Scuola universitaria della Svizzera Italiana-SUPSI
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale DEASS
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Sanja Grebenar

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO FRAGILE E COME RICONOSCERLA.
REVISIONE DELLA LETTERATURA.

Direttrice di Tesi:
Lara Pelizzari

Anno accademico: 2016-2017
Data di consegna: Manno, 31 luglio 2017

Scuola universitaria della Svizzera Italiana-SUPSI
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale DEASS
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Sanja Grebenar

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO FRAGILE E COME RICONOSCERLA.
REVISIONE DELLA LETTERATURA.

Direttrice di Tesi:
Lara Pelizzari

Anno accademico: 2016-2017
Data di consegna: Manno, 31 luglio 2017

"L'autore è l'unico responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi"

ABSTRACT

Introduzione

In questo lavoro di tesi ho intenzione di trattare la depressione nel soggetto anziano ed esporre uno strumento valido per il riconoscimento precoce della sintomatologia depressiva in un paziente in età anziana, ricoverato in un reparto geriatrico e/o casa per anziani. La depressione è uno dei disturbi affettivi maggiormente presente tra la popolazione anziana ed è un tema rilevante nelle nostre latitudini, poiché assistiamo sempre più all'invecchiamento della popolazione. Inoltre, la depressione nell'anziano si maschera, i sintomi vengono spesso confusi con un processo d'invecchiamento oppure con una demenza. Spesso la sintomatologia depressiva viene associata a una normale condizione della vecchiaia, quando invece non è così. Fortunatamente la sensibilità verso questo disturbo affettivo sta aumentando da parte dei professionisti, infatti, si valuta l'anziano in maniera multidimensionale sia nelle case per anziani, che nei reparti geriatrici, dove lo stato psichico ed emotivo viene preso in considerazione.

Obiettivo

Lo scopo del mio lavoro di Bachelor è individuare un valido strumento per riconoscere precocemente la sintomatologia depressiva nell'anziano, con il fine di poter iniziare una presa a carico mirata e precoce per avere un miglioramento dell'outcome. Inoltre, verificare se uno dei strumenti più utilizzati, come la "Geriatric Depression Scale" (GDS), sia uno strumento di screening adatto e che permetta ai professionisti di ottenere una prima valutazione del paziente, con l'obiettivo di individuare una sintomatologia depressiva.

Metodologia

È stata svolta una revisione della letteratura, ho preso in considerazione 13 articoli dal 2000 fino al 2017, tranne un articolo che risale al 1999. Gli articoli da me selezionati prendono in considerazione pazienti con un'età pari e/o maggiore ai 65 anni, ricoverati in una casa di risposo o in un reparto geriatrico, ai quali è stato sottoposto il GDS in diverse versioni: da 30 items, 15 o 5; quest'ultimo in certi articoli è stato confrontato con altri strumenti di screening per l'individuazione della sintomatologia depressiva.

Risultati e conclusioni

I risultati dei 13 articoli considerati per l'analisi di letteratura dimostrano che la GDS, in tutte le sue versioni, sia uno strumento valido e accettato per l'utilizzo di una individuazione precoce della sintomatologia depressiva nell'anziano. Diversi articoli sottolineano come la versione a 5 items sia una buona versione, dato che è veloce da somministrare, facile da comprendere e con un efficace risposta. Infine, si sottolinea l'importanza di avere e utilizzare strumenti di screening validi per poter riconoscere tempestivamente un disturbo depressivo nell'anziano, può migliorare l'outcome del trattamento. Tutti gli studi che ho analizzato in questa revisione della letteratura hanno affermato che la GDS in tutte le sue versioni, sia uno strumento di screening della depressione nell'anziano valido e consigliato. Questa ricerca mi ha permesso di ampliare le mie conoscenze soprattutto rispetto alla "Geriatric Depression Scale", come è stata idealizzata e le domande che vengono poste quali elementi dei criteri diagnostici di una depressione va a toccare.

Indice

1. Introduzione e motivazione ……5

2. Quadro teorico
2.1 Salute mentale ……..…...…..6
2.2 Disturbi dell'umore ……...……..……...……...7
2.3 Classificazione …….....9
2.3.1 ICD-10 …….……...9
2.3.2 DSM-V …….…….....10
2.4 Sintomatologia ……...……..……10

3. Anziano
3.1 Aspetti demografici dell'anzianità ……..……..12
3.2 Senilità ……..…….……..13
3.3 Definizione di fragilità ……..…….…14
3.4 Anziano e depressione ……...…….…….. 15
3.5 Dati epidemiologici …….……16

4 Geriatric Depression Scale ……...….17

5 Metodologia ……..…….…….18

6 Articoli in tabella …….....23

7 Analisi risultati …….……32
7.1 GDS-30 …….... ...32
7.2 GDS-15 …….....33
7.3 GDS 8/5/4 …….…....35

8. Discussione ……...……36

9. Limiti della ricerca …….....….37

10. Rilevanza clinica e sviluppi per il futuro ……..……..38

11. Conclusione ……..…….....40

12. Ringraziamenti ……...……...42

13. Bibliografia ……...…..43

14. Allegati …….....46

1. Introduzione e motivazione

Per il mio lavoro di tesi ho scelto l'area della psichiatria, più precisamente ho deciso di trattare il tema della depressione.

Mi sono focalizzata sull'ambito psichiatrico perché ha da sempre suscitato in me grande interesse, ma anche perché è così sottile la linea che separa dal definirci in salute mentale, piuttosto che soffrire di un disturbo mentale. Di conseguenza è affascinante per me come ognuno di noi viaggi su questa linea e basta un evento stressante, che ci condiziona completamente e ci porta ad essere "classificati" come persona che soffre di un disturbo mentale.

Nel mio lavoro di Bachelor mi soffermerò più che altro sulla depressione, perché è un tema che mi sta molto a cuore. Mi sono confrontata con la depressione la prima volta alle scuole superiori specializzate per le professioni socio sanitarie di Giubiasco, dove purtroppo abbiamo trattato il tema in maniera molto sbrigativa e generale, senza soffermarci troppo. A confronto, al primo semestre della SUPSI nel modulo di Lunga durata 1 ho potuto affrontare in maniera più approfondita rispetto a qualche anno fa, inoltre ho avuto modo di poter seguire dei pazienti che soffrono di questo disturbo affettivo durante i diversi stage che ho svolto in ospedali, quindi in reparti di medicina o chirurgia.

Ho scelto di lavorare sulla depressione correlata alle persone in età anziana e che spesso si trovano in una condizione di fragilità.

La motivazione che mi ha portato a cambiare il tipo di popolazione da adolescenti, e scegliere la terza età è perché la popolazione anziana in Svizzera è alta, dunque è un fenomeno rilevante anche per noi futuri infermieri. Oltretutto, sono pazienti che possono trovarsi in una condizione di fragilità, con pluri-patologie, con un deterioramento fisico e mentale che influiscono molto sull'insorgenza di una possibile depressione ma anche sul non riuscire a riconoscerla. La manifestazione della depressione in un paziente in terza età è atipica ed è spesso associata a sintomi ansiosi e somatizzazioni e a disturbi cognitivi.

I disturbi psichiatrici contribuiscono inesorabilmente al decadimento delle capacità funzionali e incidono sulla qualità della vita degli anziani; dietro a questi disturbi il principale è la depressione, che è il disturbo affettivo con un'alta incidenza in tutto il mondo (Matias et al. 2016). Diversi studi dimostrano che la prevalenza della fragilità nell'anziano aumenta con dei casi di depressione, l'incremento di questo fenomeno è dovuto alla sintomatologia depressiva che porta il soggetto anziano a un maggiore rischio di cadute, con spesso una seguente istituzionalizzazione in casa per anziani (Lohman, Mezuk, and Dumenci 2017). Altri studi invece dimostrano come la depressione nell'ambito geriatrico sarà un fenomeno che aumenterà con il passare del tempo, dunque è ancora di più dobbiamo essere in grado di riconoscere in maniera precoce la sintomatologia depressiva (Kim, Choe, and Chae 2009).

Infine è stato appurato che la depressione nell'anziano è scarsamente riconosciuta e sotto trattata, proprio perché non diagnosticata ed è stato notato che se la sintomatologia viene riconosciuta tempestivamente e si pone una diagnosi di depressione con lo scopo

di iniziare al più presto un trattamento, gli outcomes del trattamento saranno migliori (Alexopoulos 2005). In futuro come infermiera diplomata mi piacerebbe lavorare in ambito psichiatrico, proprio perché sono sempre stata affascinata dai disturbi mentali e ho sempre avuto piacere nel documentarmi su queste tematiche. L'obiettivo che vorrei raggiungere attraverso il mio lavoro di tesi, è quello di riconoscere precocemente la sintomatologia depressiva in pazienti anziani e fragili, con lo scopo di prevenire il passaggio dallo stato di fragilità allo stato di dipendenza da terzi e anche per prevenire debilitazione del paziente, come anche il rischio di un tentamen.

Inoltre, vorrei aumentare le mie conoscenze sul tema della depressione, ma anche sulla situazione della popolazione anziana nella nostra realtà Svizzera; infine ricercare e conoscere dei nuovi validi strumenti di screening per la sintomatologia depressiva nell'anziano, poiché non esiste solo la GDS.

Infine, il Lavoro di Tesi è composto da una prima parte che si concentra sul quadro teorico che la revisione della letteratura andrà a toccare, la seconda parte invece si sofferma sulla metodologia scelta per l'elaborato scritto e del processo eseguito. Mentre la terza parte del lavoro consiste nella sintesi in tabella degli studi selezionati e dell'analisi dei risultati. L'ultima parte è composta dalla discussione dei dati analizzati, una riflessione sulla rilevanza clinica del tema e dei sviluppi per il futuro, e di una conclusione.

2. Quadro teorico

2.1 Salute mentale

Dato che ho scelto di svolgere il mio Lavoro di Tesi su un argomento che rientra nell'ambito psichiatrico, è fondamentale prima di tutto conoscere e soffermarsi sulla definizione di salute mentale, che è:

"*… uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni*" (OMS).

Purtroppo però, nonostante esista una definizione chiara come quella menzionata dall'organizzazione mondiale della sanità, esiste ancora una visione notevolmente distorta della psichiatria. Ci sono molti pregiudizi nei confronti di chi è in cura presso un ospedale psichiatrico, ma soprattutto c'è una sbagliata concezione di "malattia mentale", come dice la gente, quando si dovrebbe eliminare già la parola malattia e sostituirla con disturbo. La nostra società presenta un senso di disagio, paura, quasi anche disgusto nei confronti di persone affette da qualsiasi disturbo psichiatrico, tutto ciò a causa della cultura che influisce nel vedere la psichiatria con questi occhiali.

Un importante evento che ha sconvolto e cambiato in maniera molto positiva il modo di vedere e affrontare i pazienti con dei disturbi mentali, è la Legge Basaglia che alla fine

degli anni ’70 ha portato a non considerare più il paziente come un pericolo per la società. Inoltre anche la presa a carico di questi pazienti è cambiata grazie a questa legge, però purtroppo il timore e l’angoscia delle persone che si definiscono in salute mentale è ancora presente.

Inoltre, il concetto di “malattia mentale” appare spesso e volentieri con un carattere “oscuro” per la società, quindi la figura del “matto” appare come la persona che si comporta in maniera strana, bizzarra e definita anche socialmente minaccia e purtroppo sono spesso stigmatizzata (Giarelli and Venneri 2013). Dunque una volta che la persona che soffre viene etichettata come “malato mentale” assumerà caratteristiche stigmatizzanti contenute in questa etichetta e così facendo afferma la reazione sociale; lo stigma è quindi dovuto alla diagnosi psichiatrica che porta a rendere reale il “malato mentale” come la società lo vede e lo considera (Giarelli and Venneri 2013).

Dopo aver fatto una breve panoramica sulla salute mentale e su come questa viene percepita dalla società, come è influenzata, ecc. possiamo definire il disturbo mentale che è:

“…una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comune, come le morte di una persona cara, non è disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l’individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell’individuo, come descritto precedentemente” (DSM-5).

