle cinque malattie al mondo più frequenti, fattore di rischio per la fragilità dell'anziano, la cui crescita sarà ancora in aumento fino al 2030.

2.1 DEFINIZIONE DI "ANZIANO"

A livello legislativo porre la soglia di Anzianità, dato l'allungamento dell'aspettativa di vita, è difficoltoso. Alcuni statisti e lo stesso Ufficio Federale di Statistica (UFS), hanno proposto che l'attribuzione di anziano non venisse più data in funzione dell'età anagrafica ma in base alla prospettiva di vita (Giudici et al. 2015). Data la mancanza di omogeneità della popolazione anziana e l'impossibilità di oggettivare la prospettiva di vita degli anziani, attualmente, l'unica definizione di anzianità utilizzabile, prevede la distinzione tra terza età e quarta età (Lalivie d'Épinay citata in Giudici et al. 2015). A tal fine, Sbattella e Castelli (2008), hanno cercato di trovare una definizione di anziano, descritta in base all'anagrafica: si può attribuire il termine terza età dal compimento del 60° anno di vita, mentre si entra nella quarta età al compimento dell'80° anno di vita.

Questa difficoltà di trovare un nuovo metodo per descrivere l'anzianità deriva dal fatto che la popolazione presenta polipatologie caratteristiche dell'anziano, come malattie cardiache, vascolari o dementi anche al di sotto dei 60 anni (Giudici et al. 2015).

2.2 DEFINIZIONE DEL TERMINE “FRAGILITÀ”

La fragilità è una condizione tempo-dipendente, in quanto ha una crescita direttamente proporzionale con l'aumento dell'età. L'invecchiamento pone in essere l'insorgere di polipatologie, minor resilienza agli agenti stressogeni, disabilità e un conseguente rischio di istituzionalizzazione (Bavazzano et al. 2016).

La differenza tra un anziano ed un anziano fragile consiste nella modalità che entrambi hanno nel superare le minime avversità (Giudici et al. 2015).

Tra gli indicatori di fragilità Isaacs (1997) indicò la malnutrizione, l'incontinenza, l'immobilità, le cadute, il declino cognitivo e la depressione come fattori di rischio per la fragilità.

2.3 DEFINIZIONE DI “DEPRESSIONE”

Il primo a parlare di depressione fu Ippocrate, che introdusse il termine “melanconia”, concentrandosi oggettivamente sulla clinica del paziente depresso che presentava un eccesso di bile nera. Con il passare del tempo si concentrò sempre più ai sintomi che presentava il paziente e non allo stato interno (Perrella 2006).

Durante l'arco della vita può capitare di essere messi di fronte ad eventi che perturbano più o meno il vivere quotidiano; questi eventi possono essere rappresentati dallo stress degli esami, dalla perdita del lavoro o anche dalla perdita di una persona cara. Quando si riesce a far fronte a questi agenti stressogeni (Simonelli e Simonelli 2010), senza che questi influiscano sulla percezione che il soggetto ha di se stesso, quest'ultimo non presenta un quadro di depressione.

La depressione viene definita come una situazione clinica, dove si può notare un “flessione del tono dell'umore” che può sfociare nella perdita di interesse, nella scarsa cura di sé fino ad arrivare all'abbassamento del livello di autostima (American Psychiatric Association 2014).

2.4 DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Per quanto riguarda la formulazione di una depressione conclamata per un anziano, senza patologie vascolari che ne provocano una demenza, rimane più difficoltosa rispetto ad un adulto, in quanto l'anziano tende a sottovalutare alcune caratteristiche della depressione, come disturbi del sonno, calo della libido, minor capacità di concentrazione e ansia, attribuendole soprattutto all'avanzare dell'età (Bizzini et al 2009). Le caratteristiche definenti per la depressione come tono dell'umore deflesso e perdita degli interessi vengono spesso celati dai pazienti durante i momenti di relazione con i curanti (Perrella 2006).

Utilizzando le scale che verranno indicate nei capitoli successivi, è possibile diagnosticare la depressione nell'anziano. Questo è possibile in quanto la sintomatologia descritta dal paziente è una condizione necessaria per effettuare un presa a carico ma non sufficiente per eseguire un assessment completo dal quale attraverso indagini anche a livello cognitivo ed un colloquio più approfondito, risalterà il quadro diagnostico di depressione (Koehler et al. 2005).

2.5 TIPI DI DEPRESSIONE

Con il solo termine di "depressione" si indica un gruppo in generale di disturbi dell'umore. Per poter essere più specifici, i disturbi depressivi sono stati classificati tramite due strumenti:

- ICD – 10
- DSM – 5

2.5.1 ICD-10

L'ICD-10 (International Classification of Disease) è uno strumento creato per poter classificare a livello internazionale le malattie e i problemi sanitari correlati (Organizzazione Mondiale Della Sanità 1996).

Questo strumento classifica i disordini affettivi, classificandoli come segue:

- **F30 EPISODIO MANIACALE: (singolo episodio)**
 - F30.0 IPOMANIA: disordine caratterizzato da un lieve aumento del tono dell'umore
 - F30.1 MANIA SENZA SINTOMI PSICOTICI: il soggetto si presenta troppo euforico rispetto alla situazione
 - F30.2 MANIA CON SINTOMI PSICOTICI: oltre all'euforia il soggetto presenta deliri e allucinazioni, la maggior parte delle volte uditive.
 - F30.8 ALTRI EPISODI MANIACALI
 - F30.9 EPISODIO MANIACALE NON SPECIFICATO
- **F31 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE: (due o più episodi)**
 - F31.0 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO IPOMANIACALE IN CORSO: il soggetto si presenta ipomaniaco
 - F31.1 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO MANIACALE, SENZA SINTOMI PSICOTICI: il soggetto si presenta in mania
 - F31.2 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, ATTUALE EPISODIO MANIACALE CON SINTOMI PSICOTICI: il soggetto è in mania e presenta sintomi psicotici
 - F31.3 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO ATTUALE DEPRESSIONE LIEVE O MODERATA: il soggetto presenta un episodio depressivo di entità lieve/moderata
 - F31.4 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO ATTUALE DEPRESSIONE GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI: soggetto presenta un episodio depressivo di entità grave senza sintomi psicotici

- F31.5 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO ATTUALE GRAVE DEPRESSIONE CON SINTOMI PSICOTICI: soggetto presenta un episodio depressivo di entità grave con sintomi psicotici
 - F31.6 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, EPISODIO ATTUALMENTE MISTO: il soggetto alterna episodi maniacali con episodi depressivi con evoluzione rapida
 - F31.7 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE ATTUALMENTE IN REMISSIONE: il soggetto da diverso tempo non manifesta disturbi dell'umore
 - F31.8 ALTRI DISTURBI AFFETTIVI BIPOLARI
 - F31.9 DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE, NON SPECIFICATO
- **F32 EPISODIO DEPRESSIVO (singolo episodio)**
 - F32.0 EPISODIO LIEVEMENTE DEPRESSIVO: umore deflesso ma ciò non influisce sulle sue attività
 - F32.1 EPISODIO DEPRESSIVO MODERATO: la depressione influisce sulle attività svolte dal soggetto
 - F32.2 EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI: in questo caso possono presentarsi idee suicidarie
 - F32.3 EPISODIO DEPRESSIVO GRAVE CONSINTOMI PSICOTICI: in questo caso possono presentarsi deliri, allucinazioni con costante pericolo di vita a causa di idee suicidarie
 - F32.8 ALTRI EPISODI DEPRESSIVI
 - F32.9 EPISODIO DEPRESSIVO, NON SPECIFICATO
 - **F33 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE (episodi ricorrenti)**
 - F33.0 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, EPISODIO CORRENTE LIEVE
 - F33.1 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE MODERATO
 - F33.2 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, EPISODIO ATTUALMENTE GRAVE SENZA SINTOMI PSICOTICI
 - F33.3 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, EPISODIO ATTUALE GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI
 - F33.4 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, ATTUALMENTE IN REMISSIONE
 - F33.8 ALTRI DISTURBI DEPRESSIVI RICORRENTI
 - F33.9 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE, NON SPECIFICATO
 - **F34 DISTURBI PERSISTENTI DELL'UMORE**
 - F34.0 CICLOTIMIA: il soggetto ha sbalzi d'umore che passano dalla lieve euforia ad episodi depressivi, ma in entrambi i casi, i disturbi sono di entità non sufficiente per proclamare la diagnosi di disturbo affettivo bipolare o depressivo ricorrente
 - F34.1 DISTIMIA: il soggetto si trova in una condizione depressiva cronica da molti anni, ma questa condizione non è sufficiente da poter diagnosticare un disturbo depressivo grave
 - F34.8 ALTRI DISTURBI DELL'UMORE PERSISTENTI
 - F34.9 DISTURBO PERSISTENTE DELL'UMORE, NON SPECIFICATO
 - **F38 ALTRI DISTURBI DELL'UMORE**
 - F38.0 ALTRI SINGOLI DISTURBI DELL'UMORE
 - F38.1 ALTRI DISTURBI DELL'UMORE RICORRENTI

- F38.8 ALTRI DISTURBI DELL'UMORE SPECIFICATI
- **F39 DISTURBI DELL'UMORE NON SPECIFICATO**
(Organizzazione Mondiale Della Sanità 1996)

2.5.2 DSM-5

Il DSM-5 (Diagnostic And Statistic manual), si basa prevalentemente sulla raccolta di dati obiettivi, segni e sintomi tipici di un determinato disturbo ed accompagnata da una buona anamnesi è in grado di poter attribuire una chiara diagnosi che può essere osservabile anche da altri operatori, basandosi sulla sintomatologia del soggetto.

Il DSM-5 edizione del 2014 non si avvale più del sistema di categorizzazione che veniva utilizzato nel DSM-IV, ma si avvale di specifici indicatori che si basano su una determinata caratteristica presentata da quel disturbo, come ad esempio la durata dei sintomi o la frequenza, in modo tale da poter delineare un gruppo omogeneo di soggetti che condividono le stesse caratteristiche sintomatologiche.

Nel DSM-5 è possibile applicare i codici ICD-10 (descritti sopra), nel caso non vi sia un codice ICD vuol dire che quel dato disturbo non è possibile associarlo al manuale diagnostico.

I disturbi depressivi nel DSM-5 sono suddivisi:

- In base ai sintomi:
 - Depressione maggiore
 - Distimia (disturbo depressivo persistente)
 - Altro disturbo depressivo specificato/non specificato
 - In base all'eziologia
 - Disturbo disforico premestruale
 - Disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica
 - Disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci
- (American Psychiatric Association 2014)

2.6 EZIOLOGIA

A tutt'oggi la causa specifica della depressione non è ancora ben nota, si presuppone che le cause di tale patologia si possano ricondurre a quattro specifici fattori:

- **FATTORE BIOLOGICO:** in questa categoria è possibile riscontrare come a livello dei neurotrasmettitori, noradrenalina e soprattutto serotonina, la loro diminuzione fa in modo che il tono dell'umore sia deflesso
- **FATTORE PSICOSOCIALE:** in questa categoria è possibile riscontrare come le persone più soggette ad episodi depressivi siano le persone, sia con carico allostatico grave, sia coloro che, come descritto precedentemente, non hanno sviluppato delle strategie di coping, motivo per cui i fattori stressogeni hanno il sopravvento sulle attività svolte dal soggetto inficiandone la qualità di vita (Simonelli e Simonelli 2010).

- **FATTORE AMBIENTALE:** in questa categoria si può annoverare che, l'istituzionalizzazione, come confermato dalle ricerche scientifiche che successivamente verranno esplicitate, è un grande fattore di rischio per la depressione nell'anziano fragile.
- **FATTORE GENETICO:** i figli di persone depresse hanno una percentuale maggiore rispetto agli altri di soffrire in futuro di depressione. In questo caso la depressione non è come una malattia congenita, ciò significa che i figli non necessariamente soffriranno di un episodio depressivo, ma sono esposti maggiormente rispetto al resto della popolazione.

(Leveni et al., 2018)

2.7 FISIOPATOLOGIA

La fisiologia che andrò a trattare per questo lavoro di Bachelor riguarda il SNC (Sistema Nervoso Centrale) e in maniera più specifica, le sinapsi chimiche.

Il sistema nervoso centrale è costituito da milioni di cellule, chiamate neuroni, la cui forma, rispetto alle altre cellule è molto differente. Ogni neurone ha differenti ramificazioni, dove il corpo della cellula è più grande, vi si può trovare il nucleo il quale ha il compito di mantenere la cellula in vita evitandone l'apoptosi; le ramificazioni prendono il nome di dendriti, la parte lunga del dendrita prende il nome di assone mentre la parte finale prende il nome di bottone sinaptico, dove avvengono le sinapsi. Le sinapsi possono essere di due differenti tipi: elettriche o chimiche: quelle elettriche, dove avviene connessione tra i neuroni e chimiche che avvengono tramite scambi chimici dei neurotrasmettitori (Tortora e Derrickson 2015).

La depressione, come descritto precedentemente, ha come segno patologico quello della mancanza di neurotrasmettitori che permettono il passaggio di informazioni. I neurotrasmettitori che maggiormente competono nella teoria monoamminodopaminergica della depressione sono la noradrenalina, dopamina e serotonina e la loro diminuzione rende più deboli le sinapsi chimiche (Perrella 2006).

2.8 TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

Le strategie terapeutiche mediche fino ad ora approvate si suddividono, come studiato da Nieddu A. (2007), in tre fasi: una fase di inizio dove si cerca di ridurre la sintomatologia depressiva, una seconda fase di continuazione dove si tenta di prevenire le ricadute ed infine la terza fase dove si cerca di mantenere un equilibrio e di evitare eventuali depressioni.

Secondo Amore M. (1997) se per un giovane adulto le fasi appena proposte possono ridurre il numero di ricadute, per un anziano tamponano temporaneamente la problematica e ciò è notevole dal tasso di ricaduta entro i due anni e dalla percentuale di cronicizzazione presentati nella seguente tabella:

Grafico 1: Durata degli episodi depressivi

	Adulto Giovane	Anziano
Durata degli episodi depressivi	4-5 mesi	12-48 mesi
Tasso di ricaduta entro 2 anni dal 1° episodio	30-40%	70%
Tasso di cronicizzazione	10%	25%

Amore M. Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di
Psichiatria, Università di Parma

(Nieddu et al., pag. 153)

In questo caso, nel giovane adulto verrebbe prescritta della psicoterapia e poi in aggiunta a questo trattamento verrebbe eventualmente prescritta anche una farmacoterapia, ma nel caso dell'anziano questa seconda opzione non è molto seguita dai medici geriatrici in quanto l'assunzione di farmaci, significa eseguire un follow up molto più costante con un relativo aumento dei costi della spesa sanitaria e a tale proposito, vengono proposte differenti psicoterapie: la psicoterapia comportamentale, quella familiare, dove vengono coinvolti anche i familiari del residente, e la psicoterapia cognitiva (Perrella 2006).