2.2 Disturbi dell’umore

“*I disturbi dell’umore sono disturbi emotivi e consistono in periodi prolungati di eccessiva tristezza, eccessiva gioia o entrambe. I disturbi dell’umore sono catalogati come depressivi o bipolari. (…) I disturbi depressivi sono caratterizzati da tristezza abbastanza grave o persistente da interferire con il funzionamento e a volte diminuzione d’interesse o di piacere nelle attività. La causa esatta è sconosciuta ma probabilmente include l’ereditarietà, le modificazioni nei livelli dei neurotrasmettitori, alterazioni della funzione neuroendocrina e fattori psicosociali. (…) Altri tipi di depressione sono classificate in base all’eziologia come il disturbo dovuto a una condizione medica generale*” (Beers, Porter, and Jones 2006).

Dunque, i disturbi affettivi o le sindromi affettive comprendono i disturbi dove vi è una fondamentale alterazione dell’affettività o del tono dell’umore come nella depressione (con o senza ansia associata), piuttosto che dell’esaltazione (ICD 10). Queste alterazioni

dell'umore sono associate a un mutamento del livello di attività che svolge la persona quotidianamente (ICD 10).

La parola "depressione" è un termine che viene usata in diversi settori, come quello dell'economia, in meteorologia e ovviamente nella psicopatologia. Nella cultura popolare si sostiene che tutti, una volta nella vita, siamo soggetti alla depressione e soprattutto si pensa che si supera con un po' di forza di volontà. Concezione molto sbagliata, bisogna saper distinguere gli stati emotivi transitori che viviamo nella vita con la depressione che è una sintomatologia clinica che comporta a un disturbo del funzionamento mentale e sociale (M. Maj, N. Sartorius, 2004).

La depressione è un disturbo che risale già dall'antichità, inizialmente veniva chiamata da Ippocrate "melancolia", questo termine descriveva la sintomatologia e trovava una correlazione fisiologica attraverso i quattro umori (sangue, bile gialla, bile nera, flemma). È interessante come già Ippocrate considerasse la durata dei sintomi un criterio per diagnosticare la depressione, infatti: "se la tristezza persiste, si tratta, quindi, di melancolia" (Maj, Sartorius, 2004).

La definizione di depressione è: "*…Un'alterazione del tono dell'umore verso forme di tristezza profonda con riduzione dell'autostima e bisogno di autopunizione. Quando l'intensità della depressione supera certi limiti o si presenta in circostanze che non la giustificano diventa di competenza psichiatrica, dove si distingue una depressione endogena (…) e una depressione reattiva che è patologica solo quando la reazione ad avvenimenti luttuosi o tristi appare eccessiva"* (Galibretti, 1992).

Nell'ICD 10 sono riportati diversi disturbi dell'umore / sindromi affettive, che sono caratterizzate da diversi sintomi, per quanto riguarda l'episodio depressivo si descrive che: "*negli episodi depressivi ci sono diversi tipi di gravità: lieve, moderata o grave, il paziente presenza depressione del tono dell'umore, riduzione dell'energia e diminuita attività. La capacità di provare piacere, l'interesse e la concentrazione sono ridotti, ed è comune una stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo. Il sonno è generalmente disturbato e l'appetito ridotto. L'autostima e la fiducia in sé sono quasi sempre ridotte, e, anche nella forma lieve, sono spesso presenti idee di colpa e di inutilità. L'abbassamento del tono dell'umore varia poco da un giorno all'altro, è spesso insensibile alle circostanze e può essere accompagnato dai cosiddetti sintomi biologici, quali la perdita d'interesse e di piacere, risveglio al mattino due o più ore prima del solito, peggioramento mattutino della depressione, marcato rallentamento psicomotorio, agitazione, perdita dell'appetito, perdita di peso, riduzione della libido. A seconda del numero e della gravità dei sintomi un episodio depressivo può essere classificato come lieve, moderato o grave*" (ICD 10).

2.3 Classificazione

Esistono dei strumenti, che vengono utilizzati per aiutare a porre una diagnosi e che classificano i diversi disturbi mentali, che quindi comprendono anche la schizofrenia, il disturbo bipolare, piuttosto che i disturbi di personalità. Questi strumenti, che sono l'ultima versione del DSM V e l'ICD-10, vanno, infatti, a classificare ponendo delle indicazioni e linee guida per la diagnosi dei disturbi affettivi come la depressione.
Nei seguenti due sotto capitoli illustrerò come viene classificato un disturbo affettivo, ma senza soffermarmi sui disturbi bipolari, piuttosto che sulla depressione post-partum, che sono disturbi affettivi che non rientrano nel mio tema di lavoro di tesi.

2.3.1.1 ICD-10

Il primo strumento, cioè l'ICD 10 classifica le sindromi affettive nel seguente modo:

I. Episodio depressivo: secondo l'ICD-10 è caratterizzato dalla depressione del tono dell'umore, la perdita degli interessi e della capacità di provare piacere, diminuzione dell'energia e un aumento dell'affaticamento con diminuzione delle attività. Altri sintomi comuni sono: riduzione d'attenzione e concentrazione, riduzione dell'autostima e fiducia in sé stessi, sensi di colpa o inutilità, visione pessimistica del futuro, idee o atti di auto aggressività o idealizzazione suicidale, disturbi del sonno e diminuzione dell'appetito (Organizzazione Mondiale Della Sanità 1996).
   L'episodio depressivo può essere successivamente classificare in:
   - Episodio depressivo lieve
   - Episodio depressivo di media gravità
   - Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici
   - Episodio depressivo grave con sintomi psicotici
   - Altro
   - Non specificato

II. Sindrome depressiva ricorrente: secondo l'ICD 10 si tratta di una sindrome che è caratterizzata da ripetuti episodi depressivi, cosi come descritti nell'episodio depressivo, senza alcuna storia di episodi indipendenti di esaltazione del tono dell'umore o di iperattività che soddisfano invece i criteri di mania, piuttosto che brevi e lievi episodio di esaltazione e di iperattività che invece vanno a descrivere un'ipomania (Organizzazione Mondiale Della Sanità 1996).
   La sindrome depressiva è ulteriormente classificata in:
   - Episodio attuale lieve
   - Episodio attuale di media gravità
   - Episodio attuale grave senza sintomi psicotici
   - Episodio attuale grave con sintomi psicotici
   - Attualmente in remissione
   - Altro
   - Non specificata

III. Sindromi affettive

IV. Altre sindromi affettive

2.3.2 DSM-V

Il secondo strumento per la classificazione dei disturbi affettivi è il DSM-V, il quale è quello maggiormente usato dai professionisti per porre una diagnosi di un disturbo mentale, quest'ultimo suddivide le sindromi affettive nel seguente metodo (American Psychiatric Association 2014):

Episodi di alterazione dell'umore:

I. Episodio depressivo maggiore: sono presenti almeno cinque di questi sintomi con un periodo di almeno due settimane, questi causano disagio clinicamente significativo con una compromissione nell'ambito sociale, lavorativo e altre aree; inoltre l'episodio non è attribuibile agli effetti fisiopatologici di una sostanza o condizione medica, infine almeno uno dei sintomi comprende 1) o 2):
   1. Umore depresso per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni e la persona riferisce di sentirsi triste, vuoto, disperato.
   2. Marcata diminuzione d'interesse o piacere per la maggior parte delle attività di vita quotidiana, durante tutta la giornata e per quasi tutti i giorni.
   3. Perdita di peso significativa, non dovuta a diete, oppure aumento di peso (cambiamento superiore al 5% del peso in un mese), oppure perdita di appetito.
   4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
   5. Agitazione/rallentamento psicomotorio.
   6. Faticabilità o mancanza di energia.
   7. Sentimento di autosvalutazione o sensi di colpa eccessivi e/o inappropriati.
   8. Ridotta capacità di pensare, concentrarsi, decidere.
   9. Pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria senza un piano specifico o tentativo di suicidio.

II. Disturbo depressivo persistente (distimia): è presente un umore depresso durante la maggior parte della giornata, per più giorni ma con una durata che non superi i 2 anni. Durante la depressione sono presenti due o più sintomi dei seguenti:
   1. mancanza di appetito o mangiare troppo
   2. Insonnia o ipersonnia
   3. Mancanza di energia / fatigue
   4. Bassa autostima
   5. Difficoltà di concentrazione e difficoltà nel prendere decisioni
   6. Avere sentimenti di non speranza

2.4 Sintomatologia

"*Sembra tutto così impossibile, senza speranza*" disse Karen. Abbassò lo sguardo verso le mani, dai suoi occhi presero a scendere le lacrime. "*Al mattino faccio fatica ad alzarmi: punto la sveglia, ma non ho nessuna voglia di trascinarmi fuori dal letto. All'idea di andare*

al lavoro mi sento morire. Non mi aspetto niente dalla giornata che sta per iniziare. Mi ritrovo a piangere senza motivo, vorrei solo poter tornare a dormire, per sempre" (Leahy 2012).

Una persona che soffre di depressione la mattina si sveglia e vede il mondo attraverso degli occhiali con le lenti oscure, tutto è opaco e difficile da affrontare, come il semplice gesto di alzarsi dal letto per fare colazione, fare una doccia e prepararsi per andare a lavoro, a scuola, ecc. Inoltre non trovano la comprensione da parte di nessuno a loro vicini.

I sintomi più comuni di una depressione, secondo il manuale diagnostico e di statistica dei disturbi mentali (DSM-V) sono: perdita di energie e d'interesse verso qualsiasi attività, difficoltà a concentrarsi e nel memorizzare, senso di fatica perenne, nervosismo, perdita o aumento di peso, disturbi del sonno (che possono essere la perdita di sonno o l'aumento di ore di sonno), mancanza del desiderio sessuale, i dolori fisici che vengono somatizzati dalla sofferenza psichica della persona e infine compare l'ideazione suicidale nei soggetti che soffrono di depressione (Matias et al. 2016).

Le emozioni che una persona depressa sperimenta sono la tristezza, l'insoddisfazione, perdita del senso di speranza, il senso di vuoto e l'angoscia; inoltre una razionalizzazione della colpa e un profondo odio di sé stessi (Boschetti and Revello 2013).

C'è anche una sintomatologia più a livello cognitivo che comprende che la persona abbia difficoltà nel prendere decisioni e risolvere i problemi, preferisce restare a pensare al proprio malessere, c'è un importante autocritica e una svalutazione della persona che è e il pensiero è spesso pessimistico. Il comportamenti più evidenti sono quelli dell'isolamento sociale, essere passivi, frequenti lamentele, la riduzione dell'attività sessuale e i tentativi di suicidio (Alexopoulos 2005).

Spesso le persone in età anziana sperimentano e vivono una sintomatologia depressiva e in diversi casi sono le persone con malattie croniche, con un decadimento cognitivo e disabilità; dietro alla sofferenza personale del soggetto, questa sintomatologia porta ad un peggioramento delle patologie croniche (Alexopoulos 2005).

Ci sono anche i prodromi della depressione, e in una persona adulta sono: il disturbo del sonno, soffrire di ansia, tendenza all'irritabilità, difficoltà di concentrazione, astenia crescente e modificazione del rapporto al piacere. Inoltre non bisogna dimenticarsi e sottovalutare il rischio di suicidio, infatti, è importante parlarne direttamente con la persona di questo argomento, senza avere paura, non significa che se iniziamo noi il discorso allora la persona vorrà mettere in atto il suicidio. La maggior parte delle persone che soffrono di depressione avranno pensato almeno a una volta al suicidio e se noi ne parliamo con loro e ci rendiamo disponibili per loro è un sollievo. (Nursing Reference Center n.d.).

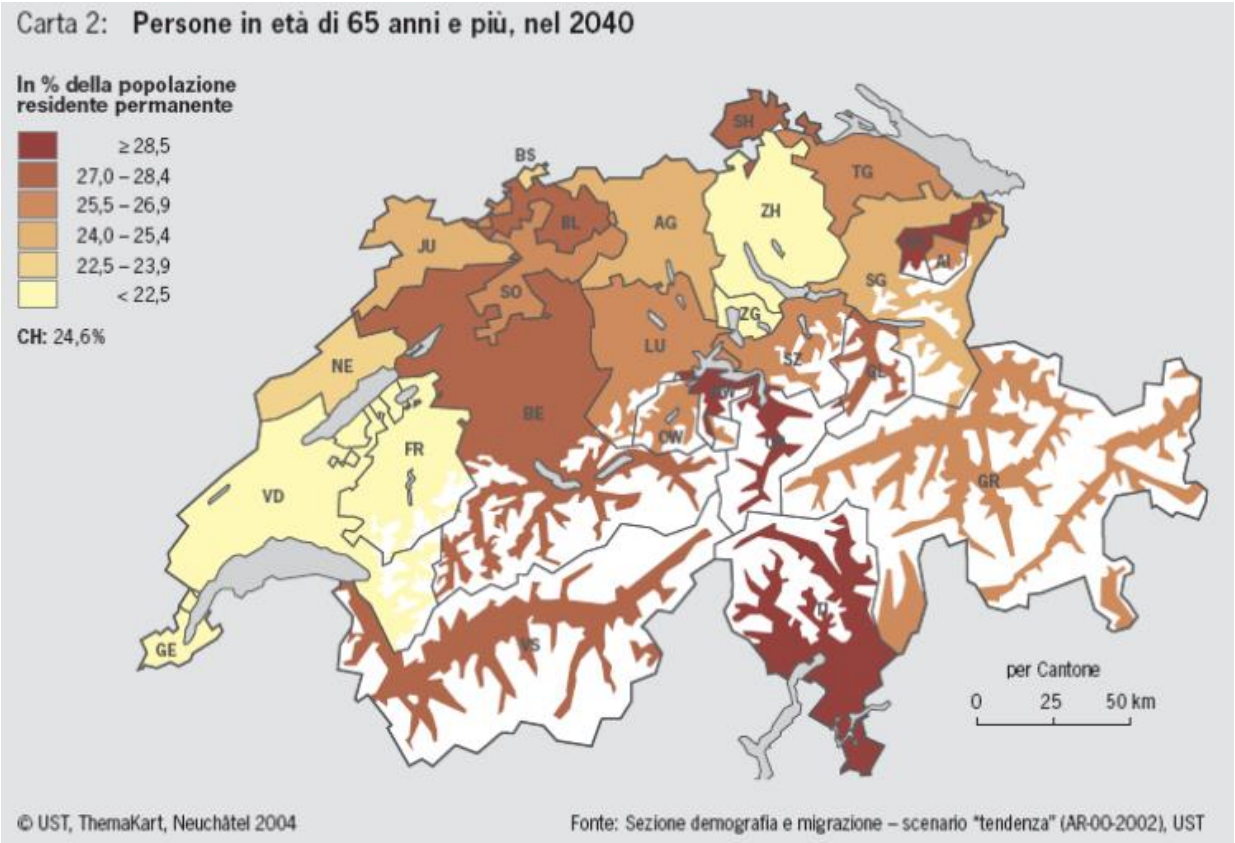
Il fenomeno del suicidio non è presente unicamente in soggetti più giovani, ma lo è anche nei soggetti anziani, è addirittura due volte più frequente tra la popolazione anziana, la sintomatologia tra la popolazione anziana è stata riscontrata nell'80% dei casi (Alexopoulos 2005).

3 Anziano

3.1 Aspetti demografici

Nel corso degli ultimi anni il fenomeno dell'allungamento della vita, quindi dell'aumento degli anziani ha sempre più assunto una maggiore rilevanza. Nel 2012 la speranza di vita si poteva situare attorno agli 80,5 anni per gli uomini, invece per le donne 84,7 anni.
Questo spiega come il numero di persone anziane, tra i 65 anni e i 79 anni, negli ultimi anni si è quadruplicato in Ticino (Giudici, Cavalli, Egloff & Masotti, 2015).
Infatti, possiamo notare come la popolazione con un'età compresa tra i 65 anni e i 79 anni si è quintuplicata, mentre la quantità di soggetti ultraottantenni è aumentato di circa 18 volte. La popolazione in Ticino è raddoppiata negli ultimi 100 anni, ma la popolazione giovanile con un'età di quattordici anni è rimasta in un intervallo tra i 30'000 e i 50'000 individui (Giudici, cavalli, Egloff & Masotti, 2015).

La popolazione residente in Svizzera alla fine del 2015 su 8327.1 (migliaia) di persone il 12.9% ha un'età compresa tra 65 e 79 anni e il 5% over 80 anni (UST, 2015).



L'immagine riportata sopra, mostra la prevalenza della popolazione in Svizzera con un'età pari o maggiore ai 65 anni nel 2040. Possiamo notare che il cantone Ticino è uno dei cantoni che avrà una percentuale uguale e/o maggiore al 28.5% di anziani, a confronto il cantone di Berna e Basilea avranno una popolazione anziana compresa tra il 27 e il 28.4%. Rispettivamente i cantoni che nel 2040 avranno una percentuale di anziani al di sotto del 22.5% sono i cantoni di Zurigo, Vaud, Ginevra e Friborgo.

Questo per dimostrare che la popolazione anziana sarà sempre più presente nel nostro ambito lavorativo, nel quale sarà necessario occuparsi e saper prendersi a carico il soggetto anziano nella maniera migliore possibile.

3.2 Senilità

L'allungamento della vita è un fenomeno a cui abbiamo assistito e continueremo ad assistere; questa fase della vita richiama spesso all'idea di regressione e impoverimento e che quindi non rientra in un concetto di sviluppo della persona (Castelli e Sbattella, 2008). L'invecchiamento viene vissuto come una malattia, piuttosto che un processo di deterioramento fisico, psicologico e sociale, infatti la terza età viene descritta come: insufficienza, inadeguatezza, decremento, inefficienza, perdita e danneggiamento (Castelli e Sbattella, 2008).

Con il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione le politiche sanitarie devono adeguarsi, bisogna iniziare a investire nella prevenzione e nella riabilitazione, cosi per ridurre la cronicizzazione di malattie e evitare che la malattia renda invalida la persona (Castelli e Sbatella, 2008).

L'età anziana viene considerata dal 60esimo anno di vita o chiamata anche terza età, questo criterio di età viene preso in considerazione a causa dei cambiamenti biologici nella persona, a livello legale l'anzianità è considerata dal 65° anno cioè il momento in cui la persona entra nel pensionamento, ma questo non tiene in considerazione il fenomeno dell'eterocronia. (Castelli e Sbattella, 2008). Definire la persona anziana basandosi unicamente sull'età, ci permette di classificare in maniera quantificabile ma ciò non ci permette di definire lo stato di salute, l'autonomia, la qualità di vita della persona, perché l'età biologica può non essere strettamente correlabile all'età anagrafica. Ognuno ha il proprio organismo nonostante si possa avere la medesima età, ognuno inoltre segue un certo stile di vita, ha una predisposizione genetica, la storia di salute e malattia, questo creano un importante condizione di invecchiamento ed è fonte di unicità (Castelli & Sbatella,2008).

Quindi, l'eterocronia è il processo d'invecchiamento e non è legato solo a un fatto biologico ma ogni individuo ha il proprio modo specifico di evolvere.

Secondo la sociologia, una persona, si può definire anziana dal momento in cui entra nella fase di pensionamento in base alle leggi, questa fase porta la persona a dover riorganizzare le relazioni, l'occupazione del tempo, l'adattamento, ecc. (Castelli e Sbattella, 2008). Ci sono dei processi d'invecchiamento primario, che sono considerati fisiologici e modificano le capacità di autoregolazione delle funzioni biologiche,

psicologiche e sociali. Quindi, si può osservare una desincronizzazione degli orologi interni, diminuzione delle ore di sonno, diminuzione della massa cerebrale, ecc. Invece a livello psicologico si ha una perdita di velocità di elaborazione delle informazioni e delle risposte, un rallentamento di alcune abilità visive-spaziali, ma allo stesso momento c'è un arricchimento delle competenze verbali e una stabilità di alcuni tratti di personalità (Castelli e Sbatella, 2008). Questo invecchiamento, chiamato fisiologico, non richiama condizioni patologiche, anche se portano ad un aumento di comorbidità per la persona anziana; quindi vecchiaia non è riconducibile a malattia, anche se possono sviluppare patologie croniche e invalidanti e questo porta a descrivere un invecchiamento secondario o "patologico" (Castelli e Sbatella, 2008).

Dunque, l'invecchiamento secondario è il complesso rapporto tra invecchiamento e malattia, alcune patologie dovute dall'invecchiamento possono essere prevenute, curate e/o rallentate; queste sono causate dallo stile di vita o da fattori esterni come ad esempio l'ipertensione, il diabete mellito, ecc. (Castelli e Sbatella, 2008). La concezione che quindi abbiamo dell'invecchiamento primario è quella di invecchiare "con successo", quindi la persona mantiene alta la propria qualità di vita e le proprie risorse per far fronte allo stress degli eventi della vita quotidiana e la comparsa di condizioni patologiche sono limitate.

Dal momento in cui la popolazione anziana è molti eterogenea è interessante formulare un'ulteriore ripartizione in categorie più piccole. Giudici et al., riprendono il concetto di terza e quarta età, sviluppato già a partire dalla fine degli anni settanta da Lenoir. La terza età è quella fase della vita che inizia all'uscita del mondo del lavoro e termina al momento in cui si manifestano i segni fisici della senescenza. La terza età, sempre più lunga, è una fase della vita caratterizzata dalla buona salute, possibilità di intraprendere attività di svago e svolgere attività di volontariato a favore della comunità. La fase della vita successiva, definita quarta età, vede un importante modificazione biologica, spesso accompagnata dalla comparsa di patologie croniche, che portano ad un'irreversibile processo di decadimento delle funzioni fisiche e cognitive. La capacità di svolgere in autonomia le proprie attività e far fronte con successo agli eventi avversi cala fino al sopraggiungere del decesso (Giudici, Cavalli, Egloff, & Masotti, 2015).

3.3 Definizione di fragilità

La definizione di fragilità può considerare due paradigmi: quello biomedico e quello bio-psico-sociale. Si può definire come uno stato di vulnerabilità che precede la disabilità, declino fisiologico dei sistemi corporei caratterizzato da perdita di funzione e una perdita di riserve fisiologiche; incremento della vulnerabilità alle malattie e alla morte. Dunque queste persone hanno minore capacità per mantenere l'omeostasi con un conseguente rischio di sviluppare una patologia acuta, con maggiore frequenza di complicanze (Linea guida Consiglio Sanitario Regionale 2013).

In questa revisione la fragilità viene definita cosi: "a biologic syndrome of decreased reserve and resistance to stressors, resulting from cumulative declines across multiple physiologic systems, and causing vulnerability to adverse outcomes", quindi è un

fenomeno che aumenta il rischio di cadute con conseguenti ospedalizzazioni, diminuiscono le riserve funzionali del paziente e la resistenza a fattori stressogeni, che portano di conseguenza a una disabilità e/o morte.

Le caratteristiche del termine “fragilità” risiedono soprattutto nella diminuzione delle riserve a livello dei diversi organi, quindi la distinzione tra età e fragilità è difficile da fare perché s’ipotizza che tutti con l’invecchiamento rientriamo nella categoria di persone fragili. Fragilità non significa comorbidità e/o disabilità. Si possono individuare tre tappe nel processo di fragilità: “processo di pre-fragilità”, “lo stato di fragilità” e infine “le complicazioni della fragilità” (Perna et al. 2017).

Il primo stadio è clinicamente silente come processo e ripercussioni fisiche sono ancora gestibili dall’organismo. Il secondo stadio invece è caratterizzato da una lenta e incompleta ripresa dopo un evento acuto, che conferma il fatto che le riserve funzionali dell’organismo sono diminuite e non riescono a far fronte al disagio. Infine, il terzo stadio del processo di fragilità è correlato alla vulnerabilità fisica della persona, dove non è più in grado di mantenere un’omeostasi e la riduzione delle riserve funzionali è insufficiente a far fronte agli eventi stressanti.

Il rischio di cadute aumenta il declino, cosi come la disabilità, la poli farmacologia, l’aumento rischio di ospedalizzazione, infezioni, ricoveri in casa per anziani e morte (Perna et al. 2017).