2.8.1 TERAPIA FARMACOLOGICA

La terapia farmacologica prescritta per la depressione fa utilizzo della classe degli psicofarmaci, i cosiddetti antidepressivi la cui funzione è quella di riequilibrare, a livello chimico, le molecole, in questo specifico caso, dei neurotrasmettitori (Leveni et al. 2018).

Gli antidepressivi a seconda della loro composizione veicolano uno dei tre mediatori neuronali coinvolti nelle sinapsi chimiche: la dopamina, la noradrenalina e la serotonina (Perrella 2006).

Il riequilibrio dei neurotrasmettitori non è una reazione veloce ed infatti ci vogliono molte settimane prima che il soggetto possa sentire i veri benefici di queste terapie (Perrella 2006).

I primi farmaci antidepressivi che furono messi in commercio erano gli IMAO (Inibitori delle MonoAmminoOssidasi), farmaco che era precedentemente utilizzato contro la tubercolosi ma data la sua capacità di agire sull'ansia data dalla TBC, venne utilizzato come antidepressivo. Il suo effetto agiva sull'ossidazione delle monoammine rendendo queste più disponibili nelle sinapsi chimiche riflettendosi in modo positivo sul tono dell'umore del soggetto (Perrella 2006).

Questi farmaci vennero sostituiti da altri farmaci a causa dell'effetto collaterale, il quale dava dei picchi pressori parossistici che potevano causare infarti cerebrali (Leveni et al. 2018).

I farmaci che sostituirono gli IMAO sono:

- **ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI:** Questi farmaci prendono il nome dalla loro struttura chimica che presenta una catena carboniosa a tre anelli. Questi farmaci hanno la capacità di inibire il riassorbimento della serotonina e della noradrenalina rendendole più disponibili a livello cerebrale (Leveni et al. 2018).
- **INIBITORI SELETTIVI DEL RIASSORBIMENTO DELLA SEROTONINA (SSRI):** Sono farmaci derivati dai farmaci triciclici, dove vi è stata una modifica chimica che permette di inibire il riassorbimento di una sostanza singola ben definita, in questo caso della serotonina. Sebbene non sono potenti come gli antidepressivi triciclici hanno un buon effetto in molti altri disturbi psicologici (Pinel, 2000).
- **STABILIZZATORI DELL'UMORE:** questi farmaci sono spesso impiegati in campo della depressione nei disturbi bipolari. Il più famoso è il litio, ma a causa della sua tossicità, si utilizzano farmaci che vengono impiegati come antiepilettici, come ad esempio il valproato di sodio e la carbamazepina (Perrella 2006).

2.8.2 PSICO-TERAPIA

Come accennato nell'introduzione della tematica delle terapie per la depressione, il trattamento psicoterapico è il primo intervento che viene messo in atto per la cura della depressione.

La psicoterapia non agisce solo su depressioni di breve durata ma anche su quelle a lunga durata come nel caso della distimia¹ o ciclotimia².

I principali modelli di psicoterapia sono:

- **INTERPERSONALE:** è spesso prescritta a soggetti affetti da depressione maggiore dove i conflitti interpersonali, sono la maggior causa di disturbi affettivi.
- **PSICODINAMICA:** psicoterapia composta da tre fasi, la prima in cui il medico valuta la situazione, la seconda in cui insieme al paziente, si definisce il focus su cui si andrà ad agire ed infine il terzo passaggio si rivaluta il processo già fatto consolidando i successi conseguiti fino a quel momento.
- **FAMILIARE E CONIUGALE:** terapia consigliata nel caso in cui i problemi riguardano la famiglia oppure il proprio matrimonio (Leveni et al. 2018).

¹ DISTIMIA: depressione caratterizzata da sintomi depressivi presenti per lungo tempo ma con gravità inferiori rispetto alla depressione maggiore

² CICLOTIMIA: condizione caratterizzata da una durata di oltre due anni dove vi è un'alternanza tra depressione e ipomania

- **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE:** questa terapia si avvale di due differenti terapie: quella cognitiva, dove al soggetto viene data la capacità di capire la sua condizione, e la terapia comportamentale, terapia che opera sui comportamenti messi in atto dal soggetto nei confronti della sua patologia eliminando i comportamenti erronei (Bizzini et al. 2009).

2.8.2.1. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Ho voluto dedicare un capitolo alla terapia cognitivo-comportamentale in quanto, è una psicoterapia che viene molto spesso utilizzata in ambito psichiatrico e si avvale di alcuni punti specifici, che poi verranno analizzati, che si adeguano molto bene in ambito geriatrico, nello specifico con anziani depressi residenti in CPA.

Come afferma Perris (1990) l'anziano depresso ha un aspetto egocentrico nella sua patologia, tanto da non riuscire a lasciare le proprie preoccupazioni e ascoltare gli altri. È in questo specifico momento che l'ascolto dell'anziano depresso residente in CPA è fondamentale.

La terapia cognitiva-comportamentale si suddivide in due parti: la prima quella cognitiva, che si basa sulla teoria del decentramento, dove l'anziano riesce, con l'aiuto di operatori socio-sanitari, ad uscire dai suoi schemi mentali automatici e vedere la propria patologia da un'altra prospettiva. Il percorso di decentramento prevede inizialmente di vedere i problemi da un altro punto di vista, in seconda fase di non lasciarsi coinvolgere dal primo giudizio, ma di sottoporsi ad una seconda opinione ed infine di riuscire ad avere maggiori punti di vista e coordinarli per avere una visione più completa del problema; la seconda parte, quella comportamentale si basa sulla capacità dell'anziano depresso residente in CPA, di poter svolgere dei piccoli compiti anche autonomamente, in modo da poter rendere più attiva la psicoterapia (Bizzini et al. 2009).

2.9 EPIDEMIOLOGIA

Come affermato dalla lega "alleanza contro la depressione Ticino" (Repubblica e Canton Ticino) nel corso della propria vita 1 persona su 2 soffre di disturbi psichici, tra i quali vi è più frequentemente la depressione, mentre per quanto riguarda l'Europa 1/15 soffre di disturbi depressivi, rapporto che diminuisce in Ticino in quanto dalle ultime analisi, risulta che 1 persona su 10 sia affetta da disturbi depressivi.

La depressione non ha risvolti solo sulla persona ma anche sulla società nella quale essa vive. In Ticino secondo l'Istituto di Medicina Sociale e Preventiva dell'Università di Zurigo (2018) ha affermato che entro il 2030 la sindrome depressiva, in termini di costi sanitari diventerà la quarta malattia più costosa subito dopo le cardiopatie. All'aumento dei costi della sanità sono da aggiungere i costi che deriveranno dall'assistenza sanitaria che dovrà essere erogata.

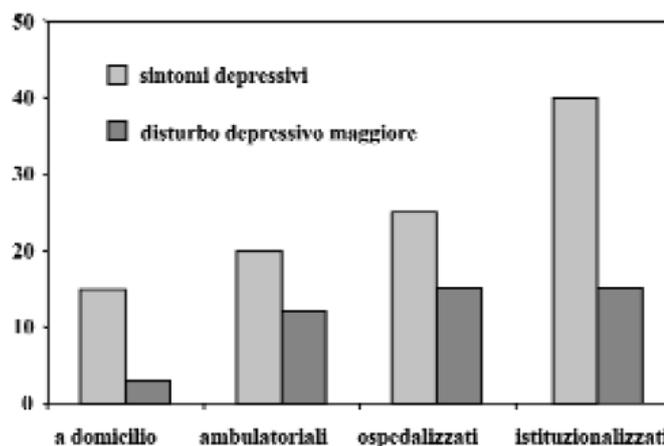
In Ticino, secondo Obsan (2014) quasi il 2% della popolazione ha sofferto di depressione nell'ultimo anno ma non si è sottoposta a trattamenti; questo, associato all'avanzare dell'età, fa in modo di portare questa percentuale ancora più in alto.

Il mio lavoro di Bachelor si focalizza nell'anziano depresso residente in CPA in quanto, sia secondo Isaacs (1997) che descrisse la depressione come uno dei "giganti" della fragilità che contraddistinguevano l'anziano, sia come si evince dallo studio condotto in Ticino, la popolazione in Ticino, entro il 2030 diventerà sempre più anziana (Consiglio Federale 2007); la maggior parte di queste persone farà richiesta di aiuti assistenziali e talune, saranno istituzionalizzate (Giudici et al. 2015).

L'istituzionalizzazione, come afferma Cherubini (2012) nel suo studio, è una fattore che può provocare sintomi depressivi nell'anziano, questa situazione può essere esacerbata successivamente dalla perdita di quei bisogni che Maslow (1965) identificava come i bisogni del sé, dove il paziente si sente autorealizzato e i bisogni sociali di stima e appartenenza sociale. Questi fattori associati alla solitudine che può accompagnare l'anziano appena istituzionalizzato, possono fare in modo di aumentare i casi di depressione. A tale proposito nello studio di Cherubini (2012) è possibile notare attraverso un grafico questa associazione:

Grafico 2: *Epidemiologia della depressione nell'anziano in rapporto alla sede in cui è stata effettuata l'indagine.*

Epidemiologia della depressione nell'anziano in rapporto alla sede in cui è stata effettuata l'indagine⁹.



(Cherubini, 2006, pag. 19)

Secondo lo studio eseguito da Nieddu (2007) la depressione ha una maggior prevalenza nella popolazione anziana, rispetto a quella dell'adulto, con la particolarità che nell'anziano la diagnosi di depressione è molto più difficile da effettuare rispetto che nell'adulto in quanto l'anziano presenta delle polipatologie talvolta così somatiche da nascondere la depressione. È proprio nello studio di Nieddu (2007) che si possono trovare due differenti problematiche di diagnosi: la depressione mascherata, depressione che viene celata dagli altri sintomi, oppure la depressione sotto-soglia cioè quella che non avendo i minimi criteri per essere diagnosticata, viene lasciata latente.

2.10 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE

Fino a questo momento la promulgazione di una diagnosi depressiva, la prescrizione di una terapia psicologica e la somministrazione di interventi psicoterapeutici vengono svolti a carico di medici e operatori sanitari competenti. Il ruolo dell'infermiere è di supportare la psicoterapia anche nelle ADL, in modo da fortificare il percorso terapeutico dell'anziano depresso residente in CPA, e quello di notificare tramite l'utilizzo di scale validate, l'andamento depressivo del residente.

Le scale a tutt'oggi validate sono:

- **Geriatric Depression Scale (GDS):** strumento diagnostico, che venne appositamente inventato da Brink (Yesavage et al. 1982), per poter diagnosticare la depressione nelle persone anziane. Inizialmente era da composto da 30 item che valutavano il comportamento e lo stato cognitivo dell'anziano. Ad oggi è possibile trovare una GDS composta da 4 fino a 15 item. Questo alleggerimento nel numero di item è stato effettuato in modo da poter utilizzare più frequentemente questa scala senza per forza somministrare all'anziano una lunga serie di domande (Koehler et al. 2005).
- **Beck Depression Inventory (BDI):** il BDI venne introdotto da Beck (1961) e consiste in una scala di autovalutazione che il paziente si autosomministra ed è composta da 21 ITEM, successivamente ridotti a 13, ciascuno con 4 livelli di gravità che vanno dal lieve al grave. Il limite di questa scala è quella di non poter fare distinzione tra sintomi patologici e quelli di uno stato depressivo non patologico
- **Hamilton Depression Rating Scale (HDRS):** questa scala di valutazione si avvale di 21 item. Tra le scale proposte è la più completa in quanto va ad indagare tutti i punti descritti dal DSM-5 come fattori necessari per diagnosticare la depressione. L'HDRS così come la BDI ad ogni item ha associato dei livelli che vanno da assente a grave in base alle domande. Facendo il totale dei punti acquisiti, all'aumentare del punteggio aumenta la gravità della depressione.

2.11 SCALE DI VALUTAZIONE DI FRAGILITÀ

Le scale di valutazione di fragilità hanno lo scopo di oggettivare lo status psico – fisico del paziente. La valutazione neuropsicologica prevede l'utilizzo delle seguenti scale (Sbattella e Castelli 2008):

- **MODA:** Milan Overall Dementia Cortical Assessment, strumento utilizzato per indagare una possibile demenza di origine corticale.
- **MDB:** Mental Deterioration Battery, è l'unione di più test diagnostici al fine di valutare lo stato cognitivo del paziente.
- **MMSE:** Mini Mental State Examination, strumento utilizzato per indagare lo stato funzionale e neurocognitivo dei pazienti.
- **IADL:** Instrumental Activities of Daily Living, strumento utilizzato per valutare l'autonomia di un paziente nelle attività di vita quotidiana.

Queste scale, come si evince dallo studio condotto da Freedman et al. (2019), contribuiscono ad una più netta identificazione del grado di fragilità. Ad oggi la scala validata più utilizzata è la Edmonton Frail Scale (Perna et al. 2017) che valuta 9 domini, alcuni composti da una singola domanda altri da due, attribuendo ad ognuna un punteggio da 0 a 2, potendo così rilevare 5 differenti gradi di fragilità:

- Non fragile 0 - 5
- Vulnerabile 6 – 7
- Fragilità lieve 8 – 9
- Fragilità moderata 10 – 11
- Fragilità grave 12 – 17

3. METODOLOGIA

In questo lavoro di Bachelor la metodologia che verrà affrontata è, nello specifico, la metodologia della ricerca infermieristica. Secondo l'International Council of Nurse I.C.N. (2012), la ricerca infermieristica si pone come obiettivo quello di sviluppare conoscenze che hanno come fine quello di migliorare l'assistenza infermieristica. Tale ricerca si basa su delle prove di efficacia (EBP), esse sfruttano le migliori evidenze assistenziali al fine di migliorare la presa a carico del paziente, in base a:

- Quale intervento o terapia otterrà i migliori risultati o eviterà eventi avversi.
- Quali scale validate offrono la miglior valutazione delle condizioni del paziente.
- Prevedere le probabili prognosi in cui incorre il paziente.
- Fattori predisponenti di una data patologia.
- Valutazione esperienze di vita.

(Polit e Beck 2014)

3.1 LA RICERCA INFERMIERISTICA

La ricerca infermieristica tramite EBP si avvale di svariati metodi di ricerca, qui di seguito vengono illustrati tre fondamentali tipi di ricerca di cui si avvalgono gli studenti SUPSI che si stanno per laureare nella formazione di base:

- **REVISIONE DELLA LETTERATURA:** questo tipo di ricerca si pone come scopo quello di porre delle basi per approfondire nuovi studi di ricerca. La revisione della letteratura viene utilizzata per approfondire delle conoscenze o appianare delle lacune.
- **RICERCA QUANTITATIVA:** questo tipo di ricerca si differenzia tra sperimentale, dove, nello studio clinico vengono somministrati farmaci o trattamenti al fine di poter evidenziare se alla fine dello studio il trattamento/farmaco è efficace oppure

no nella cura di una determinata patologia; e non-sperimentale, sono studi osservazionali.

- **RICERCA QUALITATIVA:** nella ricerca qualitativa a differenza di quella quantitativa non si cerca di trovare una causalità, ma di poter spiegare e descrivere un determinato fenomeno. La ricerca qualitativa non si avvale di dati numerici, ma di una narrazione a volte in prima persona di ciò che accade, raccolta tramite un'intervista.