Quindi possiamo definire la fragilità come una perdita di peso, presenza di astenia, debolezza o in alternativa un multidimensionale stato di vulnerabilità che aumenta con l’interazione dei fattori biologici, cognitivi e sociali (Perna et al. 2017). Inoltre le risorse a disposizione della persona si riducono con il passare degli anni e quando il nostro organismo inizia ad essere meno efficiente, comincia ad aumentare la richiesta di risorse per svolgere le attività di vita quotidiana. Tutto ciò porta a far sì che la resilienza fisiologica che richiediamo solitamente per far fronte agli eventi stressanti come ad esempio: infortuni, esacerbazione di patologie croniche già presenti, piuttosto che l’insorgenza di patologie acuto che possono avere una prognosi sfavorevole rispetto ai pazienti più giovani (Strandberg, Pitkälä, and Tilvis 2011).

3.4 Anziano e depressione

La depressione dell’anziano viene a volte confusa o diagnosticata come un invecchiamento fisiologico, sintomi indotti da una malattia somatica o da un trattamento farmacologico piuttosto che una reazione a un lutto.

È anche risaputo che nel 40% dei casi la depressione in persone in terza età non è diagnosticata perché la sintomatologia viene attribuita all’invecchiamento, la sintomatologia è atipica il 60% dei pazienti anziani che soffrono di depressione hanno lamentele somatiche e disturbi cognitivi.

Da una revisione scientifica viene sottolineato come sia difficile clinicamente distinguere la fragilità dell’anziano dalla depressione, inoltre la depressione aumenta ancora di più lo status di fragilità di una persona anziana; gli anziani gravemente depressi hanno in

concomitanza un deficit cognitivo o demenza, oppure un ictus (Vaughan, Goveas, and Corbin 2015).

La depressione come sindrome e la fragilità come condizione in cui spesso gli anziani si trovano, si presentano con una diminuzione di attività, diminuzione di energie e perdita d'interesse. Da questo articolo risulta inoltre, che la presenza di sintomi depressivi in partecipanti fragili è dai 20.7% ai 53% (Vaughan, Goveas, and Corbin 2015). Bisogna trattare la depressione in maniera ottimale per evitare che la persona anziana non passi da uno stato di fragilità a quello di disabilità, inoltre la fragilità non è un fattore positivo in un paziente depresso, dunque sono da tenere in considerazione tutte e due (Vaughan, Goveas, and Corbin 2015).

In un altro articolo viene accennata come il fattore sociale sia determinante per lo sviluppo di una futura depressione, oltre tutto le persone sopra i 65 anni con il passare degli anni riferiscono di avere sempre meno contatti sociali e la solitudine è un distress emotivo (Liu, Gou, and Zuo 2016). Una volta che l'individuo va in pensione e anche il fatto di perdere il coniuge prova questo senso di solitudine, proprio per questo il supporto sociale è fondamentale per contenere e trattare la depressione nelle persone in terza et (Liu, Gou, and Zuo 2016).

Quindi il supporto sociale, avere delle relazioni con altre persone e condividere momenti e attività con altri è un fattore protettivo per le persone più di 65 anni dalla depressione, quindi non bisogna escludere gli anziani. Come già risaputo che la depressione è il disturbo affettivo maggiormente presente nel soggetto anziano, bisogna ricordarsi di tutte le conseguenze negative, come l'aumento del rischio di mortalità e un maggiore rischio d istituzionalizzazione (Wancata et al. 2006).

Non riconoscere e non trattare la depressione nell'anziano aumenta il rischio di un tentamen, da uno studio condotto in Giappone è risultato che un riconoscimento precoce attraverso degli screening riduce il rischio di suicidio a breve termine negli anziani; infine è appurato che la depressione è la causa più comune di suicidio nelle persone in età anziana (Oyama et al. 2010).

3.5 Dati epidemiologici

L'epidemiologia è una disciplina che viene utilizzata per diversi scopi, come ad esempio lo studio delle tendenze storiche riguardanti un incremento o un declino di un disturbo nel tempo, oppure per studiare il rischio individuale. Indagare le cause e lo studio dell'ampiezza e della natura di un disturbo e dei gruppi vulnerabili sono solo altri esempi che ci fanno capire come l'epidemiologia sia considerata una disciplina di base per la medicina preventiva (Giberti, 2005).

È quindi fondamentale considerare i dati epidemiologici in psichiatria, perché grazie alla considerazione della distribuzione, dell'incidenza, della prevalenza e della durata di una malattia, questi fattori possono aiutare a comprenderne le cause, quindi anche mirare alla prevenzione.

Nel 2012 è stata svolta una ricerca su vari aspetti delle malattie depressive, da questa indagine risulta che i sintomi delle depressioni gravi sono relativamente rari, cioè il 3 %, mentre quelli delle depressioni lievi sono molto diffusi. Il 16% degli svizzeri dichiara di soffrire di sintomi depressivi come mancanza di energia, disturbi del sonno o mancanza di appetito. (Obsan, 2012).

La depressione è il disturbo psichiatrico più frequente nell'anziano, infatti, il 43.9 % della popolazione anziana presenta dei sintomi depressivi, in maniera più specifica il 25.7% è affetto da una depressione minore, invece il 15.5% di una depressione maggiore. (Emc: troubles psychiques des personnes agées).

4 Geriatric Depression Scale

La "Geriatric Depression Scale" o chiamata anche "GDS" è un questionario che permette ai professionisti nell'ambito sanitario di convalidare che ci sia un potenziale di depressione in una persona in età anziana. È una delle più diffuse scale per la valutazione dei sintomi depressivi nell'anziano. Infatti, questo test viene somministrato solamente ai pazienti oltre i 65 anni e rientra nella valutazione multidimensionale dell'anziano, che schematicamente va a valutare aree o dimensioni fondamentali che sono le seguenti: la salute fisica, lo stato cognitivo e salute mentale, lo stato funzionale, la condizione economica e la condizione sociale.

Inizialmente fu creato da Brink et al (1982), rispondendo al bisogno di uno strumento diagnostico, specifico per una popolazione anziana, il quale riuscisse a differenziare un paziente che soffre di una sintomatologia depressiva, da un paziente che soffre per un'altra tipologia di patologia (The Evaluation of Depression in the Elderly: A Modification of the Geriatric Depression Scale (GDS) - ScienceDirect n.d.)

Il GDS è attualmente lo strumento di screening più usato per la popolazione in età anziana, questo test può essere somministrato da terzi, oppure autosomministrato. La prima versione è composta da 30 domande con la possibilità di rispondere si/no, queste domande sono state idealizzate per superare i limiti della "Beck Depression Inventory" (BDI) con gli anziani. Questo perché per i pazienti anziani è più facile rispondere a domande chiuse, invece che scegliere un livello di intensità, come proponeva il BDI (The Evaluation of Depression in the Elderly: A Modification of the Geriatric Depression Scale (GDS) - ScienceDirect n.d.).

Sono state create e sviluppate versioni più corte, cioè a 15, 8, 5 e 4 items; tutto ciò per fai sì che venga ridotta la fatica nell'eseguire questo test nel paziente anziano al quale viene somministrato lo strumento di screening. Le varie versioni del GDS si sono basate sui criteri diagnostici, che sono state usate come "Gold Standard", del DSM e ICD (Li et al. 2015).

La GDS è stata costruita basandosi sulla sintomatologia comportamentale e cognitiva che una depressione ha in un anziano. Diversi studi hanno dimostrato e confermato la validità di questo strumento negli ultimi anni, pur essendo tradotto dalla versione

originale, l'utilizzo e la validità non cambia. Un limite del GDS è che non può essere somministrato a pazienti affetti da demenza, piuttosto che a un soggetto con un deterioramento cognitivo, perché è possibile che la depressione dia una sintomatologia che possa ricondurre a un deterioramento cognitivo (The Evaluation of Depression in the Elderly: A Modification of the Geriatric Depression Scale (GDS) - ScienceDirect n.d.).

La GDS è un test che viene usato ancora oggi nelle case per anziani, è stato valutato e rivalutato ed è confermato che sia un test che ha il 92% di sensibilità ed è al 89% specifico con i criteri diagnostici per quanto riguarda la depressione. Il questionario, il quale non tiene conto di sintomi somatici e non pone domande su problematiche che mettono in difficoltà l'anziano. Dunque per questo le domande sono state strutturate in modo da poter rispondere con un semplice "si" oppure "no", anche perché gli anziani posso avere difficoltà nella concentrazione e rimanere focalizzati. Sapendo questo, Sheik and Yesavage hanno sviluppato la versione da 15 domande (Wancata et al. 2006).

5 Metodologia

Per la stesura del mio lavoro di Bachelor ho deciso di adottare il metodo di ricerca della revisione della letteratura sull'argomento scelto.

La prima parte del lavoro consiste in un background basato principalmente su libri di testo, grazie ai quali posso scrivere il quadro teorico per quanto riguarda il tema depressione, anziano e la "Geriatric Depression Scale".

La seconda parte del lavoro comprende la revisione della letteratura, che consiste nel ricercare articoli, per confrontare l'efficacia e la validità di uno strumento ad esempio, come nel mio caso della "Geriatric Depression Scale" come test di screening per la sintomatologia depressiva nell'anziano (The Joanna Briggs Institute 2001). Una revisione sistematica della letteratura permette non solo di riassumere la ricerche precedentemente effettuate su un argomento d'interesse, ma anche di sviluppare linee guida e di mettere a disposizione dei professionisti sanitari e pazienti dei validi documenti rispetto a patologie, interventi, farmaci, ecc. (Sala et al. 2006).

Una definizione di revisione è: "una sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento" (Saiani and Brugnolli 2010). Questa metodo di ricerca occupa un ruolo importante nell'ambito sanitario perché permette di aggiornarsi su tutta una serie di temi diversi (Saiani and Brugnolli 2010).

I curanti possono intraprendere una revisione della letteratura per i seguenti motivi: comprendere in modo generale un tema, mostrate la storia e lo sviluppo delle conoscenze di un tema, identificare in che ambito le evidenze sono carenti, contraddittorie o inconclusive, stabilire su quali temi ci sono consensi e su quali ci sono ancora dibattiti e giustificare perché una problematica vale un ulteriore approfondimento (Aromataris and Pearson 2014).

La revisione della letteratura coincide con il termine di pubblicazione secondaria, significa che quest'ultima si ricava dai dati di studi svolti in precedenza, in seguito vengono

riassunti i risultati e infine vengono esposte le conclusioni (Saiani and Brugnolli 2010). Una revisione della letteratura può influenzare le decisioni in ambito sanitario e di conseguenza dovrebbe essere condotta con lo stesso rigore che si pretende per tutte le ricerche scientifiche (Aromataris and Pearson 2014).

Domanda di ricerca e PICO

Lo scopo del lavoro di tesi, attraverso la revisione della letteratura è quello di rispondere alla domanda di ricerca, sviluppata attraverso il metodo "PICO", dove la domanda è composta da quattro componenti: "P" è la popolazione specifica da investigare, "I" è l'intervento che viene valutato, "C" è l'eventuale confronto che si può fare con un altro intervento per valutare l'efficacia, infine "O" è l'esito di interesse (The Joanna Briggs Institute 2001). Attraverso il metodo PICO, le quattro componenti sono state scelte:

P: pazienti anziani residenti in CPA, ricoverati in reparti geriatrici o ambulatoriali, senza una diagnosi di demenza

I: somministrazione della "Geriatric Depression Scale" in tutte le sue versioni

C: qualsiasi altro strumento di screening per la depressione nell'anziano

O: diagnosi differenziale della sintomatologia depressiva, mirata a un trattamento tempestivo e mirato, prevenzioni di complicanze e riduzione del rischio di TS e dei suicidi.

In seguito, la domanda di ricerca è stata formulata: "La GDS è uno strumento efficace per l'individuazione precoce della sintomatologia depressiva negli utenti anziani senza demenza residenti in CPA e/o in un reparto geriatrico?"

Obiettivi della ricerca

- Approfondire le conoscenze rispetto alla depressione come disturbo affettivo.
- Imparare a saper osservare e riconoscere i segni e sintomi precoci in un paziente anziano e non confondere la depressione con l'invecchiamento dell'età.
- Conoscere e implementare le conoscenze riguardo a strumenti per l'individuazione precoce di un disturbo affettivo come la depressione in una persona anziana.
- Attuare un ruolo come professionisti sanitari al fine di garantire una presa a carico mirata per favorire un outcome migliore.

Tappe della ricerca

Dopo aver creato la domanda di ricerca, attraverso il metodo “PICO”, e scelto come svolgere la mia ricerca, quindi attraverso una revisione della letteratura come metodo di ricerca. Il lavoro di tesi fu protratto tramite la ricerca di articoli scientifici nelle banche dati, grazie all’accesso attraverso la biblioteca SUPSI.

Ho scelto la revisione della letteratura in quanto trovo che sia il metodo ideale per poter approfondire ed esplorare il più possibile l’utilizzo di questo test di screening nei pazienti anziani. Le tappe di questo percorso sono la formulazione di una domanda di ricerca, la definizione di criteri di inclusione ed esclusione, la ricerca degli studi, l’estrazione di dati e sintesi finale del lavoro (Aromataris and Pearson 2014).

Il tipo di utenza scelta come criterio di inclusione per il lavoro di tesi è quello di considerare i pazienti anziani, cioè over 65, sia uomini che donne, ricoverati in una casa anziani e che hanno dei sospetti sintomi depressivi. Successivamente per questa tipologia di paziente è stata scelta la “Geriatric Depression Scale”, come strumento di screening in con lo scopo di individuare una sintomatologia depressiva di un possibile disturbo affettivo, in questo caso la depressione. La GDS degli articoli scientifici potrebbe essere di diverse versioni: da 30 items, 15 oppure 5. I criteri di esclusione sono pazienti che sono affetti da demenza. Infine, gli studi che ho scelto e che ho tenuto per la mia revisione sono articoli a partire dall’anno 2000.

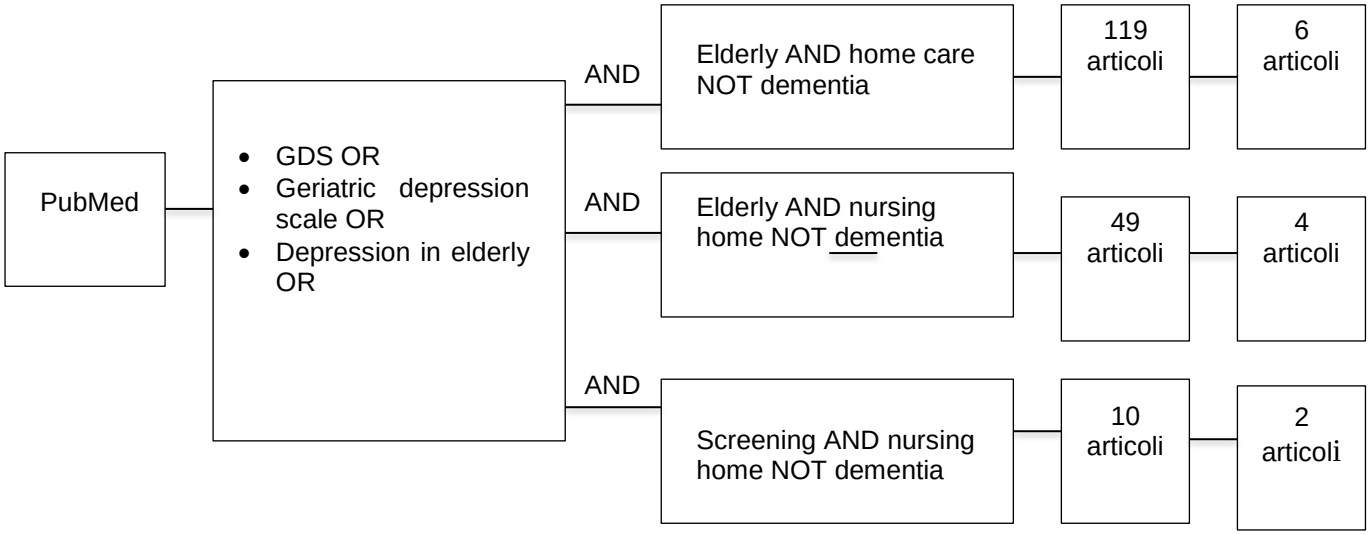
Per la revisione della letteratura ho aderito alle indicazioni di Sironi (2010) che ha identificato undici passi da seguire per la stesura di una revisione sono state seguite:

I. Il primo passo è scegliere l’argomento che si vuole trattare e focalizzarlo. Per questo lavoro, l’argomento è la depressione in un soggetto anziano. Nonostante ci fosse interesse nel basare la mia ricerca su soggetti in età adolescenziale, ma dopo aver fatto una prima ricerca per visionare il materiale disponibile, che la problematica nell’anziano è risultata molto più documentata nelle banche dati e nei libri di testo. Dopodiché, è stato cercato uno strumento per il riconoscimento precoce della sintomatologia depressiva in questi soggetti. La Geriatric Depression Scale è uno dei test di screening più usati e quindi adatto il mio lavoro di revisione della letteratura.
II. La seconda tappa consiste nell’identificare gli studi da includere nella propria revisione. Inizialmente ho utilizzato il motore di ricerca “google scholar” che mi ha permesso di prendere visione degli articoli citati maggiormente nei trovati. In un secondo momento, attraverso la biblioteca SUPSI, il seguente motore di ricerca è stato utilizzato: PubMed. Invece, le parole chiave utilizzate sono: elderly, home care, nursing home, Geriatric Depression Scale, GDS, screening, depression sypmtoms, dementia, cancer. Come operatore boleano è stato usato “AND” per diverse volte per alternare le parole chiave descritte in precedenza, inoltre ho utilizzato NOT correlandolo alle parole chiavi cancer e dementia, per escludere la categoria di soggetti affetti da queste patologie. In seguito allo svariato materiale trovato i criteri

di inclusione ed esclusione sono stati affinati, per limitare la ricerca ad articoli negli ultimi 10 anni, con possibilità di reperire il full text.

III. Il terzo passo è rappresentato dalla determinazione e delimitazione del cambio di studio mediante una lettura critica e rapida del materiale per permettermi di capire se il testo trovato è pertinente.
IV. La quarta tappa consiste nel rendere le fonti da elettroniche a cartacee. Quindi gli articoli sono stati stampati, classificanti ed evidenziati a seconda dalle parti più importanti di ogni articolo ricercato.
V. Il quinto passo è ritenuto fondamentale, in quanto si intraprende una lettura critica di ogni articolo al fine di identificarne la pertinenza e rilevanza, per valorizzare le fonti rilevanti e scartare quelle irrilevanti per la stesura della revisione.
VI. Il sesto passo, consiste dopo aver selezionato gli articoli pertinenti alla propria ricerca attraverso la lettura critica e scartare quelli non idonei. Dopodiché sono stati inseriti in una tabella riassuntiva, dove si tiene in considerazione autore, obiettivo dello studio, materiali e metodi utilizzati, criteri d'inclusione e tipo di studio, infine risultati e conclusioni. Tutto ciò per permettere al lettore di avere una sintesi delle principali informazioni dello studio.
VII. Il settimo passo, ha come scopo di inserire i dati di ogni studio scelto nella tabella specifica.
VIII. Nell'ottava tappa, bisogna organizzare la presentazione della tabella e dove inserirla, attraverso la stesura dell'indice. Questa fase è anticipata da quelle precedenti.
IX. La nona tappa, è la parte centrale della revisione della letteratura, la quale si compone di una lettura e sintesi critica, dove si esegue un confronto tra i diversi studi ed esponendoli in maniera oggettiva, senza preferenze.
X. La decina fase, si costituisce di una sintesi dei dati ritenuti fondamentali nelle conclusioni con lo scopo di dare indicazioni precise per delle possibili ricerche future, facendo un confronto anche con i limiti che si è dovuti confrontare nella stesura del lavoro.
XI. L'ultimo passo si compone da una lettura del lavoro finale, con l'aiuto di una persona esterna per correggere gli errori ortografici e di battitura, ma anche per accertarsi di aver seguito un filo logico nella stesura del lavoro di tesi.

Ricerca nelle banche dati



Ho realizzato un algoritmo che sintetizza il procedimento messo in atto per la ricerca e selezione degli articoli presi in analisi. È stato scelto il motore di ricerca “PubMed”, perché è quello che conteneva un maggiore risultato di articoli ricercati, per mia facilitata praticità nell’utilizzare questo motore di ricerca. Nonostante l’utilizzo di stringhe di ricerca, sono stati trovati nella lista articoli che prendevano in considerazione pazienti sotto i 65 anni, o articoli che non trattavano il tema da me ricercato per il mio Lavoro di Tesi. Al fine di ottenere un totale di 178 articoli utilizzando le diverse combinazioni delle parole chiavi e degli operatori boleani, “free full text” è stato applicato, insieme alla selezione di articoli a partire dagli anni 2000.
A partire dai 178 articoli totali trovati, sono stati selezionati solo 12 attraverso una lettura selettiva per capire se il testo era pertinente al mio lavoro di tesi. Con lettura selettiva intendo valutare il titolo, la data di pubblicazione, l’abstract e se questi non rispondevano alla mia domanda di ricerca venivano scartati.
Un paio di articoli in PubMed non era presente la disponibilità della versione completa. È stato dunque richiesto alla biblioteca della SUPSI di reperirmi questi articoli da altre banche dati a pagamento.
Attraverso l’utilizzo di “NOT dementia” gli articoli che prendevano in considerazione soggetti affetti da demenza erano già esclusi, nonostante qualche articolo che li prendesse in considerazione è stato proposto nonostante le stringhe di ricerca. Non ho messo limitazione dei partecipanti agli studi condotti da esperti, nemmeno le caratteristiche di genere, nazionalità, stato sociale e scolarità erano dei criteri d’inclusione.
Infine, non è stata impostata nessuna limitazione sulla lingua dello studio, alla nazione di provenienza o titoli di studio. La maggior parte degli studi da me selezionati erano in inglese, tranne un testo originale in tedesco.

6 Tabelle e articoli

Fonte (Titolo, Autore, Data)	Disegno dello studio/scopo	Modalità di raccolta delle informazioni	Risultati e conclusioni
Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? Martin Smalbrugge, Lineke Jongenelis , Anne Margriet Pot , Aartjan T.F. Beekman & Jan A. Eefsting April 2008	Studio trasversale Lo scopo dello studio è quello di determinare l'abilità delle versioni a 30, 15 e 8 items della GDS per lo screening dei casi di depressione nei pazienti ricoverati nelle case anziani, comparando la scala all'utilizzo della MADRS.	I soggetti che adempivano ai criteri di inclusione corrispondevano a un campione di 350 pazienti, che non presentavano un grave decadimento cognitivo, ricoverati in una casa di riposo. La "Geriatric Depression Scale" 30, 15 e 8" è stata sottoposta da professionisti che lavoravano nelle case di riposo (psicologo, psicoterapista e infermieri abilitati).	La depressione è un comune disturbo affettivo tra i pazienti ricoverati in case anziani, e riconoscere questo disturbo precocemente migliora il trattamento e l'outcome. È dunque necessario introdurre strumenti di screening. La depressione maggiore è stata osservata nel 8,1% dei soggetti, mentre la depressione minore nel 14.1% dei soggetti. Il coefficiente alfa per la GDS-30 è 0.88, 0.79 per la versione a 15 items e infine 0.80 per quella a 8 items; il coeffeicente alfa per la MADRS aveva un valore di 0.85. Questo studio ha valutato la validità delle tre versioni della GDS e lo strumento è ritenuto accettabile per un riconoscimento precoce di sintomi depressivi, ma non per valutare gli effetti del trattamento. Il vantaggio della GDS, specialmente nelle versioni più corte, è il fatto che risulta più facile da gestire, richiede meno tempo del MADRS.
Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly	Studio trasversale Questo studio testa l'efficacia delal scala a 5 items della	Sono stati presi in considerazione soggetti con un'età pari e/o maggiore a 65 anni con funzioni cognitive nella norma. I	Dopo aver sottoposto il test ai soggetti selezionati, in 48.1% è stata riscontrata una sintomatologia depressiva. La GDS a 5 items ha mostrato un'eccellente