(Polit e Beck 2014)

3.2 LA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Per questo lavoro di Bachelor la ricerca infermieristica che viene utilizzata è la revisione della letteratura. Questo disegno di ricerca si avvale principalmente di fonti primarie, cioè studi i quali autori sono gli stessi che hanno condotto lo studio e della lettura anche di fonti secondarie, descrizioni degli studi fatti da altri autori (Polit e Beck 2014).

Lo scopo della revisione della letteratura nelle cure infermieristiche è quello di fornire delle evidenze scientifiche in modo da poter conoscere l'efficacia di una terapia, di un intervento infermieristico, con il fine di migliorare la presa in cura dei pazienti. Per poter arrivare a dei risultati di efficacia nella revisione della letteratura è fondamentale l'introduzione della domanda di ricerca (PICO), descritta nei capitoli seguenti, con la quale si possono selezionare gli articoli che, attraverso la lettura dell'abstract e attraverso il disegno di ricerca eseguito dai vari ricercatori, sono coerenti e possono essere ritenuti efficaci. Per poter descrivere quale dei vari articoli abbia maggior validità scientifica, a livello mondiale, viene utilizzata una scala gerarchica: quella di seguito descritta, ha le revisioni sistematiche al vertice in quanto si basa sul tipo di quesito che viene indagato e quindi, migliori saranno i risultati ottenuti, migliore sarà l'efficacia di alcuni interventi (Polit e Beck 2014).

Grafico 3: *Scala gerarchica delle evidenze.*



(Polit e Beck, 2014, Pag. 26)

3.3 MOTIVAZIONE DELLA SCELTA METODOLOGICA E DOMANDA DI RICERCA

La metodologia prevista per questo lavoro di Bachelor prevede una revisione della letteratura. Ho scelto questa metodologia di ricerca per poter indagare quanto l'istituzionalizzazione sia un fattore di rischio per la depressione di un anziano residente in CPA rispetto ad un anziano che vive ancora al domicilio. Questo tipo di studio si pone come obiettivo quello di apprendere quali tecniche relazionali, pratiche infermieristiche e scale validate siano disponibili al fine di migliorare la presa a carico infermieristica.

Qui di seguito viene esposto il PICO che mi è stato utile per poter formulare la domanda di ricerca del mio lavoro di Bachelor.

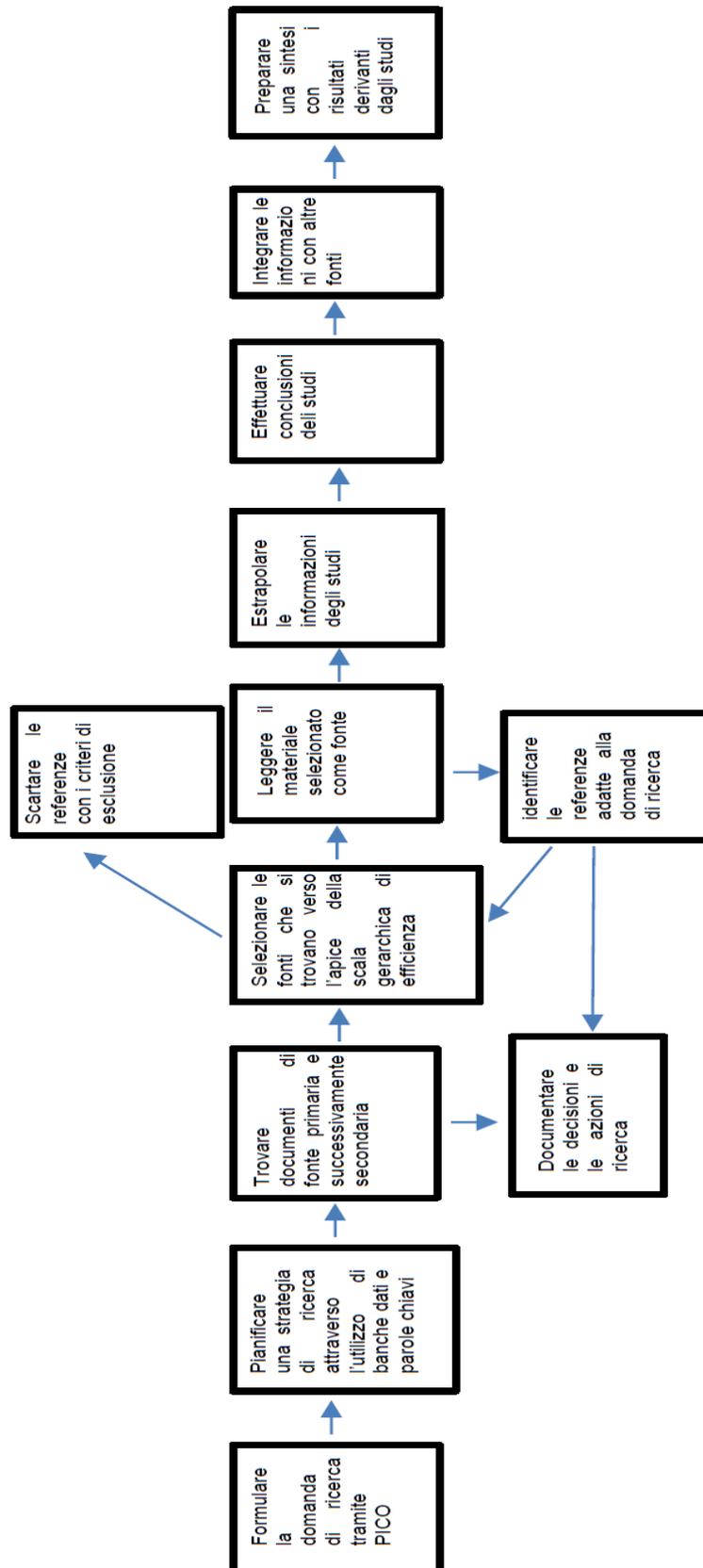
Tabella 1: *Domanda di ricerca.*

P	Infermieri che lavorano in CPA.
I	Utilizzo di scale validate in modo da poter effettuare un miglior assessment all'entrata del paziente in CPA al fine di prevenire la depressione nel paziente istituzionalizzato.
C	Comparazione con le banche dati
O	Riconoscere la sintomatologia depressiva nell'anziano e i fattori predisponenti (ES. fragilità) al fine di ridurre o prevenire la depressione in CPA dopo l'istituzionalizzazione.

3.4 METODO DI CONDUZIONE DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Il metodo utilizzato per poter condurre la revisione della letteratura segue lo schema proposto da Polit (2014). Attraverso la domanda di ricerca è stato formulato un quesito d'indagine, con il quale si è potuto ricercare nelle varie banche dati, gli articoli scientifici, che sono stati poi sottoposti ad una minuziosa selezione trovando gli articoli, personalmente, più adatti. Infine, da queste evidenze scientifiche, si trarranno dei risultati riguardo agli interventi che l'infermiere deve mettere in atto per poter eseguire un buon assessment infermieristico tale da migliorare la presa in cura del paziente.

Grafico 4: Flusso delle attività della revisione della letteratura



(Polit e Beck, 2014, Pag. 123)

Nel grafico appena riportato si possono notare tutte le fasi che hanno caratterizzato la revisione della letteratura di questo lavoro di bachelor.

3.5 RICERCA NELLE BANCHE DATI

In questo capitolo vengono descritte le parole chiave utilizzate per la ricerca di articoli scientifici, gli operatori booleani e le banche dati visitate.

Tabella 2: *Ricerca nelle banche dati*

BANCHE DATI:	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed (Per articoli scientifici) • EBSCO (per scale di valutazione e articoli scientifici a supporto della domanda di ricerca) • Cochrane (per scale di valutazione e articoli scientifici a supporto della domanda di ricerca)
OPERATORI BOOLEANI	<ul style="list-style-type: none"> • È stato scelto di introdurre solo ricerche con AND in modo che tutte le parole chiavi fossero incluse nell'articolo.
PAROLE CHIAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionalisation, Elderly depression, Frailty, Nursing home, Nursing intervention

3.6 PRINCIPI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ARTICOLI

I principi di inclusione ed esclusione riguardano le scelte effettuate prima del cambio di indagine infermieristica, attenendosi quindi all'unico criterio acquisito durante l'indagine qualitativa: includere tutti gli studi che trattano di depressione, fragilità, e pazienti polimorbidi³, ricoverati in case per anziani, escludendo tutti i trattati che includono anziani con diagnosi di demenza o con patologie in stadio avanzato e gli articoli precedenti al 2016. Questi principi di inclusione/esclusione sono stati adottati in modo da potere, attraverso scale validate, come ad esempio la GDS⁴, o l'EFS⁵, eseguire l'assessment infermieristico in modo da non avere interferenze o non poter rilevare dati significativi presenti nelle scale.

Nei seguenti grafici, verranno descritte le fasi centrali del diagramma presentato nel capitolo 3.4. Tramite l'utilizzo di tabelle, verranno descritti il numero di articoli iniziali che, tramite la scelta di introdurre degli indicatori specifici, hanno permesso di diminuire il numero di articoli disponibili e di identificare gli articoli che più corrispondevano alla domanda di ricerca, tralasciando gli articoli al cui interno erano presenti i criteri d'esclusione.

³ Polimorbidi: pazienti con diagnosi di più patologie all'attivo

⁴ GDS: Geriatric Depression Scale

⁵ EFS: Edmonton Frail Scale

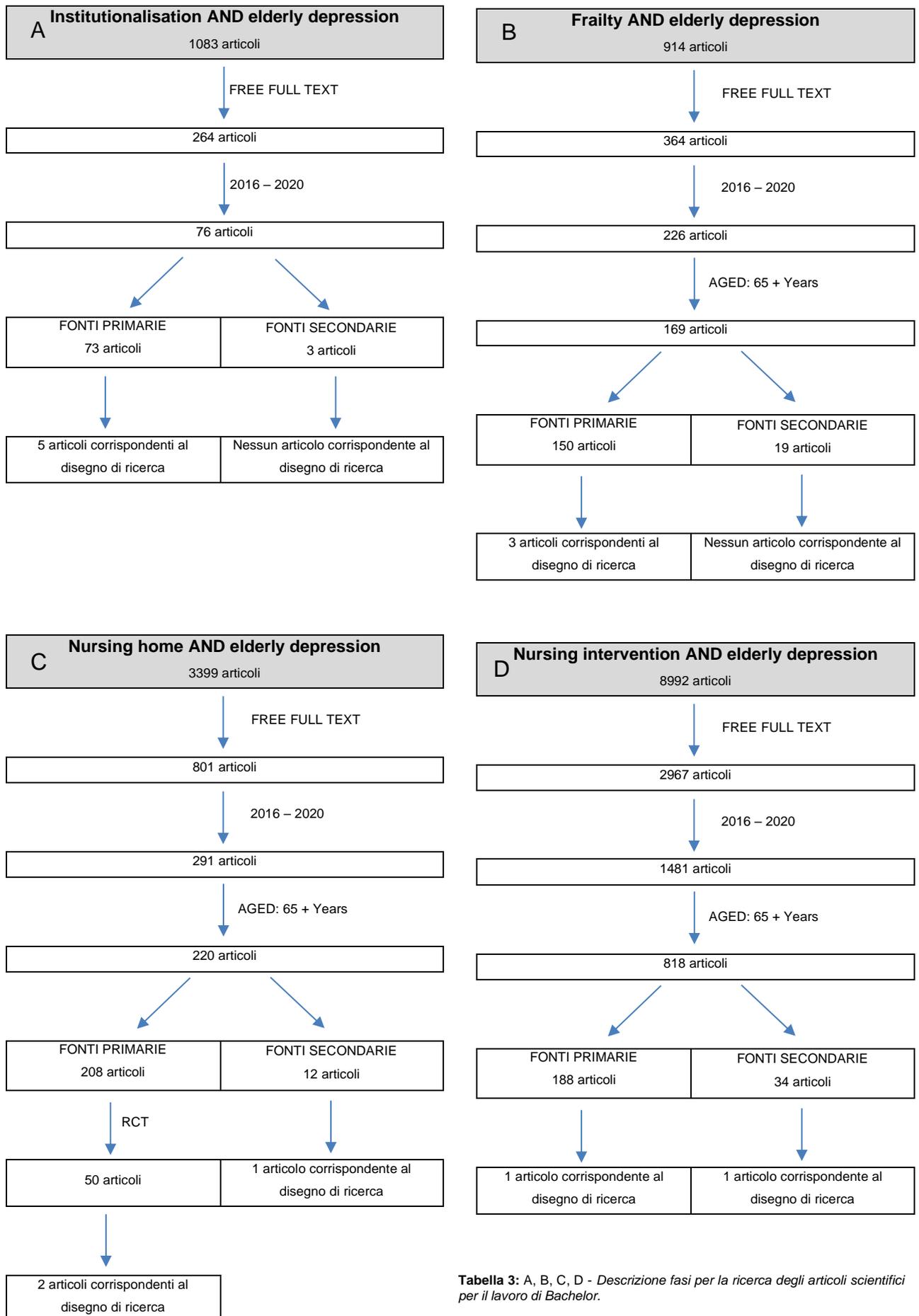


Tabella 3: A, B, C, D - Descrizione fasi per la ricerca degli articoli scientifici per il lavoro di Bachelor.

È stato scelto di utilizzare l'indicatore "FREE FULL TEXT" come primo, in quanto molti articoli hanno un abstract incompleto o parziale e non permettono alla sola lettura di poter indagare a fondo sull'argomento che trattano. Potendo scaricare gratuitamente l'intero articolo, la lettura completa ne facilita la comprensione e migliora l'orientamento dell'EBP⁶.

3.7 ANALISI DEGLI ARTICOLI

In questo capitolo verranno analizzati i vari articoli che sono stati giudicati appropriati alla domanda di ricerca sottoponendoli ad una valutazione oggettiva di affidabilità, utilizzata da Polit nel libro Fondamenti di ricerca (Polit e Beck 2014).

Gli articoli che verranno valutati sono composti da: 13 articoli trovati tramite sequenza appena descritta con i diagrammi e 47 articoli che erano stati precedentemente scelti senza alcun criterio di ricerca, solo valutandone l'appropriatezza nei confronti dell'indagine qualitativa che era stata scelta come studio di ricerca.

Polit et al (2014) introdussero 19 domande per poter oggettivare l'affidabilità di un disegno di ricerca:

Tabella 4: Domande per l'affidabilità degli articoli scientifici.

1	il disegno di ricerca che è stato utilizzato è il più rigoroso possibile?
2	Sono stati eseguiti confronti appropriati in funzione dell'interpretabilità dei risultati?
3	È adeguato il numero di centri coinvolti?
4	Sono stati identificati possibili bias o debolezze?
5	La popolazione / campione è stato descritto a sufficienza? (Es. età media, percentuale di donne, ecc.)
6	Gli errori di campionamento sono stati ridotti al minimo?
7	La dimensione del campione è stata adeguata?
8	Le variabili sono state operazionalizzate con miglior metodo possibile? (ES. interviste, questionari, ecc.)?
9	Gli strumenti di raccolta dati è stato fatto tramite scelte appropriate?
10	Il report fornisce la prova che il metodo di raccolta dati ha prodotto risultati validi e affidabili?
11	La maggior parte dei gruppi che sono stati sottoposti ad un intervento, l'hanno effettivamente ricevuto?