Subjects in Three Different Settings Patrizia Rinaldi, MD, Patrizia Mecocci, MD, PhD, Claudia Benedetti, MD, Sara Ercolani, MD, Mario Bregnocchi, MD, Giuseppe Menculini, MD, Marco Catani, MD, Umberto Senin, MD, and Antonio Cherubini, MD, PhD. 2003	geriatric depression scale per lo screening in pazienti anziani.	pazienti ricoverati in un reparto geriatrico sono stati di conseguenza sottoposti a diversi test specialistici tra cui la GDS a 15 e 5 items. Il test di screening è stato somministrato complessivamente a 181 soggetti, da parte di un geriatra specialista, che ha eseguito anche una valutazione geriatrica multidimensionale.	sensitività e specificità. La scala è stata convalidata con una diversa coorte di pazienti rispetto a quella originale. La sua validità è stata dimostrata in tre diversi scenari geriatrici. La versione più breve della GDS, che è il questionario a 5 items dimostra che è uno strumento adatto per soggetti senza un decadimento cognitivo, inoltre ha dei vantaggi rispetto alle versioni più lunghe, cioè: facile da gestire, semplice da capire, richiede meno tempo ed è meno stressante emotivamente per i soggetti anziani. Inoltre il coefficiente alfa per la GDS-5 ha una sensibilità del 0.94 e una specificità del 0.81. In conclusione la GDS-5 e GDS-15 per lo screening della depressione nell'anziano sono validi solo nei soggetti con una capacità cognitiva ancora intatta.
Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes Antje-Kathrin Allgaier, Dietmar Kramer,	Studio trasversale Questo studio ha lo scopo di confrontare le validità dei criteri di WHO-5, GDS 15 e GDS-4 come strumenti di screening per la depressione maggiore e minore nei pazienti ricoverati in una casa anziani.	Sono stati considerati 235 pazienti con un'età minima di 65 anni residenti in una casa per anziani o in un centro riabilitativo a lungo termine, senza una diagnosi di demenza e con buone conoscenze della lingua parlata locale. I soggetti sono stati sottoposti inizialmente al Mini	Il risultato per quanto riguarda l'accuratezza nel diagnosticare un disturbo depressivo per il WHO-5 il coefficiente alfa è del 0.90, invece per la GDS 15 è del 0.82. Quindi, la sensibilità del test del WHO-5 risulta migliore della GDS 15 se si mantiene un cut-off maggiore di 12, il quale però ha una buona sensibilità se il cut-off è uguale o maggiore di 7. Questo studio ha potuto contestare la validità del WHO-5 per lo screening di

Barbara Saravo, Roland Mergl, Sabina Fejtkova and Ulrich Hegerl 2012		Mental State Examination. In seguito dopo di che ai due strumenti di screening (WHO-5 e GDS)-	una depressione maggiore o minore, comparando alla GDS 15. Quest'ultimo risulta più sensibile nello screening di una depressione maggiore. Invece, il WHO-5 è più sensibile rispetto alla GDS 15 per lo screening di una depressione minore. Dunque, il WHO-5 è uno strumento valido tanto quanto la GDS-15, pur essendo più veloce e più semplice da somministrare.
Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Elderly Home Care Population Linda G. Marc, ScD, MPH, MS, Patrick J. Raue, PhD, and Martha L. Bruce, PhD, MPH 2008	Studio di revisione sistematica Questo studio ha l'obiettivo di esaminare la sensibilità e specificità della GDS-15, comparandolo al SCID, cioè un gold standard assessment.	Sono stati selezionati 492 soggetti ricoverati in una casa anziani, dai 65 anni in su. Inoltre i pazienti che sono stati inclusi per lo studio, rispettavano il criterio di inclusione di non avere un decadimento cognitivo grave.	Dopo aver svolto questo studio, i ricercatori hanno potuto confermare che la GDS-15 è un'ottima versione, rispetto a quella con 30 items, in quanto ha una buona sensibilità e specificità. Inoltre, questo studio dimostra come il livello di educazione, l'età e genere non influenzano lo screening di una depressione attraverso questo strumento. Per la GDS-15 il cut-off migliore è di 5, perché dà una sensibilità del 71.8% e una specificità del 78.2%. Inoltre, si sono trovare delle evidenze che spiegano che la GDS-15, usando un cutoff di 5, ha una sensibilità più altra rispetto alla specificità in pazienti con un'importante comorbidità. Tuttavia, non si hanno delle evidenze statisticamente rilevanti. Dunque la GDS è stata creata per essere uno strumento semplice e facile sia da somministrate che da capire per i soggetti

			anziani ai quale viene somministrato.
Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Osvaldo P., Almeida and Shirley A. Almeida. 1999	Studio trasversale L'obiettivo dello studio è di determinare la validità della versione corta del GDS per l'individuazione di un'episodio depressivo maggiore, basandosi sui criteri diagnostici del ICD-10 e DSM-IV.	In questo studio sono stati sottoposti alla GDS 64 pazienti, ricoverati in una casa per anziani psichiatrica, non sono stati inclusi soggetti con disturbi della vista, udito, con un'afasia e con un Mini-Mental State score minore di 10.	Utilizzando un cutoff di 4/5 per la GDS-15 la specificità tra il 92.7% e 65.2 %, i valori positivi e negativi variano da 82.6% e 83.3% usando come criterio diagnostico l'ICD-10 per l'episodio depressivo maggiore, quindi come gold standard. Risultati simili, 97%, 54.8%, 69.6% e 94.4% sono stati trovati usando come criterio diagnostico per un episodio depressivo maggiore il DSM-IV. Questo vale anche per la versione del GDS con 10 items e 4 items, infatti tutte e tre le versioni sono definite dei buoni strumenti per il riconoscimento di un episodio depressivo maggiore, basandosi sui criteri diagnostici del ICD-10 e DSM-IV.
The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. 2006	Studio di revisione sistematica Lo scopo è quello di eseguire una revisione della letteratura per esprimere l'accuratezza del GDS-30 e GDS-15.	Sono stati revisionati studi in forma elettrica fino a settembre 2004 che concernessero il criterio di validità del GDS. I motori di ricerca utilizzati per la ricerca degli articoli sono: Medline, Embase, Cinahl, Psyndex and the Cochrane library. Usando le parole come "validity", "sensivitiy", "specifitcity" in combinazione con	La revisione della letteratura ha dimostrato e affermato che entrambe le versioni del GDS hanno dei buoni valori, la GDS-30 una sensibilità e specificità del 0.753 e 0.770 rispettivamente, mentre per la GDS-15 0.805 e 0.750. Lo studio sull'analisi dei dati sia per la GDS-30 che per la GDS-15 è stata analizzata la presenza di differenza relative agli indici di validità. In questi studi era significativamente più alta la sensibilità per la GDS-30, mentre la

		“geriatric depression scale”. Sono stati inclusi 42 articoli per questa revisione della letteratura. La maggior parte degli studi revisionati hanno utilizzato come “gold standard” i criteri diagnostici per una depressione maggiore il DSM-IV, oppure per un episodio depressivo l’ICD-10.	specificità era più alta per la GDS-15. Questo studio ha potuto anche verificare che in caso di una patologia dementigena la GDS come strumento di screening non è attendibile come somministrarlo a un soggetto che non presenta un deterioramento cognitivo. Da questo studio risulta che la GDS come strumento di screening è consigliato per i reparti in ospedale non psichiatrici, perché ha un buon indice di validità, cosa che invece non è consigliata all’utilizzo per uno screening di depressione in pazienti che risiedono in casa per anziani.
Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS-30 and GDS-15 Alex J. Mitchell, Vicky Bird, Maria Rizzo and Nick Meader. 2010	Meta analisi Lo scopo dello studio di meta analisti è di certificare la validità del GDS-30 e GDS-15 nelle case per anziani.	Sono stati identificati 69 studi pertinenti per l’accuratezza e validità del GDS. Il motore di ricerca usato era PubMed (dal 1966 al 2009) e Embase (1980-2009). Sono state usate le seguenti parole chiavi: “geriatric depression or GDS”, “old”,”late”,”elder”, “validity” e “screening”.	I risultati dello studio dimostrano che, in seguito a questa meta analisi, la sensibilità media della GDS-30 è del 77.4%, con una specificità del 65.4%; invece per la GDS-15 la sensibilità è del 81.3% e la specificità del 78.4%. La versione più corta ha dei valori migliori della versione a 30 items. Il GDS-15 è più facile da somministrare ai pazienti anziani e si impiega meno tempo, rispetto alla versione lunga. In conclusione il geriatric depression scale offre un valore aggiunto nell’assistenza, si consiglia di utilizzare il GDS-15 per uno screening di depressione nel soggetto anziano.

Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients K. Jongenelis, A. M. Pot, A. M. H. Eisses, D. L. Ferritsen, M. Derksen, A. T. F. Beekman, H. Kluiter and M. W. Ribbe 2005	Studio prospettico L'obiettivo dello studio è di determinare l'accuratezza della versione a 30 items del GDS e quella più corta per la diagnostica nel paziente anziano in casa di riposo.	Allo studio hanno partecipato 333 pazienti ricoverati in una casa per anziani dei Paesi Bassi. È stata eseguita una valutazione sulla sensibilità e sulla specificità, sui valori predittivi positivi e negativi, infine sull'area della curva del funzionamento del soggetto al quale veniva somministrato il test. Il riconoscimento per la depressione maggiore e depressione minore si basava sui criteri del DSM-IV. Come "Gold Standard" veniva usato il Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatriy (SCAN).	Lo studio ha potuto constatare che il GDS-30 con un cut-off pari e o maggiore a 11 ha una sensibilità del 96.3% per lo screening di depressione maggiore, invece del 85.1% per lo screening di depressione minore, con una specificità del 69.1%. Per quanto riguarda le versioni più corte la sensibilità delle domande variava da 88.9% a 100% per la depressione maggiore, dal 63% al 97.9% per la depressione minore. Quindi il GDS-30 è stato approvato come uno strumento valido e affidabile per la ricerca della sintomatologia depressiva nell'anziano senza un decadimento cognitivo, sia per quanto riguarda la depressione maggiore, sia per la depressione minore. Inoltre, il GDS-10 sembra essere un'ottima alternativa alla versione originale, perché è più facile e si impiega meno tempo per somministrarla.
Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study Melissa Koehler,[1] Terry	Studio prospettico Questo studio ha lo scopo di esaminare il MDS (Minimum Data Set) e il GDS come strumenti per il riconoscimento di una depressione in pazienti anziani	I partecipanti allo studio erano pazienti ricoverati in diverse case per anziani, che hanno partecipato alla ricerca tra luglio del 1994 e marzo del 1998. Sono stati esclusi i soggetti con una diagnosi terminale, pazienti isolati, infine in totale sono 704 i	Il risultato della ricerca ha dimostrato che gli strumenti GDS e MDS non sono correlati. Entrambi sono pero dei strumenti validi e affidabili, lo strumento MDS può essere utilizzato per uno screening di depressione maggiore in soggetti con una disfunzione cognitiva, mentre la GDS è adatta per soggetti con una funzione cognitiva intatta.

Rabinowitz, John Hirdes, Michael Stones, G Iain Carpenter, Brant E Fries, John N Morris, and Richard N Jones 2005	residenti in una casa di riposo.	pazienti parteciparono all'assessment della sintomatologia depressiva attraverso il GDS-15 e il MDS (Minimum Data Set). Inoltre il 54% dei partecipanti aveva un inizio di diagnosi di demenza.	Il MDS e il GDS identificano differenti sfaccettature della depressione. Questo fenomeno sarà dato dal fatto della modalità di somministrazione del test, perché la GDS può essere somministrata attraverso una intervista con il paziente. Invece la MDS è da somministrare attraverso l'utilizzo della linea guida del manuale MDS con un'intervista semi-strutturata con il paziente.
Indicators of depression in elderly and different screening methods Amanda Gilvani Cordeiro Matias, Marília de Andrade Fonsêca, Maria de Lourdes de Freitas Gomes, and Marcos Antonio Almeida Matos 2016	Studio trasversale L'obiettivo di questo studio è quello di determinare la sintomatologia depressiva che si manifesta in un paziente anziano, correlata all'utilizzo di strumenti di screening come il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e il GDS-15.	Sono stati considerati 137 soggetti anziani che frequentano un centro diurno e sociale degli anziani. Lo studio è stato svolto tra settembre a dicembre del 2014. Sono stati selezionati solo gli anziani che frequentavano il centro almeno una volta ogni due settimane. Non sono stati presi in considerazione per lo studio pazienti con deficit cognitivi. È stato somministrato a tutti il PHQ-9 e la GDS-15, tenendo conto del DSM-V per la diagnosi della depressione maggiore.	I risultati di questo studio affermano che il PHQ-9 ha individuato tra le 137 persone anziani che hanno partecipato una prevalenza della depressione maggiore del 62.8%, mentre la GDS-15 ha individuato una sintomatologia nel 52.6% dei soggetti. Entrambi i test di screening somministrati ai soggetti anziani, hanno una sensibilità del 80% e una specificità del 44%. Facendo un confronto tra di essi la coerenza tra i due era statisticamente rilevante. Con questo studio si è potuto osservare la prevalenza di sintomi depressivi tra gli anziani, anche se si è in ambiente non prettamente clinico nel quale i primi sintomi della depressione possono passare inosservati. Questi strumenti di screening sono semplici da utilizzare e a basso costo.

			Potrebbero essere anche un metodo di prevenzione per disturbi affettivi come la depressione, consentendo l'utilizzo anche ad infermieri e altri operatori nell'ambito sanitario.
Case finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. Blank K, Gruman C, Robison JT. 2004	Non è descritto il tipo di studio condotto in questo articolo. Questo studio valuta la validità della GDS, del primary care evaluation of mental disorders, epidemiologic studies depression scale e la Yale 1-question screen, nelle cliniche, negli ospedali e nelle case per anziani.	Sono stati selezionati 360 pazienti anziani, 150 di questi erano ricoverati in ospedale, 85 in case per anziani e 125 in cliniche. È stato valutato il quadro emotivo dei pazienti attraverso i diversi strumenti, calcolando di conseguenza la sensibilità, la specificità di quest'ultimi basandosi sui criteri del Diagnostic Interview Schedule (DIS) per la diagnosi di depressione.	Lo studio ha mostrato i seguenti risultati, cioè un 9% dei pazienti si addiceva ai criteri del DIS per la diagnosi di depressione maggiore. Il CES-D è stato valutato come strumento con la migliore sensibilità e specificità per la depressione maggiore nelle cliniche (79% e 81%) invece negli ospedali (92% e 77%) invece la versione corta della GDS risultava ottimale nelle case per anziani (86% e 82%). Quindi bisogna selezionare lo strumento di screening in base al contesto in cui si vuole somministrare, perché il CES-D è consigliabile per l'utilizzo in reparti medici acuti come l'ospedale, mentre la GDS-15 è consigliato in case per anziani.
Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. Watson LC, Pignone MP. 2003	Studio di revisione sistematica Lo scopo di questo studio è di determinare l'accuratezza degli strumenti di screening per la depressione in pazienti anziani ricoverati in primary care.	Gli articoli che sono stati selezionati per questa revisione, sono stati cercati in MEDLINE, PsycINFO e nella Cochrane data-base per la depressione. Sono state prese in considerazione linee guida di servizi preventivi e le pratiche per la	I 17 articoli che sono stati revisionati hanno preso in considerazione 9 strumenti di screening per la depressione. L'abilità nel riconoscere una depressione maggiore era un risultato favorevole per tutti i test, con una sensibilità che variava dal 67% al 100% e con una specificità compresa tra 53% e 98%. La GDS e il Center for Epidemilogic

		depressione e le più recenti revisioni sistematiche. I criteri che prendevano in considerazione gli articoli erano: persona con un'età pari e/o maggiore a 65 anni. I criteri standard dovevano essere comuni a tutti, dunque sulla terza e quarta edizione del DSM e ICD-10. Dunque sono stati selezionati un totale di 17 articoli.	Studies Depression Scale (CES-D) e la selfCARE(D) sono stati i strumenti di screening meglio valutati. La GDS-15 è uno strumento facile da usare perché comprende semplici risposte, cioè "si" o "no". Inoltre, le domande non si basano su sintomi somatici, che possono quindi includere una patologia somatica che il paziente ha. La GDS è stata validata per gli ambiti psichiatrici, ma dove studi validano l'uso di questo strumento anche nelle case per anziani. La versione a 15 items con un cutpoint da 3 a 5, mostra una sensibilità e specificità dal 79% al 100%, e 67% all'80%.

7 Analisi risultati

In questo capitolo mi occuperò ad analizzare e sintetizzare i risultati degli articoli scientifici riguardanti le diverse versioni della “Geriatric Depression Scale”; mettendo in relazione i diversi dati trovati dagli articoli che sono stati selezionati per la revisione della letteratura. Inoltre, farò una breve panoramica sui strumenti proposti per il confronto con la GDS e per raggruppare i dati che mostrano la validità di questi strumenti di screening.
Tutti e i dodici articoli si sono occupati di testare, valutare e/o determinare la validità dell’utilizzo della GDS in diverse versioni, con lo scopo di effettuare uno screening della sintomatologia depressiva in un soggetto in età anziana, ricoverato in una casa di riposo, piuttosto che in un reparto geriatrico in ospedale. I diversi studi hanno selezionato diverse quantità di soggetti, in diverse parti del mondo e con diverse caratteristiche, pero praticamente tutti gli articoli mantengono i criteri di esclusione che il soggetto non debba essere affetto da demenza.
Dunque, gli studi hanno preso in considerazione sia uomini che donne, con diverse patologie croniche oppure senza patologie diagnosticate, inoltre i soggetti hanno diversi livelli di scolarità tra loro.
Tutti gli studi hanno inizialmente sottoposto il soggetto a una valutazione multidimensionale, che consisteva nel valutare lo stato cognitivo della persona attraverso il Mini Mental Examination State, piuttosto che le capacità funzionali nelle ADL e BADL, cioè attività di vita quotidiana di base e complesse.
Dagli studi selezionati non emerge una chiara e netta risposta rispetto al miglioramento del outcome, piuttosto che alla diminuzione dei tentamen. Questo purtroppo è un punto a mio sfavore, perché sarebbe stato molto utile e interessante poter fare una riflessione in base anche all’outcome, piuttosto che ai benefici che il paziente ha grazie a un’individuazione precoce della sintomatologia.

7.1 GDS-30

Sono solo quattro gli studi, tra i dodici da me selezionati, che hanno preso in considerazione la versione del “Geriatric Depression Scale” a 30 items hanno dato diversi risultati nelle loro ricerche, ma nonostante ciò nessuno di questi ha portato alla conclusione che questa versione non sia uno strumento valido. Wancata et al. 2006 nella loro revisione sistematica della letteratura, prendevano in considerazione soggetti anziani da tutto il mondo, con diversi criteri e che erano ricoverati in cliniche, reparti geriatrici oppure case per anziani. La maggior parte degli studi sono stati basati sui criteri diagnostici del DSM III o DSM IV oppure l’ICD-10. I risultati che concernono la sensibilità e specificità del GDS-30 sono stati rilevati con diversi cut-off. È stato utilizzato un cut-off di 10 in otto studi, 11 invece per 13 studi. Due studi hanno utilizzato un cut-off molto basso cioè di 7, infine altri 5 studi hanno adottato n cut-off di 14. Con una confidenza del 95% la sensibilità del GDS-30 varia dal 0340 al 1.000, invece la specificità dal 0.629 al 0.964; in media la sensibilità degli studi sul GDS-30 di questa revisione era rispettivamente di 0.753 la sensibilità e 0.770 la specificità.

Lo studio trasversale di Smalbrugge et al. 2008 svolto su un campione di 313 soggetti, la maggior parte dei partecipanti erano donne, l'età media era di 79.3 anni con un decadimento funzionale nelle attività di vita quotidiana; è stato osservato nel 8.1% dei casi un disturbo di depressione maggiore e nel 14.1% un disturbo di depressione minore. Il coefficiente alfa per la GDS-30 era di 0.80, per quanto riguarda il riconoscimento di una depressione minore e/o depressione maggiore il coefficiente alfa è di 0.75, invece per il riconoscimento di una "non depressione" il coefficiente è di 0.99.
La meta analisi svolta da Mitchell et al. 2010, hanno selezionato 69 studi che valutassero la validità diagnostica del GDS, con un'importante eterogeneità dei soggetti che sono stati coinvolti in questi studi. Dopo aver svolto questa meta analisi, è risultato che il GDS-30 è ha una sensibilità media del 77.4% e una specificità del 65.4%.
Lo studio prospettico condotto da Jongenelis et al. 2005 hanno selezionato 333 pazienti anziani, senza un decadimento cognitivo, ricoverati in una casa di riposo, i quali hanno partecipato a questa ricerca. I ricercatori hanno valutato la specificità, la sensibilità, i valori positivi e negativi e il coefficiente alfa. Tutto ciò basandosi sui criteri diagnostici del DSM IV. Usando un cut-off a 11 il GDS-30 in questo studio ha dato una sensibilità del 96.3% per la depressione maggiore, invece del 85.1% della depressione minore, con una specificità del 69.1%.

7.2 GDS-15

Gli studi che hanno valutato la GDS-15, tra i dodici articoli di ricerca che ho revisionato, sono un totale di undici studi.
La revisione sistematica della letteratura svolta da Watson and Pignone 2003 su un totale di 18 studi che rispettavano i criteri di inclusione che sono stati imposti e che andassero a esaminare la performance dello strumento di screening in pazienti in età anziana. Lo strumento è stato somministrato in diversi settori, come in reparti psichiatrici e in case di riposo. Il cut-point maggiormente usato variava da 3 a 5 e che quindi dava una sensibilità dal 79% al 100%, invece una specificità dal 67% al 80%.
Lo studio condotto dai ricercatori Blank, Gruman, and Robison 2004, ha valutato la GDS-15 su un totale di 360 pazienti in età anziana, calcolando la sensibilità e specificità del test comparandolo ai criteri di Standard Diagnostic Interview Schedule (DIS) per la diagnosi di depressione. Tra i 360 soggetti che hanno partecipato allo studio, il 9% ha riscontrato i criteri per una depressione maggiore secondo il DIS, invece il 7% per una depressione "sub-sindromale". Il GDS-15 nelle case per anziani ha dato una sensibilità del 86% e una specificità invece del 82%
Lo studio trasversale di Matias et al. 2016 che ha incluso un totale di 137 partecipanti anziani che regolarmente frequentavano un centro apposito per le persone in età anziana. Sono stati inclusi in questa ricerca sia anziani dal sesso femminile, che del sesso maschile, le persone che partecipavano allo studio dovevano essere in grado di comunicare e rispondere al questionario, inoltre non dovevano avere una demenza e quest'ultima veniva valutata attraverso il Mini Mental State Exam. Attraverso la GDS-15 la prevalenza di sintomi depressivi nei soggetti coinvolti nello studio era del 52.6% con

un intervallo di confidenza del 95% e un cut-off di 6, la GDS-15 ha mostrato una sensibilità dell'80% con una specificità del 44%.

Lo studio prospetto condotto da (Koehler et al. 2005) ha selezionato per questo studio 704 soggetti anziani che risiedevano in una casa di riposo con un'età media di 86 anni, il 54% dei partecipanti aveva un inizio di demenza, ma non una diagnosi di demenza. Il coefficiente alfa in base a tutti i partecipanti dello studio era di 0.791, per i l gruppo dei soggetti con una funzione cognitiva ancora intatta era del 0.781, invece per i soggetti con un inizio di decadimento cognitivo era del 0.799.