⁶ EBP: Evidence Base Practice

12	La raccolta dei dati è stata eseguita riducendo al minimo i bias?
13	I metodi statistici adottati sono stati adeguati?
14	Il metodo analitico eseguito è il più affidabile possibile?
15	Sono stati minimizzati gli errori di tipo I ⁷ o II ⁸ sull'ipotesi nulla ⁹ ?
16	Sono state riportate informazioni di significatività statistica?
17	Sono state riportate informazioni sulla dimensione o effetto e precisione delle stime?
18	I risultati dello studio sembrano corretti?
19	Lo studio contribuisce a un'evidenza significativa del possibile utilizzo nella pratica infermieristica o di utilità per la disciplina infermieristica?

(Polit e Beck, 2014, Pag. 73)

Qui di seguito vengono riportati i 20 articoli che sono stati personalmente scelti per poterne trarre dei risultati. Nella seguente tabella vengono evidenziati il nome dell'articolo, gli autori, il disegno di ricerca utilizzato e lo score di Polit che hanno raggiunto. Più il valore si avvicina al 19, più lo studio risulta affidabile e statisticamente significativo.

Nella seguente tabella sono stati inseriti e validati disegni di ricerca differenti, che comprendono: RCT, studi trasversali, e revisioni sistematiche che secondo la piramide di validità degli studi di ricerca hanno una validità statisticamente significativa.

Tabella 5: Riassunto degli articoli scelti e relativo score di Polit.

TITOLO	AUTORI	ANNO	DISEGNO	SCORE
A cluster randomised trial of the program to enhance adjustment to residential living (PEARL): a novel psychological intervention to reduce depression in newly admitted aged care residents	Davison, Tanya E., Marita P. McCabe, Lucy Busija, Daniel W. O'Connor, Vera Camões Costa, e Jessica Byers.	(2020)	RCT	17/19
A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home	Seddigh, Maryam, Maryam Hazrati, Mozghan Jokar, Amir Mansouri, Mohammad-Rafi Bazrafshan, Maryam Rasti, e Esmail Kavi.	(2020)	RCT	19/19
Behavioural activation in nursing homes to treat depression (BAN-Dep): study protocol for a	Velasquez Reyes, Diana, Hema Patel, Nicola Lautenschlager, Andrew H.	(2019)	RCT	19/19

⁷ TIPO I: quando i ricercatori rifiutano un'ipotesi nulla quando in realtà è vera.

⁸ TIPO II: quando i ricercatori accettano un'ipotesi nulla.

⁹ IPOTESI NULLA: ipotesi nella quale si afferma che non c'è differenza/relazione tra due fenomeni misurati.

pragmatic randomised controlled trial	Ford, Eleanor Curran, Rachael Kelly, Rhoda Lai, Terence Chong, Leon Flicker, David Ekers, Simon Gilbody, Christopher Etherton-Beer, Dina Lo Giudice, Kathryn A. Ellis, Angelita Martini, e Osvaldo P. Almeida.			
Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy	McCurren, Cynthia, Dorothy Dowe, Deborah Rattle, e Stephen Looney.	(1999)	RCT	19/19
Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents	Guimarães, Lara de Andrade, Thaís Alves Brito, Karla Rocha Pithon, Cleber Souza de Jesus, Caroline Sampaio Souto, Samara Jesus Nascimento Souza, e Thassyane Silva Dos Santos.	(2019)	STUDIO TRASVERSALE	19/19
Exploring Spiritual Needs and Its Relation with Anxiety and Depression in the Elderly Patients with Chronic Diseases	Ramezani, Tahereh, Zahra Taheri-Kharameh, e Zeynab Karimi.	(2019)	STUDIO TRASVERSALE	19/19
Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment.	Habert, Jeffrey, Martin A. Katzman, Oloruntoba J. Oluboka, Roger S. McIntyre, Diane McIntosh, Glenda M. MacQueen, Atul Khullar, Roumen V. Milev, Kevin D. Kjernisted, Pratap Chokka, e Sidney H. Kennedy.	(2016)	REVISIONE SISTEMATICA	19/19
Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study	Koehler, Melissa, Terry Rabinowitz, John Hirdes, Michael Stones, G. Iain Carpenter, Brant E. Fries, John N. Morris, e Richard N. Jones.	(2005)	INDAGINE QUANTITATIVA	19/19
Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial	Callesen, Pia, David Reeves, Calvin Heal, e Adrian Wells.	(2020)	RCT	19/19
Multiple brief training sessions to improve nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding nursing care of older adults with depression in long-term care facilities	Lee, Chia-Chi, Huei-Chi Tseng, Lee-Pin Wu, e Yeu-Hui Chuang.	(2020)	RCT	19/19
The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial	Lok, Neslihan, Sefa Lok, e Muammer Canbaz.	(2017)	RCT	19/19
Association of detected depression and undetected depressive symptoms with long-term mortality in a cohort of institutionalised older people	Damián, J., R. Pastor-Barriuso, E. Valderrama-Gama, e J. de Pedro-Cuesta.	(2017)	STUDIO DI COORTE	19/19
Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized	Gaggioli, Andrea, Chiara Scaratti, Luca Morganti, Marco Stramba-Badiale, Monica	(2014)	RCT	19/19

elderly adults: study protocol for a randomized controlled trial	Agostoni, Chiara A. M. Spatola, Enrico Molinari, Pietro Cipresso, e Giuseppe Riva.			
Effectiveness of Story-Centred Care Intervention Program in older persons living in long-term care facilities: A randomized, longitudinal study	Chuang, Hui-Wan, Chi-Wen Kao, Ming-Der Lee, e Yue-Cune Chang.	(2018)	RCT	19/19
Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression	Scherrer Júnior, Gerson, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Leticia Meazzini de Oliveira, Dulce Aparecida Barbosa, Angélica Castilho Alonso, Dayana Souza Fram, e Angélica Gonçalves Silva Belasco.	(2019)	STUDIO TRASVERSALE	19/19
Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes	Lohman, Matthew C., Briana Mezuk, e Levent Dumenci.	(2017)	INDAGINE QUALITATIVA	18/19
Prevalence and risk factors of frailty among home care clients	Miettinen, Minna, Miia Tiihonen, Sirpa Hartikainen, e Irma Nykänen.	(2017)	RCT	17/19
Integrating Depression Care Management into Medicare Home Health Reduces Risk of 30- and 60-Day Hospitalization: The Depression Care for Patients at Home Cluster-Randomized Trial	Bruce, Martha L., Matthew C. Lohman, Rebecca L. Greenberg, Yuhua Bao, e Patrick J. Raue.	(2016)	RCT	18/19
Psychological outcomes of life story work for community-dwelling seniors: A randomised controlled trial	Lai, Claudia K. Y., Kenny C. W. Chin, Yu Zhang, e Engle Angela Chan.	(2019)	RCT	13/19
The clinical effectiveness of sertraline in primary care and the role of depression severity and duration (PANDA): a pragmatic, double-blind, placebo-controlled randomised trial	Lewis, Gemma, Larisa Duffy, Anthony Ades, Rebekah Amos, Ricardo Araya, Sally Brabyn, Katherine S. Button, Rachel Churchill, Catherine Derrick, Christopher Dowrick, Simon Gilbody, Christopher Fawsitt, William Hollingworth, Vivien Jones, Tony Kendrick, David Kessler, Daphne Kounali, Naila Khan, Paul Lanham, Jodi Pervin, Tim J. Peters, Derek Riozzie, George Salaminios, Laura Thomas, Nicky J. Welton, Nicola Wiles, Rebecca Woodhouse, e Glyn Lewis.	(2019)	RCT	18/19

3.8 RISULTATI

Questo lavoro di Bachelor ha utilizzato come disegno di ricerca la revisione della letteratura (Jefferson 2015). Gli studi appena descritti in tabella, hanno portato a risultati statisticamente significativi e con forti implicazioni per la pratica infermieristica. Secondo una scelta personale dell'autore di questo lavoro di Bachelor si è voluto suddividere gli articoli scelti in ulteriori 6 sottogruppi in modo di poter evidenziare come, per ogni

elemento esaminato, vi siano dei dati statisticamente significativi che rispondano attraverso metodo oggettivabile, alla domanda di ricerca.

Il primo elemento che è stato indagato riguarda i fattori di rischio che possono portare ad una istituzionalizzazione e alla successiva presenza di sintomi depressivi negli anziani. Dallo studio condotto da Guimarães et al. (2019), si può notare come la prevalenza dei sintomi depressivi in persone anziani in CPA era imputabile alla presenza di sintomi di fragilità come l'incontinenza urinaria, della perdita del sonno e dalla salute negativamente percepita. Ulteriori elementi che risultano fattori di rischio sono la perdita di autonomia nelle ADL. Scherrer Júnior et al. (2019) attraverso il loro studio hanno statisticamente confermato come un ambiente stimolante e una continua proposta di nuove attività possa favorire la conservazione delle ADL e migliori significativamente i sintomi depressivi. Il maggior fattore di rischio che rende un'istituzionalizzazione necessaria sono le recidive di cadute con la presenza di lesioni, che influiscono sugli aspetti di fragilità dell'anziano e successivamente ne inducono una sintomatologia depressiva (Lohman et al. 2017). Elemento di fragilità che viene poco indagato, ma che secondo Miettinen et al. (2017) aumenta esponenzialmente l'aumento di fragilità è la malnutrizione. Per concludere, la depressione sottosoglia è un forte fattore di rischio che può portare alla prematura morte dei pazienti residenti in CPA. Damián et al. (2017) hanno dimostrato come questa affermazione trova risultati statisticamente significativi, dopo aver confrontato pazienti a cui era stata diagnosticata la depressione e successivamente trattata rispetto ai pazienti a cui non era stata diagnosticata.

Secondo elemento indagato è la presenza di terapie non-farmacologiche in grado di diminuire i sintomi depressivi negli anziani residenti in CPA. Il primo programma/intervento che si è scelto di descrivere appartiene allo studio condotto da Davison et al. (2020), dove viene somministrato il PEARL¹⁰ (Program to Enhance Adjustment to Residential Living) che ha dimostrato di essere in grado di valutare e ridurre la sintomatologia depressiva negli anziani residenti in CPA appena istituzionalizzati con risultati statisticamente significativi. Dagli studi definiti precedentemente validi secondo questo lavoro di Bachelor, si è potuto evidenziare come, secondo Callesen et al. (2020) la terapia cognitivo-comportamentale abbia un'influenza statisticamente significativa nella riduzione dei sintomi depressivi, mentre secondo Lok et al. (2017) anche l'attività fisica porti a risultati statisticamente significativi sulla riduzione della sintomatologia depressiva. Ulteriori terapie non farmacologiche, come ad esempio i gruppi di reminiscenza proposti nello studio di Gaggioli et al. (2014) oppure l'intervento "Story Centred Care" somministrato da Chuang et al. (2018) ad un gruppo di 70 pazienti residenti in CPA o il programma "story - life" introdotto da Lai et al. (2019) hanno tutti dimostrato di essere statisticamente validi nella riduzione dei sintomi depressivi.

Il terzo elemento indagato è se vi siano ulteriori terapie farmacologiche che possano ridurre i sintomi depressivi oppure che non siano correttamente utilizzate. A tal proposito, lo studio di Lewis et al. (2019) dimostra che la Sertralina, comunemente utilizzata per la cura delle depressioni maggiori, BED¹¹ o nei disturbi d'ansia si è dimostrata statisticamente significativa nella cura dell'ansia e nel miglioramento della salute mentale percepita ma che non abbia avuto risultati statisticamente significativi nella diminuzione dei sintomi depressivi.

¹⁰ PEARL: programma per migliorare l'adattamento alla vita residenziale

¹¹ BED: Being Eating Disorder

Quarto elemento indagato è valutare quali siano le migliori scale validate per poter verificare la presenza di sintomi depressivi nell'anziano residente in CPA. Dallo studio condotto da Koehler et al. (2005) si è potuto notare come la DRS abbia una migliore applicazione nei pazienti anziani che presentano deficit cognitivi, mentre per pazienti anziani senza deficit cognitivi trova migliore applicazione la GDS a 15 items.

Penultimo elemento indagato è il livello di formazione degli infermieri che lavorano nelle CPA dove sono residenti anziani che presentano sintomi depressivi, cercando una relazione tra sensibilizzazione all'argomento e miglioramento nella presa a carico dell'utenza. Lo studio condotto da Velasquez Reyes et al. (2019) ha dimostrato come una sensibilizzazione al tema della terapia cognitivo – comportamentale abbia avuto un'influenza statisticamente significativa sugli infermieri a cui era stato proposto l'intervento, migliorando la presa in cura dell'utenza assistita, rilevando una diminuzione dei sintomi depressivi. Anche la sensibilizzazione all'utilizzo di scale validate come la GDS, secondo McCurren et al. (1999), ha dimostrato con risultati statisticamente significativi che l'utilizzo corretto da parte degli infermieri delle scale validate per il riconoscimento dei sintomi depressivi, migliora la presa a carico dell'utenza. Ulteriore sensibilizzazione che attualmente si sta espandendo è la spiritualità. Nello studio di Ramezani et al. (2019) si evince come, l'infermiere che prende in carico un utente nei suoi aspetti bio-psico-sociali-spirituali, renda migliori gli outcomes sulla riduzione di eventuali sintomi depressivi presentati dal paziente. Infine, dagli studi di Habert et al. (2016) e di Lee et al. (2020) si può notare come una migliore preparazione degli infermieri possa condurre ad una precoce diagnosi di depressione con risultati statisticamente significativi sul miglioramento dell'outcomes del paziente evitando che i risultati siano inefficaci o mal tollerati.

Ultimo elemento indagato consiste nella prevenzione. Cercando in banche dati se vi sono delle misure di prevenzione atte a diminuire le istituzionalizzazioni o i sintomi depressivi negli anziani lo studio di Seddigh et al. (2020) dimostra come una buona presa a carico nei centri diurni frequentati dagli anziani con sintomi depressivi ne riduca la sintomatologia e allunghi i tempi di istituzionalizzazione. Ulteriore prevenzione può arrivare anche esternamente dalle CPA, come suggerito dallo studio di Bruce et al. (2016) dove, una corretta interpretazione di una possibile presenza di sintomi depressivi dopo la dimissione dagli ospedali e l'aggancio alla terapia CAREPATH somministrata dalle cure domiciliari, riduceva le riospedalizzazione e prolungava i tempi di permanenza al proprio domicilio posticipando i tempi di istituzionalizzazione.

3.9 DISCUSSIONE

Questo lavoro di Bachelor ha subito dei cambiamenti a causa della pandemia dovuta al COVID- 19 nell'anno 2020. Gli articoli selezionati secondo lo schema di ricerca proposta dalla revisione della letteratura e risultati idonei alla ricerca sono 13 dei quali solo 11 rispondono alla domanda di ricerca. Ulteriori articoli, come precedentemente prescritto derivano dal disegno di ricerca qualitativo primariamente scelto per il lavoro di Bachelor. Sono stati così selezionati 38 articoli dei quali solo 9 corrispondevano all'attuale domanda di ricerca.

Durante la selezione dei 51 articoli, 20 sono stati ritenuti adeguati a descrivere con significatività i risultati ottenuti, 12 sono stati ritenuti di supporto alla tesi finale ma, come descritto nel capitolo 3.6, sono testi in cui era presente solo l'abstract e che talvolta

erano simili agli studi già scelti come scientificamente validi, mentre per i rimanenti 13 articoli, alcuni erano inadeguati al disegno di ricerca, altri non mostravano risultati significativamente validi ed infine, 6 non è stato possibile recuperarli dalle banche dati precedentemente selezionate.

Lo scopo di questo lavoro di Bachelor è quello di verificare se una buona presa a carico già al momento dell'ammissione della persona anziana in una casa per anziani, favorisca un miglior outcomes nella sintomatologia depressiva dovuta all'istituzionalizzazione, quali siano i fattori di rischio, quali siano le scale più valide per riscontrare una sintomatologia depressiva in anziani senza deficit cognitivi e quali tecniche farmacologiche/ non farmacologiche siano più efficaci nel migliorare il benessere psicologico del paziente.

Questo disegno di ricerca è nato per poter essere applicato nelle case di cura a lungo termine, chiamate in questo lavoro di Bachelor, Case Per Anziani (CPA), in quanto, come descritto nel capitolo dei risultati, una migliore sensibilizzazione alla sintomatologia depressiva migliora la presa a carico dei pazienti (Habert et al. 2016). A sostegno di questa affermazione, le CPA del Ticino lavorano con il sistema RAI¹² per la presa a carico dei pazienti e gli infermieri per poter attuare degli interventi basati su EBP, si basano sugli interventi proposti dalla Carpenito (Dayan 2014). A tal proposito, nelle nuove edizioni Carpenito (2015) si è dimostrato come nella diagnosi di lutto compaia nei fattori correlati anche l'istituzionalizzazione, sostenendo così che una miglior capacità di notare la sintomatologia depressiva al momento dell'istituzionalizzazione ne determini una migliore presa a carico (Davison et al. 2020).

4. LIMITI DELLA RICERCA

Durante la progettazione di questo lavoro di Bachelor, l'autore ha incontrato differenti limiti. Il primo limite riscontrato è quello già citato, del cambio di studio di ricerca, a causa dell'impossibilità del momento di sottoporre ad intervista gli infermieri già sollecitati a livello lavorativo dalla pandemia. Questo cambio ha fatto in modo di incontrare il secondo limite a livello metodologico. Questo limite si era posto a causa dell'incertezza di quale metodo adottare per poter oggettivare l'affidabilità degli articoli scientifici che rispondevano alla domanda di ricerca, con la successiva scelta del metodo Polit et al. (2014).

Ulteriore limite metodologico riguarda gli articoli scelti dopo aver impostato la domanda di ricerca ed il tempo per poterli visionare. Avendo introdotto dei principi di inclusione/esclusione, alcuni articoli, solo dopo attenta lettura sono stati scartati in quanto negli abstract non venivano citati alcuni criteri di esclusione come nel caso di alcuni articoli scientifici che parlavano di depressione negli anziani escludendo gli anziani in CPA oppure, la maggior parte degli articoli che includevano come criterio la presenza di deficit cognitivi nell'anziano. Per questo motivo si è scelto di utilizzare solo articoli scientifici che consentissero la lettura dell'intero testo.

Oltre ai limiti metodologici secondo l'autore si sono riscontrati dei limiti a livello di indagine. La revisione della letteratura ha permesso all'autore di poter convalidare quali scale, per rilevare sintomi depressivi negli anziani, siano le più validate a livello di banche dati, di capire quali siano gli interventi infermieristici da mettere in atto, ma tutto

¹² RAI: Resident Assessment Instrument

ciò, secondo l'autore si sarebbe potuto integrare a livello di CPA nel Canton Ticino attraverso un'indagine qualitativa, somministrando delle interviste, volte a capire quali siano le scale che attualmente sono in uso nelle CPA col fine di poter dare una visione più oggettiva degli interventi infermieristici da mettere in atto sul territorio.

5. CONCLUSIONI

In questo lavoro di Bachelor, gli articoli ricercati da entrambi i disegni di ricerca hanno portato a risultati statisticamente significativi. Da questi articoli si evince come, la fragilità dell'anziano sia vulnerabile e allo stesso tempo strettamente correlata allo status fisico che quest'ultimo presenta (Kobrosly et al. 2013). A questo proposito è stato riscontrato da Kioh et al (2018) e dagli articoli precedentemente descritti, come la prevenzione dei fattori di rischio della sintomatologia depressiva possa dilungare i tempi di istituzionalizzazione.

Questo studio di ricerca ha voluto evidenziare quali competenze, attraverso l'EBP, siano le migliori da mettere in atto al momento dell'istituzionalizzazione e la successiva degenza in CPA di un anziano fragile che presenta sintomi depressivi. A livello di competenze infermieristiche SUP (KFH 2011), personalmente si ritiene che siano stimolati i ruoli di apprendente insegnante, laddove, come verificato da Lee et al. (2020) una sensibilizzazione all'argomento ed una formazione seppur breve, hanno permesso una miglior presa a carico del paziente; un'altra competenza che viene evidenziata è quella della promozione della salute, dove l'infermiere, attraverso una ricerca costante, mette in atto strategie di prevenzione, in modo da ridurre i fattori di rischio che portano ad una sintomatologia depressiva, stimolando le competenze di manager e quelle legate all'appartenenza professionale, attivando le conoscenze personali sulle scale validate da utilizzare per rilevare una sintomatologia depressiva, come descritto da Huang et al. (2011) e somministrando trattamenti farmacologici/non-farmacologici, che permettano la riduzione dei sintomi depressivi ed una migliore presa in cura dell'utenza in CPA (Amore et al. 1997).

Attraverso questa conclusione è stato possibile dare delle risposte esaustive alla domanda di ricerca di questo lavoro di Bachelor, confermando quindi il titolo.

Questo lavoro di Bachelor è stato eseguito con la speranza da parte dell'autore, che possa essere da stimolo agli infermieri e al personale curante, in modo da aumentare la sensibilizzazione all'argomento, agli strumenti da poter utilizzare ma soprattutto alla consapevolezza che, come dimostrato da Cherubini et al. (2012), vi è un'incidenza di anziani residenti in CPA con una depressione sottosoglia o subsindromica a cui non viene somministrato alcun trattamento perché non sono stati correttamente rilevati i sintomi o non hanno una definitiva diagnosi di depressione.

In conclusione, grazie a questo lavoro di tesi l'autore ha potuto aumentare le conoscenze personali in materia di definizione della depressione secondo ICD – 10 e DSM – 5, la definizione di fragilità e anzianità e una miglior conoscenza dal punto di vista fisiopatologico, comprendendo come l'istituzionalizzazione costituisca un reale fattore di rischio della depressione, potendo apprendere quali strategie e tecniche infermieristiche possano migliorare la presa in carico dell'anziano fragile con sintomi depressivi residente in CPA. Ulteriore conoscenza da parte dell'autore consiste nella miglior conoscenza dell'utilizzo di banche dati e delle EBP e dato il cambio di disegno di ricerca, anche dei differenti metodi di indagine per redigere un articolo, in questo caso,

l'indagine qualitativa attraverso interviste e le revisioni sistematiche, nello specifico di questo lavoro di Bachelor la revisione della letteratura.

6. RINGRAZIAMENTI

Primo ringraziamento va alla mia relatrice di tesi, Sofia Barca, che con pazienza e professionalità mi ha seguito, sapendo offrire ottimi consigli durante la redazione di questo lavoro di Bachelor, soprattutto durante il cambio di disegno di ricerca dovuto alla pandemia da COVID-19 in atto.

Un profondo ringraziamento va ai miei genitori ed ai loro rispettivi compagni, ai miei suoceri, i quali, tutti insieme, mi hanno sostenuto in questo lungo percorso di formazione, si sono presi cura dei miei figli nei momenti di maggior concentrazione degli studi e con i quali ho condiviso le gioie e le delusioni che durante questi anni si sono successe durante gli studi.

Infine il più grande ringraziamento va alla mia compagna di Vita, grazie alla quale ho potuto intraprendere questo percorso di studi, che mi ha saputo sostenere nei momenti difficili legati alla formazione, la quale si è presa a carico dell'intero nucleo familiare e si è occupata dell'intera gestione dei nostri due figli, ai quali va l'ultimo mio ringraziamento, in quanto nonostante la loro piccola età hanno saputo concedermi del tempo, talvolta sedendosi al mio fianco guardandomi studiare.

7. FONTI

7.1 BIBLIOGRAFIA E LETTERATURA GRIGIA

- American Psychiatric Association. 2014. *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali*. Vol. DSM-5® collection. (Edizione in Brossura). Raffaello Cortina editore.
- Beck, A. 1961. *An Inventory for Measuring Depression*. in «Archives of General Psychiatry».
- Bizzini, Lucio, Vera Bizzini, e Christine Favre. 2009. *Curare La Depressione Negli Anziani*. Milano: FrancoAngeli.
- Carpenito, Lynda Juall. 2015. *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*. 6°. Rozzano MI: Casa Editrice Amrosiana.
- Cherubini, A. 2006. *GIORNALE DI GERONTOLOGIA: La depressione in età avanzata: dalla epidemiologia alla clinica*. Vol. LIV/Supplemento 2, 1-100,. Pisa: Pacini.
- Consiglio Federale. 2007. «Strategia in maniera di politica della vecchiaia». Berna.
- Dayan, Veronique. 2014. «ARTICOLO COMPLETO PUBBLICATO SULLA RIVISTA INFOASI DI DICEMBRE 2015». 7.
- Giarelli, Guido, e Eleonora Venneri. 2009. *Sociologia della Salute e della Medicina, Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Giudici, Francesco, Stefano Cavalli, Michele Egloff, Barbara Masotti, Tessin, e Tessin, a c. di. 2015. *Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino*. Giubiasco: Ufficio di statistica.
- International Council of Nurses. 2012. *Il codice deontologico degli infermieri del Consiglio Internazionale Infermieri [ICN]: revisione del 2012*.
- Isaacs, Bernard. 1997. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford University Press.
- Jefferson, Tom. 2015. *L'ABC delle revisioni sistematiche*. I. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Keck, M. 2017. *DEPRESSIONE come nasce? come viene curata? che rapporto ha con lo stress?* Glattbrugg: Lundbeck (Suisse) SA.
- KFH. 2011. *Competenze generali delle professioni sanitarie SUP*. (3th edn).
- Leveni, Daniela, Paolo Michielin, e Paolo Piacentini. 2018. *Superare la Depressione. Un Programma di Terapia Cognitivo - Comportamentale*. Trento: Erickson.
- Maslow, A., H. 1965. *Motivation & Personality*. New York: Harper.
- Nieddu, A., V. Viridis, S. Falconi, A. Filippi, R. Salvo, e A. Rotondo. 2007. «depressione, compagna e nemica dell'anziano: nuove prospettive terapeutiche». XIX(4 luglio/agosto).
- Organizzazione Mondiale Della Sanità. 1996. *Guida Tascabile ICD-10. Classificazioni Delle Sindromi Dei disturbi Psicici e Comportamentali*. Elsevier.

- Perrella, Raffaella. 2006. *La Depressione: Storia, Teoria, Clinica*. Roma: Carocci.
- Perris, C. 1990. *Cognitive-Behavioural Psychotherapy with Elderly Patients. Principles, Feasibility and the Limits*. *European Journal of Psychiatry*, 4/2, pp 95 - 104.
- Pinel, P. 2000. *Psicobiologia*. Bologna: Il Mulino.
- Polit, D. F., e C. T. Beck. 2014. *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. Milano: McGraw - Hill.
- Sbattella, Fabio, e Cristina Castelli. 2008. *Psicologia Del Ciclo di Vita*. Vol. Psicologia. Milano: FrancoAngeli.
- Simonelli, Ilaria, e Fabrizio Simonelli. 2010. *Atlante Concettuale della Salutogenesi*. Milano: Franco Angeli.
- Tortora, Gerard J., e Bryan Derrickson. 2015. *Principi di Anatomia e Fisiologia*. 5° ed. Milano: CEA: Casa Editrice Ambrosiana.

7.2 ARTICOLI SCIENTIFICI

- Amore, M., M. Ricci, R. Zanardi, J. Perez, e G. Ferrari. 1997. «Long-Term Treatment of Geropsychiatric Depressed Patients with Venlafaxine». *Journal of Affective Disorders* 46(3):293–96.
- Bavazzano, Antonio, Stefania Bandinelli, Giancarlo Berni, Carlo Biagini, Donatella Calvani, Giovanni Carriero, Maria Cavallini, Maria Dotti, Luciano Gabbani, Patrizia Galatini, Massimo Giraldi, Enrico Mossello, e Luigi Tonelli. 2016. «La Fragilità Dell’Anziano». 70.
- Bruce, Martha L., Matthew C. Lohman, Rebecca L. Greenberg, Yuhua Bao, e Patrick J. Raue. 2016. «Integrating Depression Care Management into Medicare Home Health Reduces Risk of 30- and 60-Day Hospitalization: The Depression Care for Patients at Home Cluster-Randomized Trial». *Journal of the American Geriatrics Society* 64(11):2196–2203.
- Callesen, Pia, David Reeves, Calvin Heal, e Adrian Wells. 2020. «Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial». *Scientific Reports* 10(1):7878.
- Cherubini, A., G. Nisticò, R. Rozzini, R. Liperoti, M. Di Bari, E. Zampi, L. Ferrannini, E. Aguglia, L. Pani, R. Bernabei, N. Marchionni, e M. Trabucchi. 2012. «Subthreshold Depression in Older Subjects: An Unmet Therapeutic Need». *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 16(10):909–13.
- Chuang, Hui-Wan, Chi-Wen Kao, Ming-Der Lee, e Yue-Cune Chang. 2018. «Effectiveness of Story-Centred Care Intervention Program in Older Persons Living in Long-Term Care Facilities: A Randomized, Longitudinal Study». *PloS One* 13(3):e0194178.
- Damián, J., R. Pastor-Barriuso, E. Valderrama-Gama, e J. de Pedro-Cuesta. 2017. «Association of Detected Depression and Undetected Depressive Symptoms with Long-Term Mortality in a Cohort of Institutionalised Older People». *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 26(2):189–98.
- Davison, Tanya E., Marita P. McCabe, Lucy Busija, Daniel W. O’Connor, Vera Camões Costa, e Jessica Byers. 2020. «A cluster randomised trial of the program to enhance adjustment to residential living (PEARL): a novel psychological intervention to reduce depression in newly admitted aged care residents». *BMC Geriatrics* 20.

- Freedman, Amy, e Lorna McDougall. 2019. «Frailty 5 Checklist: Teaching Primary Care of Frail Older Adults». *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien* 65(1):74–76.
- Gaggioli, Andrea, Chiara Scaratti, Luca Morganti, Marco Stramba-Badiale, Monica Agostoni, Chiara A. M. Spatola, Enrico Molinari, Pietro Cipresso, e Giuseppe Riva. 2014. «Effectiveness of Group Reminiscence for Improving Wellbeing of Institutionalized Elderly Adults: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial». *Trials* 15:408.
- Guimarães, Lara de Andrade, Thaís Alves Brito, Karla Rocha Pithon, Cleber Souza de Jesus, Caroline Sampaio Souto, Samara Jesus Nascimento Souza, e Thassyane Silva Dos Santos. 2019. «Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents». *Ciencia & Saude Coletiva* 24(9):3275–82.
- Habert, Jeffrey, Martin A. Katzman, Oloruntoba J. Oluboka, Roger S. McIntyre, Diane McIntosh, Glenda M. MacQueen, Atul Khullar, Roumen V. Milev, Kevin D. Kjernisted, Pratap Chokka, e Sidney H. Kennedy. 2016. «Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment.» *The primary care companion for CNS disorders*.
- Huang, Yachien, e Iain Carpenter. 2011. «Identifying Elderly Depression Using the Depression Rating Scale as Part of Comprehensive Standardised Care Assessment in Nursing Homes.» *Aging & Mental Health* 15(8):1045–51.
- Kioh, S. H., e A. Rashid. 2018. «The Prevalence and the Risk of Falls among Institutionalised Elderly in Penang, Malaysia». *The Medical Journal of Malaysia* 73(4):212–19.
- Kobrosly, Roni W., Christopher L. Seplaki, Deborah A. Cory-Slechta, Jan Moynihan, e Edwin van Wijngaarden. 2013. «Multisystem Physiological Dysfunction Is Associated with Depressive Symptoms in a Population-Based Sample of Older Adults». *International journal of geriatric psychiatry* 28(7):718–27.
- Koehler, Melissa, Terry Rabinowitz, John Hirdes, Michael Stones, G. Iain Carpenter, Brant E. Fries, John N. Morris, e Richard N. Jones. 2005. «Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study». *BMC Geriatrics* 5:1.
- Lai, Claudia K. Y., Kenny C. W. Chin, Yu Zhang, e Engle Angela Chan. 2019. «Psychological Outcomes of Life Story Work for Community-Dwelling Seniors: A Randomised Controlled Trial». *International Journal of Older People Nursing* 14(3):e12238.
- Lee, Chia-Chi, Huei-Chi Tseng, Lee-Pin Wu, e Yeu-Hui Chuang. 2020. «Multiple Brief Training Sessions to Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, and Confidence Regarding Nursing Care of Older Adults with Depression in Long-Term Care Facilities». *Research in Nursing & Health* 43(1):114–21.
- Lewis, Gemma, Larisa Duffy, Anthony Ades, Rebekah Amos, Ricardo Araya, Sally Brabyn, Katherine S. Button, Rachel Churchill, Catherine Derrick, Christopher Dowrick, Simon Gilbody, Christopher Fawsitt, William Hollingworth, Vivien Jones, Tony Kendrick, David Kessler, Daphne Kounali, Naila Khan, Paul Lanham, Jodi Pervin, Tim J. Peters, Derek Riozzie, George Salaminios, Laura Thomas, Nicky J. Welton, Nicola Wiles, Rebecca Woodhouse, e Glyn Lewis. 2019. «The Clinical Effectiveness of Sertraline in Primary Care and the Role of Depression Severity and Duration (PANDA): A Pragmatic, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomised Trial». *The Lancet. Psychiatry* 6(11):903–14.
- Lewnard, Joseph A., e Nathan C. Lo. 2020. «Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19». *The Lancet. Infectious Diseases* 20(6):631–33.

- Lohman, Matthew C., Briana Mezuk, e Levent Dumenci. 2017. «Depression and Frailty: Concurrent Risks for Adverse Health Outcomes». *Aging & Mental Health* 21(4):399–408.
- Lok, Neslihan, Sefa Lok, e Muammer Canbaz. 2017. «The Effect of Physical Activity on Depressive Symptoms and Quality of Life among Elderly Nursing Home Residents: Randomized Controlled Trial». *Archives of Gerontology and Geriatrics* 70:92–98.
- McCurren, Cynthia, Dorothy Dowe, Deborah Rattle, e Stephen Looney. 1999. «Depression among Nursing Home Elders: Testing an Intervention Strategy». *Applied Nursing Research* 12(4):185–95.
- Miettinen, Minna, Miia Tiihonen, Sirpa Hartikainen, e Irma Nykänen. 2017. «Prevalence and Risk Factors of Frailty among Home Care Clients». *BMC Geriatrics* 17(1):266.
- Perna, Simone, Matthew D’Arcy Francis, Chiara Bologna, Francesca Moncaglieri, Antonella Riva, Paolo Morazzoni, Pietro Allegrini, Antonio Isu, Beatrice Vigo, Fabio Guerriero, e Mariangela Rondanelli. 2017. «Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools». *BMC Geriatrics* 17.
- Ramezani, Tahereh, Zahra Taheri-Kharameh, e Zeynab Karimi. 2019. «Exploring Spiritual Needs and Its Relation with Anxiety and Depression in the Elderly Patients with Chronic Diseases». *Health, Spirituality & Medical Ethics Journal* 6(2):10–16.
- Scherrer Júnior, Gerson, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Leticia Meazzini de Oliveira, Dulce Aparecida Barbosa, Angélica Castilho Alonso, Dayana Souza Fram, e Angélica Gonçalves Silva Belasco. 2019. «Quality of Life of Institutionalized Aged with and without Symptoms of Depression». *Revista Brasileira De Enfermagem* 72(suppl 2):127–33.
- Seddigh, Maryam, Maryam Hazrati, Mozhgan Jokar, Amir Mansouri, Mohammad-Rafi Bazrafshan, Maryam Rasti, e Esmaeil Kavi. 2020. «A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home». *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 25(2):160–65.
- Velasquez Reyes, Diana, Hema Patel, Nicola Lautenschlager, Andrew H. Ford, Eleanor Curran, Rachael Kelly, Rhoda Lai, Terence Chong, Leon Flicker, David Ekers, Simon Gilbody, Christopher Etherton-Beer, Dina Lo Giudice, Kathryn A. Ellis, Angelita Martini, e Osvaldo P. Almeida. 2019. «Behavioural activation in nursing homes to treat depression (BAN-Dep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial». *BMJ Open* 9(10).
- Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, e V. O. Leirer. 1982. «Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report». *Journal of Psychiatric Research* 17(1):37–49.

7.3 SITOGRAFIA

- Anon. 2018. «La Depressione, più di una malattia.» *Bahnhof-Praxis Winterthur*. Recuperato 13 settembre 2019 (<https://www.bahnhof-praxis.ch/in-lingua-italiana/la-depressione/>).
- Obsan. 2014. «La salute nel Cantone Ticino Risultati dell’Indagine sulla salute in Svizzera 2012». Recuperato (https://www.obsan.admin.ch//sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2014-08_ti.pdf).

7.4 GRAFICI

Grafico 1: *Durata degli episodi depressivi* (Nieddu et al. 2007, Pag 153).

Grafico 2: *Epidemiologia della depressione nell'anziano in rapporto alla sede in cui è stata effettuata l'indagine* (Cherubini 2006, Pag. 19).

Grafico 3: *Scala gerarchica delle evidenze* (Polit 2014, Pag. 26).

Grafico 4: *Flusso delle attività della revisione della letteratura* (Polit 2014, Pag. 123).

7.5 TABELLE

Tabella 1: *Domanda di ricerca.*

Tabella 2: *Ricerca nelle banche dati*

Tabella 3: A, B, C, D - *Descrizione fasi per la ricerca degli articoli scientifici per il lavoro di Bachelor.*

Tabella 4: *Domande per l'affidabilità degli articoli scientifici* (Polit 2014).

Tabella 5: *Riassunto degli articoli scelti e relativo score di Polit (2014).*

8. ALLEGATI

8.1 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE

GDS - Geriatric Depression Scale (forma breve)

1. È fondamentale soddisfatto della sua vita?	Si	No
2. Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	Si	No
3. Sente che la sua vita è vuota?	Si	No
4. Si annoia spesso?	Si	No
5. È di buon umore la maggior parte del tempo?	Si	No
6. Ha paura che qualcosa di brutto stia per succederle?	Si	No
7. Si sente più felice nella maggior parte del tempo?	Si	No
8. Si sente spesso impotente?	Si	No
9. Preferisce restare a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?	Si	No
10. Ritiene di avere più problemi con la memoria della maggior parte delle persone?	Si	No
11. Pensa che la vita sia meravigliosa?	Si	No
12. Si sente piuttosto inutile così com'è?	Si	No
13. Si sente pieno di energie?	Si	No
14. Ha l'impressione che la sua situazione sia disperata?	Si	No
15. Pensa che la maggior parte delle persone sia migliore di lei?	Si	No
Punteggio: ___/15 Un punto per "No" alle domande 1, 5, 7, 11, 13 Un punto per "Si" alle altre domande	Normale	3 ± 2
	Lievemente depresso	7 ± 3
	Molto depresso	12 ± 2
Adattata da Sheikh JI, Yesavage JA: "Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version," in <i>Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention</i> , edited by TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp. 165-173. © By The Haworth Press, Inc.		

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.
0 I am no more irritated by things than I ever was.
1 I am slightly more irritated now than usual.
2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
3 I feel irritated all the time.
12.
0 I have not lost interest in other people.
1 I am less interested in other people than I used to be.
2 I have lost most of my interest in other people.
3 I have lost all of my interest in other people.
13.
0 I make decisions about as well as I ever could.
1 I put off making decisions more than I used to.
2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
3 I can't make decisions at all anymore.
14.
0 I don't feel that I look any worse than I used to.
1 I am worried that I am looking old or unattractive.
2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
3 I believe that I look ugly.
15.
0 I can work about as well as before.
1 It takes an extra effort to get started at doing something.
2 I have to push myself very hard to do anything.
3 I can't do any work at all.
16.
0 I can sleep as well as usual.
1 I don't sleep as well as I used to.
2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17.
0 I don't get more tired than usual.
1 I get tired more easily than I used to.
2 I get tired from doing almost anything.
3 I am too tired to do anything.
18.
0 My appetite is no worse than usual.
1 My appetite is not as good as it used to be.
2 My appetite is much worse now.
3 I have no appetite at all anymore.
19.
0 I haven't lost much weight, if any, lately.
1 I have lost more than five pounds.
2 I have lost more than ten pounds.
3 I have lost more than fifteen pounds.

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score	Levels of Depression
1-10	These ups and downs are considered normal
11-16	Mild mood disturbance
17-20	Borderline clinical depression
21-30	Moderate depression
31-40	Severe depression
over 40	Extreme depression

http://www.med.navy.mil/sites/NMCP2/PatientServices/SleepClinicLab/Documents/Beck_Depression_Inventory.pdf

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

PLEASE COMPLETE THE SCALE BASED ON A STRUCTURED INTERVIEW

Instructions: for each item select the one "cue" which best characterizes the patient. Be sure to record the answers in the appropriate spaces (positions 0 through 4).

- 1 DEPRESSED MOOD** (*sadness, hopeless, helpless, worthless*)
- 0 Absent.
1 These feeling states indicated only on questioning.
2 These feeling states spontaneously reported verbally.
3 Communicates feeling states non-verbally, i.e. through facial expression, posture, voice and tendency to weep.
4 Patient reports virtually only these feeling states in his/her spontaneous verbal and non-verbal communication.
- 2 FEELINGS OF GUILT**
- 0 Absent.
1 Self reproach, feels he/she has let people down.
2 Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds.
3 Present illness is a punishment. Delusions of guilt.
4 Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations.
- 3 SUICIDE**
- 0 Absent.
1 Feels life is not worth living.
2 Wishes he/she were dead or any thoughts of possible death to self.
3 Ideas or gestures of suicide.
4 Attempts at suicide (any serious attempt rate 4).
- 4 INSOMNIA: EARLY IN THE NIGHT**
- 0 No difficulty falling asleep.
1 Complains of occasional difficulty falling asleep, i.e. more than ½ hour.
2 Complains of nightly difficulty falling asleep.
- 5 INSOMNIA: MIDDLE OF THE NIGHT**
- 0 No difficulty.
1 Patient complains of being restless and disturbed during the night.
2 Waking during the night – any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding).
- 6 INSOMNIA: EARLY HOURS OF THE MORNING**
- 0 No difficulty.
1 Waking in early hours of the morning but goes back to sleep.
2 Unable to fall asleep again if he/she gets out of bed.
- 7 WORK AND ACTIVITIES**
- 0 No difficulty.
1 Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities, work or hobbies.
2 Loss of interest in activity, hobbies or work – either directly reported by the patient or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he/she has to push self to work or activities).
3 Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. Rate 3 if the patient does not spend at least three hours a day in activities (job or hobbies) excluding routine chores.
4 Stopped working because of present illness. Rate 4 if patient engages in no activities except routine chores, or if patient fails to perform routine chores unassisted.
- 11 ANXIETY SOMATIC** (physiological concomitants of anxiety) such as:
gastro-intestinal – dry mouth, wind, indigestion, diarrhea, cramps, belching
cardio-vascular – palpitations, headaches
respiratory – hyperventilation, sighing
urinary frequency
sweating
- 0 Absent.
1 Mild.
2 Moderate.
3 Severe.
4 Incapacitating.
- 12 SOMATIC SYMPTOMS GASTRO-INTESTINAL**
- 0 None.
1 Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen.
2 Difficulty eating without staff urging. Requests or requires laxatives or medication for bowels or medication for gastro-intestinal symptoms.
- 13 GENERAL SOMATIC SYMPTOMS**
- 0 None.
1 Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headaches, muscle aches. Loss of energy and fatigability.
2 Any clear-cut symptom rates 2.
- 14 GENITAL SYMPTOMS** (symptoms such as loss of libido, menstrual disturbances)
- 0 Absent.
1 Mild.
2 Severe.
- 15 HYPOCHONDRIASIS**
- 0 Not present.
1 Self-absorption (bodily).
2 Preoccupation with health.
3 Frequent complaints, requests for help, etc.
4 Hypochondriacal delusions.

8 RETARDATION (slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity)

- 0 Normal speech and thought.
- 1 Slight retardation during the interview.
- 2 Obvious retardation during the interview.
- 3 Interview difficult.
- 4 Complete stupor.

9 AGITATION

- 0 None.
- 1 Fidgetiness.
- 2 Playing with hands, hair, etc.
- 3 Moving about, can't sit still.
- 4 Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips.

10 ANXIETY PSYCHIC

- 0 No difficulty.
- 1 Subjective tension and irritability.
- 2 Worrying about minor matters.
- 3 Apprehensive attitude apparent in face or speech.
- 4 Fears expressed without questioning.

16 LOSS OF WEIGHT (RATE EITHER a OR b)

- | a) According to the patient: | b) According to weekly measurements: |
|--|---|
| 0 <input type="checkbox"/> No weight loss. | 0 <input type="checkbox"/> Less than 1 lb weight loss in week. |
| 1 <input type="checkbox"/> Probable weight loss associated with present illness. | 1 <input type="checkbox"/> Greater than 1 lb weight loss in week. |
| 2 <input type="checkbox"/> Definite (according to patient) weight loss. | 2 <input type="checkbox"/> Greater than 2 lb weight loss in week. |
| 3 <input type="checkbox"/> Not assessed. | 3 <input type="checkbox"/> Not assessed. |

17 INSIGHT

- 0 Acknowledges being depressed and ill.
- 1 Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
- 2 Denies being ill at all.

Total score:

This scale is in the public domain.

8.2 TABELLE DESCRITTIVE DEGLI ARTICOLI SCIENTIFICI SELEZIONATI

Titolo dell'articolo	A cluster randomised trial of the program to enhance adjustment to residential living (PEARL): a novel psychological intervention to reduce depression in newly admitted aged care residents
Autori	Davison, Tanya E., Marita P. McCabe, Lucy Busija, Daniel W. O'Connor, Vera Camões Costa, e Jessica Byers.
Scopo dello studio	Lo scopo dello studio è quello di verificare se il programma PEARL abbia effetti positivi sugli anziani con sintomi depressivi istituzionalizzati.
	PMID: PMID: 32164587 / PMCID: PMC7068981 DOI: 10.1186/s12877-020-1492-5
Disegno di ricerca	Il disegno di ricerca per questo studio è un RCT.
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	sono stati indagati residenti di 22 strutture, divisi in: 11 strutture sottoposte al programma PEARL e 11 a cui sono state somministrate le comuni cure di base che già ricevevano prima della sperimentazione.
Procedura di analisi dei dati / risultati	Da questo studio si può notare come il programma PEARL offra una presa a carico differente da quella farmacologica, potendo proporre di ridurre quest'ultima.
Implicazioni / limiti	Sono stati inclusi nello studio solo utenti con età maggiore di 60 anni, senza deficit cognitivi.

Titolo dell'articolo	A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home
Autori	Seddigh, Maryam, Maryam Hazrati, Mozhgan Jokar, Amir Mansouri, Mohammad-Rafi Bazrafshan, Maryam Rasti, e Esmaeil Kavi.
Scopo dello studio	Lo scopo di questo studio è quello di confrontare il sostegno sociale percepito e la depressione tra i residenti delle CPA, anziani che frequentano i centri diurni e anziani al proprio domicilio.
	PMID: PMID: 32195163 / PMCID: PMC7055191 DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18
Disegno di ricerca	Il disegno di ricerca è un RCT. Gli intervistati sono stati sottoposti a dei questionari.
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	Sono state indagate 315 persone anziane a cui sono stati somministrati dei questionari che si rifacevano alle scale validate della GDS, scala ADL e l'indice di Barthel.
Procedura di analisi dei dati / risultati	Attraverso il sistema ANOVA, è stato potuto ottenere dei dati statisticamente significativi riguardo alla diminuzione dei sintomi depressivi nei residenti delle CPA ma soprattutto degli anziani che frequentano i centri diurni.
Implicazioni / limiti	Questo studio dimostra come le CPA attraverso scale validate e un buon assessment dell'assistito possano ridurre i sintomi depressivi, ma soprattutto dimostra come la prevenzione e la somministrazione di cure adeguate riduca i sintomi depressivi già al domicilio.

Titolo dell'articolo **Behavioural activation in nursing homes to treat depression (BAN-Dep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial**

Autori Velasquez Reyes, Diana, Hema Patel, Nicola Lautenschlager, Andrew H. Ford, Eleanor Curran, Rachael Kelly, Rhoda Lai, Terence Chong, Leon Flicker, David Ekers, Simon Gilbody, Christopher Etherton-Beer, Dina Lo Giudice, Kathryn A. Ellis, Angelita Martini, e Osvaldo P. Almeida.

Scopo dello studio Questo studio ha lo scopo di valutare se una formazione degli infermieri nella terapia cognitivo – comportamentale possa portare migliori benefici ad anziani con sintomi depressivi residenti in CPA.

PMID: PMID: 31676658 / PMCID: PMC6830697

DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032421

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca è un RCT.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 666 residenti con età maggiore di 60 anni residenti in 100 strutture differenti. Sono stati suddivisi in due gruppi, quelli sottoposti a terapia comportamentale e quelli del gruppo controllo. Tutti gli infermieri sono stati incoraggiati a sensibilizzarsi riguardo alla terapia comportamentale.

Procedura di analisi dei dati / risultati I risultati ottenuti da questo studio dimostrano come una sensibilizzazione da parte degli operatori alla terapia comportamentale influisca sulla diminuzione dei sintomi depressivi dei residenti.

Implicazioni / limiti Questo studio ha un'implicazione a livello infermieristico in quanto denota come una maggior formazione possa aumentare il benessere psicologico dei residenti.

Titolo dell'articolo Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy

Autori McCurren, Cynthia, Dorothy Dowe, Deborah Rattle, e Stephen Looney.

Scopo dello studio Lo scopo di questo studio è quello di valutare i sintomi depressivi negli anziani attraverso GDS e verificare se l'introduzione di operatori specializzati in salute mentale incida sulla diminuzione dei sintomi depressivi.

PMID: /

DOI: 10.1002/central/CN-00264814

Disegno di ricerca Lo studio condotto è un RCT.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 139 residenti in CPA, il 68% dei quali è risultato idoneo all'indagine. Sono stati formati due gruppi: quello intervento e quello controllo.

Procedura di analisi dei dati / risultati Tra coloro che sono stati sottoposti al gruppo intervento si è rilevato una diminuzione statisticamente significativa dei sintomi depressivi.

Implicazioni / limiti L'unico limite è stato imposto dalla somministrazione della GDS per la valutazione dei sintomi depressivi.

Questo studio ha un'implicazione a livello infermieristico a livello di formazione degli operatori per una migliore presa in carico.

Titolo dell'articolo **Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents**

Autori Guimarães, Lara de Andrade, Thaís Alves Brito, Karla Rocha Pithon, Cleber Souza de Jesus, Caroline Sampaio Souto, Samara Jesus Nascimento Souza, e Thassyane Silva Dos Santos.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio è quello di determinare la prevalenza e i fattori associati ai sintomi depressivi negli anziani istituzionalizzati.

PMID: PMID: 31508748

DOI: 10.1590/1413-81232018249.30942017

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca utilizzato è il cross-sectional study epidemiologico. I dati sono stati raccolti da aprile a dicembre 2014 sottoponendo gli intervistati a questionari dove venivano richieste informazioni socioeconomiche e demografiche.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Nello studio sono stati coinvolti 42 anziani di un istituto per anziani. Sono precedentemente sottoposti al GDS – 15 per il rilevamento di sintomi depressivi e al MMSE (Mini Mental Status) per poter escludere deficit cognitivi nei pazienti coinvolti nello studio.

Procedura di analisi dei dati / risultati Lo studio ha fornito indicazioni su come la prevalenza di sintomi depressivi nelle persone anziane istituzionalizzate, soprattutto donne, sia associato alla presenza di sintomi come l'incontinenza urinaria, salute auto-percepita negativa, insonnia ed essere in pensione.

Lo studio fornisce anche delle evidenze scientifiche significative a livello di pratiche infermieristiche come ad es. la promozione dell'orientamento attraverso il costante aggiornamento dei calendari o di eseguire attività durante giornate commemorative o ricoverare due utenti con ciclo circadiano simile nella stessa stanza.

Implicazioni / limiti Sono state somministrate delle scale validate al fine di rilevare sintomi depressivi e tramite MMSE escludere dall'indagine

Titolo dell'articolo **Exploring Spiritual Needs and Its Relation with Anxiety and Depression in the Elderly Patients with Chronic Diseases**

Autori Ramezani, Tahereh, Zahra Taheri-Kharameh, e Zeynab Karimi.

Scopo dello studio Lo scopo di questo studio è la valutazione e il riconoscimento dei bisogni dell'utente compresi quelli spirituali al fine di ridurre i sintomi depressivi.

PMID: /

DOI: 10.29252/jhsme.6.2.10

Disegno di ricerca Lo disegno di ricerca consiste in uno studio analitico trasversale. Ai pazienti sono stati somministrati dei questionari.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 100 pazienti di due ospedali differenti, con malattie croniche con età maggiore ai 60 anni. Sono state somministrate domande appartenenti alla sfera spirituale, ansia, depressione e caratteristiche demografiche.

Procedura di analisi dei dati / risultati I risultati di questo studio affermano che la presa a carico dei bisogni spirituali dell'utenza migliora il loro stato di benessere emotivo riducendo i sintomi depressivi.

Implicazioni / limiti Nella presa a carico infermieristica il quarto elemento della sfera bio-psico-sociale-spirituale prende fondamentale importanza.

Titolo dell'articolo **Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment.**

Autori Habert, Jeffrey, Martin A. Katzman, Oloruntoba J. Oluboka, Roger S. McIntyre, Diane McIntosh, Glenda M. MacQueen, Atul Khullar, Roumen V. Milev, Kevin D. Kjernisted, Pratap Chokka, e Sidney H. Kennedy.

Scopo dello studio Lo scopo di questo studio è quello di verificare se la diagnosi precoce di depressione influisca sulla durata del trattamento e miglio outcomes del paziente.

PMID: /

DOI: 10.4088/PCC.15r01926

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca consiste nella revisione sistematica di studi rilevati nella banca dati PubMed.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 30 studi eseguiti su quali misure antidepressive abbiano un effetto precoce sulla depressione, tenendo in considerazione solo quelli in cui venivano riportati esiti statisticamente significativi.

Procedura di analisi dei dati / risultati Da questo studio si evince come una precoce valutazione dei sintomi depressivi e una precoce diagnosi possa permettere di mettere in atto un trattamento della sintomatologia tale da ridurre la durata del trattamento migliorando l'outcomes del paziente evitando che i trattamenti risulti inefficaci o mal tollerati.

Implicazioni / limiti A livello infermieristico una buona conoscenza delle scale validate e quindi una migliore consapevolezza della presenza di sintomi depressivi, migliora la presa a carico del paziente.

Titolo dell'articolo **Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study**

Autori Koehler, Melissa, Terry Rabinowitz, John Hirdes, Michael Stones, G. Iain Carpenter, Brant E. Fries, John N. Morris, e Richard N. Jones.

Scopo dello studio Lo scopo di questo studio era quello di valutare se la GDS fosse un buon strumento di valutazione per la sintomatologia depressiva.

PMID: PMID: 15627403 / PMCID: PMC546185

DOI: 10.1186/1471-2318-5-1

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca utilizzato prevede un'indagine quantitativa. Con la somministrazione di questionari.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 704 residenti di 9 residenze differenti. Infermieri specializzati hanno somministrato la GDS e altre scale di valutazione della depressione.

Procedura di analisi dei dati / risultati Risultati mostrano come la DRS ha una migliore applicazione quando il paziente presenta deficit cognitivi, mentre, la GDS a 15 item è più applicabile a pazienti senza deficit cognitivo.

Implicazioni / limiti Questo studio ha dimostrato come la GDS se applicata correttamente in pazienti senza deficit cognitivi possa essere uno strumento valido per la rilevazione di sintomi depressivi.

Titolo dell'articolo **Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial**

Autori Callesen, Pia, David Reeves, Calvin Heal, e Adrian Wells.

Scopo dello studio Questo studio si pone l'obiettivo di valutare se la terapia cognitivo-comportamentale ha una applicabilità statisticamente significativa sulla diminuzione dei sintomi depressivi.

PMID: PMID: 32398710 / PMCID: PMC7217821

DOI: 10.1038/s41598-020-64577-1

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca utilizzato è l'RCT.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati indagati 174 pazienti di età mista a cui era stata diagnosticata una depressione maggiore. 85 sono stati attribuiti al gruppo di terapia cognitivo comportamentale e 89 sono stati seguiti tramite una presa in carico tradizionale. La randomizzazione è stata eseguita in modo random.

Sono state somministrate 24 sedute da 60 minuti l'una e dopo sei mesi di trattamento sono stati tratti i risultati.

Procedura di analisi dei dati / risultati Da questo studio si è potuto trarre che la terapia cognitivo comportamentale ha un'influenza statisticamente significativa sulla diminuzione dei sintomi depressivi.

Implicazioni / limiti Per la pratica infermieristica è opportuno almeno un corso di sensibilizzazione alla terapia comportamentale.

Titolo dell'articolo	Multiple brief training sessions to improve nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding nursing care of older adults with depression in long-term care facilities
Autori	Lee, Chia-Chi, Huei-Chi Tseng, Lee-Pin Wu, e Yeu-Hui Chuang.
Scopo dello studio	Questo studio si pone l'obiettivo di valutare il livello di conoscenza dei sintomi depressivi degli infermieri in modo da migliorare la presa a carico e gli atteggiamenti nei confronti di pazienti con sintomi depressivi.
	<p>PMID: PMID: 31793045</p> <p>DOI: 10.1002/nur.21997</p>
Disegno di ricerca	Il disegno di ricerca è un RCT dove agli infermieri sono stati somministrati dei questionari auto-dichiarativi all'inizio e alla fine dello studio.
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	Sono state incluse nello studio nove strutture per anziani. 30 infermieri facente parte di 4 strutture differenti sono stati sottoposti ad una formazione composta da 3 sessioni da 30 minuti l'una e gli altri 36 infermieri delle altre 5 strutture non sono stati sottoposti a formazione.
Procedura di analisi dei dati / risultati	Questo studio ha avuto come risultato quello di evidenziare come, il gruppo sottoposto a formazione, abbia avuto un miglioramento statisticamente significativo nelle conoscenze riguardo alla depressione.
Implicazioni / limiti	Da questo studio di ricerca si evince come anche la sensibilizzazione all'argomento migliora la presa in cura dei pazienti con sintomatologia depressiva.

Titolo dell'articolo The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial

Autori Lok, Neslihan, Sefa Lok, e Muammer Canbaz.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio è quello di valutare se l'attività fisica ha un impatto sulla diminuzione dei sintomi depressivi.

PMID: PMID: 28110207

DOI: 10.1016/j.archger.2017.01.008

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca ha utilizzato un RCT. Somministrando dei questionari all'inizio e alla fine dello studio.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati inclusi nello studio 80 anziani con età maggiore ai 65 anni suddividendoli a random in 40 pazienti nel gruppo intervento e 40 nel gruppo controllo. Ai pazienti sottoposti al gruppo intervento sono stati somministrati attività fisiche 4 volte alla settimana per una durata di 10 settimane, composte da 10 min. di riscaldamento, 20 di esercizi ritmici, 10 di raffreddamento e 30 minuti di camminata libera.

Procedura di analisi dei dati / risultati Nel gruppo intervento si sono rilevati diminuzioni statisticamente significativi dei sintomi depressivi rispetto al gruppo controllo.

Implicazioni / limiti A livello infermieristico laddove è possibile, far eseguire delle attività fisiche ai pazienti migliora lo stato di benessere emotivo riducendone i sintomi depressivi.

Titolo dell'articolo **Association of detected depression and undetected depressive symptoms with long-term mortality in a cohort of institutionalised older people**

Autori Damián, J., R. Pastor-Barriuso, E. Valderrama-Gama, e J. de Pedro-Cuesta.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio è vedere come la depressione sia correlata alla mortalità degli anziani ricoverati in istituti di cura a lungo termine (CPA). questo scopo, visto i dati inconcludenti dei precedenti studi si è incentrato sul metodo di rilevazione dei dati al fine di ottenere dei risultati affidabili.

PMID: PMID: 26753838 / PMCID: PMC6998690

DOI: 10.1017/S2045796015001171

Disegno di ricerca Lo studio di ricerca che è stato eseguito è uno studio di coorte che ha utilizzato i dati ricavati da un follow – up basati su interviste, sulla mortalità provenienti da una ricerca condotta tra il 1998 e il 1999.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca È stato selezionato un campione di 591 residenti ricoverati rispettivamente in 25 istituzioni pubbliche e 30 private, di età pari o superiore a 75 anni (con età media di 84.5 anni), senza la diagnosi di deficit cognitivi includendo tutti gli anziani con/senza diagnosi di depressione diagnosticata attraverso Geriatric Depression Scale.

Procedura di analisi dei dati / risultati Questa ricerca ha ottenuto come risultato quello di verificare scientificamente come il rischio di mortalità a lungo termine sia maggiore negli anziani senza una diagnosi di depressione rispetto a coloro a cui è stata diagnosticata.

Implicazioni / limiti I limiti di questa ricerca consistono nei molti drop-out che sono avvenuti a causa dei decessi degli anziani a causa dell'età.

Titolo dell'articolo Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: study protocol for a randomized controlled trial

Autori Gaggioli, Andrea, Chiara Scaratti, Luca Morganti, Marco Stramba-Badiale, Monica Agostoni, Chiara A. M. Spatola, Enrico Molinari, Pietro Cipresso, e Giuseppe Riva.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio è quello di confrontare gli effetti delle relazioni tra il gruppo di terapia di reminiscenza con quelle del gruppo di attività ricreativa al fine di dimostrare che questi interventi hanno beneficio nel ridurre i sintomi depressivi nell'anziano istituzionalizzato.

PMID: PMID: 25344703 / PMCID: PMC4216871

DOI: 10.1186/1745-6215-15-408

Disegno di ricerca È stato eseguito un RCT. Dove sono stati selezionati 20 anziani istituzionalizzati in una singola struttura di residenza a lungo termine.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Il campione di anziani istituzionalizzati è stato diviso in due sottogruppi: sperimentale e gruppo controllo. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a 6 sessioni di terapia di reminiscenza di gruppo, mentre il gruppo di controllo è stato sottoposto a discussioni di gruppo ricreativo.

Procedura di analisi dei dati / risultati Lo studio condotto, ha potuto ottenere come risultato quello che la somministrazione di una terapia di reminiscenza ha un effetto significativamente valido nel ridurre i sintomi depressivi nell'anziano istituzionalizzato e migliorare la sua presa in cura correlata ad una miglior salute auto-percepita.

Implicazioni / limiti Il numero di partecipanti è stato calcolato in modo da avere un numero di campione sufficiente per provare l'effetto del training e ridurre l'errore di tipo II.

Titolo dell'articolo	Effectiveness of Story-Centred Care Intervention Program in older persons living in long-term care facilities: A randomized, longitudinal study
Autori	Chuang, Hui-Wan, Chi-Wen Kao, Ming-Der Lee, e Yue-Cune Chang.
Scopo dello studio	Lo scopo dello studio era di esaminare l'efficacia dell'intervento "Story centred Care Intervention Program" per migliorare i sintomi depressivi, le funzioni cognitive e agire sulla frequenza cardiaca.
	PMID: PMID: 29554111 / PMCID: PMC5858786 DOI: 10.1371/journal.pone.0194178
Disegno di ricerca	Il disegno di ricerca utilizzato è un RCT. Agli indagati venivano somministrate delle scale validate per notare la presenza di sintomi depressivi (GDS), un dispositivo CheckMyHeart per la misurazione della frequenza cardiaca ed il MMSE.
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	Sono stati indagati 70 pazienti residenti in CPA, di due strutture differenti. Sono stati scelti, 35 residenti come gruppo a cui veniva somministrato l'intervento e 35 residenti facenti parte del gruppo controllo. Dopo le varie esclusioni sono stati indagati 60 residenti (40 donne e 20 uomini, con un'età media di 84.3 anni)
Procedura di analisi dei dati / risultati	Per la raccolta dei dati sono stati opportuni 4 momenti differenti: prima dell'intervento, due follow-up e dopo l'intervento. I risultati che sono emersi da questo studio di ricerca, sono statisticamente significativi e affermano che a coloro che era stato somministrato la terapia "Story centred Care Intervention Program" hanno avuto miglioramenti sostanziali nella diminuzione dei sintomi depressivi e nel miglioramento delle funzioni cognitive, mentre non sono stati rilevati miglioramenti significativi nella variazione della frequenza cardiaca.
Implicazioni / limiti	In 5 pazienti del gruppo controllo e 5 del gruppo intervento, si è verificato un cut-off a causa della mancata compilazione dei test finali e per eventi di interferenza sui risultati.

Titolo dell'articolo	Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression
Autori	Scherrer Júnior, Gerson, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Leticia Meazzini de Oliveira, Dulce Aparecida Barbosa, Angélica Castilho Alonso, Dayana Souza Fram, e Angélica Gonçalves Silva Belasco.
Scopo dello studio	Lo scopo dello studio è di indagare sulla qualità della vita (QOL) dei residenti anziani in CPA con o senza presenza di sintomi di depressione confrontandoli con l'attività sociale, l'attività fisica, tempo libero, ADL in modo da ottenere risultati significativi di come queste variabili possano influire sui sintomi depressivi.
	PMID: PMID: 31826201
	DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0316
Disegno di ricerca	È stato eseguito uno studio trasversale (cross sectional study), con la somministrazione di interviste individuali sottoponendo gli intervistati a scale valutate per la rilevazione di sintomi depressivi attraverso la BDI (Beck Depression inventory), questionario QOL e ADL secondo l'indice di KATZ per valutare la propria autonomia per escludere deficit fisici o cognitivi.
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	Nello studio sono stati indagati 650 anziani istituzionalizzati in 4 differenti strutture di cui solo 101, sono risultati idonei per l'indagine. Il campione in esame era composto sia da uomini che da donne con età maggiore ai 60 anni, residenti da almeno tre mesi senza deficit cognitivi.
Procedura di analisi dei dati / risultati	Per la raccolta dati, avvenuta tra gennaio 2014 e febbraio 2015, in previsione dei risultati è stata scelta la regressione lineare multipla per poter spiegare al meglio quali variabili hanno avuto effetti statisticamente significativi nel variare i sintomi depressivi. Questa indagine ha ottenuto come risultati quello di evidenziare come un ambiente stimolante e la proposta di varie attività collettive, favorisca la conservazione delle ADL e migliori significativamente i sintomi di depressione e la percezione di QOL.
Implicazioni / limiti	Unico limite imposto prima di iniziare lo studio era che, il campione di residenti scelto dovesse avere un valore maggiore di 19 al MMSE.

Titolo dell'articolo	Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes
Autori	Lohman, Matthew C., Briana Mezuk, e Levent Dumenci.
Scopo dello studio	Lo scopo di questo studio è quello di verificare se vi sia una correlazione tra sintomi depressivi, fragilità e ricoveri in CPA correlati a cadute con lesioni.
	<p>PMID: PMID: 26488225 / PMCID: PMC4840081</p> <p>DOI: 10.1080/13607863.2015.1102199</p>
Disegno di ricerca	Questo disegno di ricerca rispecchia l'indagine qualitativa e si è avvalso dei dati provenienti dal HRS (Health and Retirement Study).
Strumenti di ricerca / campione di ricerca	<p>L'HRS è un'indagine che si avvaleva di interviste telefoniche, per studiare le dinamiche economico-sanitarie degli anziani in pensione non istituzionalizzati.</p> <p>Il campione di ricerca si avvaleva di 20.129 intervistati tra cui il 94% era risultato over 51 anni. Dopo successive esclusioni il campione finale adeguato all'indagine è risultato essere di 13.495 intervistati.</p>
Procedura di analisi dei dati / risultati	<p>Dallo studio emerge come la fragilità sia un elemento statisticamente significativo per la presenza di sintomi depressivi. È emerso inoltre, come la depressione sia esponenzialmente maggiore in persone che vengono istituzionalizzate a seguito di cadute con esiti di lesione.</p> <p>Questa indagine ha prodotto come risultato quello di confermare come la fragilità e sintomi depressivi siano correlati tra loro e questa correlazione abbia anche degli effetti sulla qualità di vita e sulla salute degli intervistati.</p> <p>Questo studio pone l'attenzione di come una presa in cura già a domicilio possa posticipare le istituzionalizzazioni a causa dell'aumento della fragilità.</p>
Implicazioni / limiti	Sono stati imposti dei principi di esclusione tra cui il fatto che gli intervistati avessero informazioni su casa fosse la fragilità e fossero a conoscenza dei sintomi depressivi.

Titolo dell'articolo Prevalence and risk factors of frailty among home care clients

Autori Miettinen, Minna, Miia Tiihonen, Sirpa Hartikainen, e Irma Nykänen.

Scopo dello studio Lo scopo di questo studio è quello di verificare come la fragilità in persone anziane possa incidere sul declino della salute.

PMID: PMID: 29149866 / PMCID: PMC5693585

DOI: 10.1186/s12877-017-0660-8

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca è un RCT.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Il campione scelto per questa indagine consiste in anziani con età maggiore di 65 anni che vivono al domicilio ma che sono seguiti dalle cure domiciliari. Sono stati indagati 257 persone, il 90% di essi è risultato idoneo all'indagine dopo esser stato sottoposto a screening di fragilità.

Procedura di analisi dei dati / risultati Lo studio è stato svolto somministrando agli anziani delle interviste.

Da questo disegno di ricerca si è potuto evincere come la malnutrizione sia un fattore che aumenta la fragilità nell'anziano.

Implicazioni / limiti Sono state eseguite delle scelte per limitare i cut-off.

Titolo dell'articolo **Integrating Depression Care Management into Medicare Home Health Reduces Risk of 30- and 60-Day Hospitalization: The Depression Care for Patients at Home Cluster-Randomized Trial**

Autori Bruce, Martha L., Matthew C. Lohman, Rebecca L. Greenberg, Yuhua Bao, e Patrick J. Raue.

Scopo dello studio Questo studio di ricerca si prefigge come obiettivo quello di indagare come la gestione della depressione già al domicilio prevenga l'istituzionalizzazione.

PMID: PMID: 27739067 / PMCID: PMC5118110

DOI: 10.1111/jgs.14440

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca che è stato effettuato è un RCT. Sono state eseguite delle interviste al domicilio.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Per questo studio di ricerca sono stati indagati 529 anziani con diagnosi di depressione. Sono stati suddivisi in due gruppi: il gruppo intervento a cui è stato somministrato il CAREPATH e il gruppo controllo a cui sono state somministrare le cure di base senza intervento specifico.

Procedura di analisi dei dati / risultati Si evince dallo studio che l'integrazione del CAREPATH l'aggancio alle cure domiciliari successivo alla dimissione da una clinica od un ospedale riduce i sintomi depressivi e allunga i periodi di istituzionalizzazione.

Implicazioni / limiti Durante lo studio si sono limitati gli errori di somministrazione dei questionari da parte degli infermieri e non si sono potuti limitare alcuni cut-off.

Titolo dell'articolo **Psychological outcomes of life story work for community-dwelling seniors: A randomised controlled trial**

Autori Lai, Claudia K. Y., Kenny C. W. Chin, Yu Zhang, e Engle Angela Chan.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio è quello di convalidare se la terapia "life story" abbia un risultato statisticamente significativo sulla riduzione dei sintomi depressivi.

PMID: PMID: 31025828

DOI: 10.1111/opn.12238

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca è un RCT.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca Sono stati reclutati 244 anziani di 17 differenti case per anziani. 124 pazienti sono stati associati in modo casuale al gruppo di intervento e 120 al gruppo controllo. Ogni membro del gruppo intervento è stato seguito da un volontario con il quale ha potuto preparare il libro sulla sua storia di vita.

Procedura di analisi dei dati / risultati Risultati dimostrano come la STRY LIFE abbia un impatto statisticamente significativo nel benessere psicologico degli anziani istituzionalizzati.

Implicazioni / limiti Questo studio di ricerca non ha dato risultati statisticamente significativi per quanto riguarda l'introduzione dell'intervento nelle persone anziane in comunità ma ha suggerito come questo intervento sia più significativo nelle CPA.

Titolo dell'articolo **The clinical effectiveness of sertraline in primary care and the role of depression severity and duration (PANDA): a pragmatic, double-blind, placebo-controlled randomised trial**

Autori Lewis, Gemma, Larisa Duffy, Anthony Ades, Rebekah Amos, Ricardo Araya, Sally Brabyn, Katherine S. Button, Rachel Churchill, Catherine Derrick, Christopher Dowrick, Simon Gilbody, Christopher Fawsitt, William Hollingworth, Vivien Jones, Tony Kendrick, David Kessler, Daphne Kounali, Naila Khan, Paul Lanham, Jodi Pervin, Tim J. Peters, Derek Riozzie, George Salaminios, Laura Thomas, Nicky J. Welton, Nicola Wiles, Rebecca Woodhouse, e Glyn Lewis.

Scopo dello studio Lo scopo dello studio era quello di poter valutare se la presa in cura farmacologica di pazienti con diagnosi di depressione agli esordi della malattia.

PMID: PMID: 31543474 / PMCID: PMC7029306

DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30366-9

Disegno di ricerca Il disegno di ricerca è un RCT in doppio cieco. Gli indagati sono stati sottoposti a scale valutate per la depressione (BDI) in modo da notare se la terapia avesse beneficio.

Strumenti di ricerca / campione di ricerca I pazienti sono stati attribuiti al gruppo Sertralina o al gruppo placebo, casualmente, attraverso una scelta operata da un computer. I pazienti sono stati sottoposti ad una terapia per OS consistente, per il gruppo in terapia con Sertralina è stata somministrata un compresse da 50 mg di Sertralina per la prima settimana e poi 2 compresse/die per 11 settimane.

Procedura di analisi dei dati / risultati Da questo studio si evince come la Sertralina non riduca i sintomi depressivi entro le 6 settimane ma migliori le quote d'ansia e la salute mentale auto-percepita.

Implicazioni / limiti I limiti riscontrati riguardano gli eventi avversi accaduti a causa di alcuni effetti collaterali.



Questa pubblicazione, *Come riconoscere la depressione nell'anziano fragile in casa per anziani: l'istituzionalizzazione come fattore di rischio*, scritta da *Francisco Arturo Venosa*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.