Lo studio di meta analisi svolto da Mitchell et al. 2010 ha identificato 69 studi che misurassero anche la validità del GDS-15. È risultato che questa versione abbia una sensibilità del 81.3% e una specificità del 78.4%; inoltre questo studio ha identificato che questa versione del GDS aiuta a identificare una sintomatologia depressiva nell'anziano, più di quanto lo faccia la versione originale.

Lo studio di revisione sistematica della letteratura analizzata da Wancata et al. 2006 che è stato svolto con un'analisi di un totale di 42 articoli, i quali hanno svolto la loro ricerca in diverse parti del mondo, i quali prendevano un campione di soggetti anziani per testare la GDS-15 compreso tra 40 e 715 persone. La maggior parte degli studi si basavano sui criteri diagnostici del DSM III, DSM IV e ICD-10, usandoli anche come "Gold Standard". Il cut-off maggiormente utilizzato negli studi revisionati andava dal 5 al 6. Facendo un confronto di tutti gli studi considerati, la sensibilità e specificità del GDS-15 era di rispettivamente 0.805 e 0.750.

Lo studio trasversale di Almeida and Almeida 1999, che è l'unico studio che ho selezionato nonostante sia del 1999 e che ha incluso soggetti con un MMSE inferiore a 25, la ricerca è stata effettuata su un campione di 64 soggetti anziani, 54 erano donne e l'età media era di 67.45 anni. Il 64.1% e il 51.6% dei soggetti presentavano la sintomatologia secondo i criteri del DSM IV e dell'ICD-10. La GDS-15 con un cut-off a 7 e un intervallo di confidenza del 95%, con i criteri del DSM IV ha una sensibilità del 97% e una specificità del 54.8%, invece con i criteri del ICD-10 una sensibilità del 92.7% e una specificità del 65.2%.

La revisione sistematica svolta da Marc, Raue, and Bruce 2008 con un campione di 526 soggetti anziani che anno partecipato agli studi, sono stati esclusi i soggetti con un MMSE minore di 18. L'età media dei partecipanti era di 78.3 anni, la maggior parte erano donne e i soggetti erano provenienti da tutte le parti del mondo. Basandosi sulla SCID la prevalenza di depressione tra i soggetti inclusi nello studio era del 15.4%. Il cut-off in questa revisione è di 5 con una sensibilità del 71.8% e una specificità del 78.2%

Lo studio trasversale che è stato condotto da Allgaier et al. 2013, sono state selezionate 68 case anziani con un totale di 548 posti letto. Pazienti affetti da demenza sono stati esclusi e i criteri d'inclusione erano i seguenti: età minima 65 anni, capacità di comunicare e rispondere al questionario, in conclusione hanno potuto partecipare 92 persone in età anziana. Con un cut-off pari e o maggiore a 7, il coefficiente alfa della GDS-15 dava una sensibilità del 0.69 e una specificità del 0.88; inoltre questa versione era più specifica per il riconoscimento di una sintomatologia depressiva maggiore, con una sensibilità del 0.85 invece per la depressione minore era del 0.54.

Per quanto riguarda i dati dello studio trasversale di Rinaldi et al. 2003, sono stati inclusi 181 soggetti in età anziana, ricoverati in un ospedale, in una casa anziani oppure pazienti ambulatoriali, che avevano con una funzionalità cognitiva intatta, la quale è stata valutata attraverso il MMSE. Il "Gold Standard" di questo studio era il DSM IV. Con un cut-off di 5, la GDS-15 tra i 181 soggetti che hanno partecipato allo studio in 96 è stata riscontrata una sintomatologia depressiva, il coefficiente alfa per la sensibilità e specificità erano rispettivamente di 0.92 e 0.83.

Infine l'ultimo studio trasversale che ho selezionato per il mio lavoro, condotto da Smalbrugge et al. 2008 è stato svolto su un campione di 313 soggetti, la maggior parte dei partecipanti erano donne, l'età media era di 79.3 anni con un decadimento funzionale nelle attività di vita quotidiana; è stato osservato nel 8.1% dei casi un disturbo di depressione maggiore e nel 14.1% un disturbo di depressione minore. Il coefficiente alfa della versione a 15 items era i 0.79, con un intervallo di confidenza a 95% il coefficiente alfa per lo screening nella depressione maggiore era di 0.896 e 0.778 per la depressione minore.

7.3 GDS-8/5/4

Ci sono alcuni studi, tra quelli che ho preso in considerazione per la mia revisione della letteratura, che hanno valutato la validità della GDS in versioni più corte di quella a 15 items, mostrerò in breve i risultati che hanno dato gli studi rispetto a queste versioni.

Lo studio di (Rinaldi et al. 2003) ha mostrato che la sensibilità della versione a 5 items ha un coefficiente alfa del 0.94 e una specificità invece del 0.81, per quanto riguarda l'accuratezza del test di screening è 0.87.

Lo studio trasversale condotto da (Allgaier et al. 2013) ha valutato la versione a 4 items, nel quale il cut-off ottimale era uguale o maggiore a 1, con una sensibilità del 0.88 e una specificità del 0.53.

Un altro studio trasversale svolto da (Almeida and Almeida 1999) ha preso in considerazione la versione a 10 items e 4 items, sempre utilizzando il DSM IV e l'ICD-10 come Gold Standard. La versione a10 items con un cut-off di 3-4 ha dato una sensibilità del 92.7% e specificità del 65.2% secondo l'ICD-10, invece con il DSM IV i valori erano rispettivamente di 97% e 54.8%. Invece la versione a 4 items con un cut-off di 2-3 ha mostrato una sensibilità del 80.5% e specificità del 78.3% basandosi sull'ICD-10, invece con il DSM IV i valori erano di 84.4% e 67.7%.

Secondo lo studio di (Jongenelis et al. 2005), la versione a 10 items la sensibilità variava da 78.7% a 96.3% invece la specificità era sul 69.5%.

8 Discussione

L'obiettivo principale della mia revisione della letteratura per il mio lavoro di tesi era quello di indagare se la "Geriatric Depression Scale" fosse uno strumento valido e consigliato all'utilizzo per il riconoscimento precoce della sintomatologia del soggetto anziano. Occorre pero ricordare, che gli articoli analizzati, per quanto tutti hanno valutato la GDS come uno strumento valido per lo screening di una depressione in un anziano, diversi articoli paragonavano l'utilizzo di questo strumento con un altro e la maggior parte degli articoli hanno analizzato diverse versioni del GDS.
In sintesi tutti gli articoli che ho revisionato e analizzato durante la redazione del mio lavoro hanno affermato che la Geriatric Depression Scale è uno strumento valido per lo screening, soprattutto per la depressione maggiore. Le diverse versioni a 30, 15 o 8/5 items, cioè domande che il questionario contiene, hanno ognuna dei punti forti e altre dei punti negativi.
Tra gli studi che ho scelto di analizzare per questo lavoro di revisione della letteratura, sono stati proposti dei confronti tra lo strumento GDS e altri strumenti di screening per la depressione, come: la Montgomery Asnerg Depression Rating Scale (MADRS), la Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Minum Data Set (MDS), il Well-being Index (WHO-5), la Center for Epidemilogic Studies Depression Scale (CES-D), la selfCARE(D) e la Yale-1 question screen.
Dopo aver svolto questo lavoro di ricerca e di analisi di diversi studi scientifici sul tema dello screening della sintomatologia in un paziente anziano, posso dire che la GDS è uno strumento valido e convalidato più volte per essere somministrato con l'obiettivo di avere una prima segnalazione in caso in cui il paziente presentasse una possibile depressione. Non è uno strumento che pone una diagnosi, ma piuttosto per allertare il professionista e per poi eseguire un'osservazione e assesment ancora più mirato per poter porre la diagnosi attraverso le classificazioni maggiormente usate come il DSM V e l'ICD-10 (Allgaier et al. 2013) (Blank, Gruman, and Robison 2004) (Jongenelis et al. 2005)(Mitchell et al. 2010) (Matias et al. 2016)(Koehler et al. 2005) (Watson and Pignone 2003)(Allgaier et al. 2013) (Marc, Raue, and Bruce 2008) (Almeida and Almeida 1999) (Wancata et al. 2006) (Rinaldi et al. 2003).

La GDS-30, cioè la versione originale di questo strumento, è stato valutato da tutti gli studi come uno strumento valido per lo screening della sintomatologia depressiva nell'anziano. La quale pero richiede un maggiore tempo per essere somministrata al paziente, poiché è composta da 30 domande che vanno a indagare la presenza di sintomi che possano ricondurre a una possibile depressione.
Invece la versione più corta, cioè a 15 items, la quale è stata anche presa in considerazione da tutti gli studi da me trovati e analizzati, questa è costituita di 15 domande che ricercano una sintomatologia depressiva.
Diversi studi hanno affermato che la GDS-15 è preferibile rispetto alla GDS-30, perché lo strumento a 15 items risulta meno impegnativo per il paziente anziano, anche per quanto riguarda il mantenimento della concentrazione nel rispondere ad un

questionario, nonostante le domande portano a risposte semplici cioè “si” o “no”. Inoltre, questa versione è tempisticamente più veloce da somministrare da parte del professionista, ma è anche più semplice da comprendere per i pazienti anziani ai quali è stato proposto il test di screening. Diversi studi analizzati spiegano come la versione a 15 items, è stata creata apposta per essere migliore rispetto alla versione originale, con qualche vantaggio sia per i professionisti che per i pazienti anziani. C’è, però, lo studio condotto da Rinaldi et al. 2003 che sottolinea lo sviluppo a 5 items, con lo scopo di rendere più facile la somministrazione soprattutto agli anziani, dato che anche la GDS-15 è risultata impegnativa per quanto riguarda la concentrazione e l’attenzione.
La GDS oltre ad avere dei punti positivi e vantaggi, ha anche dei limiti. Innanzitutto, non è uno strumento che pone una diagnosi al paziente, ma che da solo un segnale di allarme su una possibile sintomatologia depressiva. Dal momento che il professionista che ha le competenze di somministrare questo test, dovrà analizzare poi il risultato ottenuto cosi da valutare se procedere con accertamenti per porre una diagnosi. Questo questionario non può essere somministrato a pazienti anziani che soffrono di demenza, un MMSE pari e/o minore a 25 su 30 risulta essere borderline, perché il risultato sarebbe del questionario potrebbe essere falsato dalla demenza in questa categoria di pazienti. Il risultato del MMSE è strettamente collegato all’età del soggetto, il livello di educazione e scolarità e altri fattori sociodemografici e si definisce una funzione cognitiva nella norma con un punteggio tra 25 e 30. (Measso et al. 1993). Solo lo studio condotto da (Almeida and Almeida 1999) ha preso in considerazione anche dei soggetti anziani con MMSE inferiore di 25 su 30.
Infatti, lo studio Matias et al. 2016 sostiene che lo strumento PHQ-9 sia un questionario che può essere somministrato anche al soggetto affetto da demenza, ma non mi soffermo su questo: soffermarsi su questo argomento è complesso dal momento che parlare di uno strumento di screening valido per riconoscere una sintomatologia depressiva nell’anziano con demenza ci vorrebbe un ulteriore revisione della letteratura solo per questo tema.

9 Limiti della ricerca

Svolgendo il mio lavoro di tesi sono stata confrontata con diversi limiti riguardo alla ricerca degli articoli scientifici e anche per quanto riguarda la stesura del lavoro.
Uno dei primi limiti che ho riscontrato e che mi ha ostacolato molto è quello di capire e riuscire a giustificare quanto un articolo è pertinente per essere poi incluso alla parte della revisione della letteratura.
Inizialmente non avevo dato una buona lettura all’abstract dei primi articoli che avevo trovato, infatti, mi sono ritrovata a dover scartare diversi articoli che inizialmente ritenevo pertinenti e di conseguenza a doverne cercare dei nuovi per la mia revisione.
Una volta riuscita a trovare e selezionare 13 articoli pertinenti al mio tema del lavoro di Bachelor, ho notato leggendo con cura tutti gli articoli e facendo la traduzione e il riassunto di quest’ultimi, che gli studi da me selezionati hanno diversi criteri di inclusione

tra loro. Credo che se non avessi mantenuto il criterio d'inclusione che i soggetti che partecipavano allo studio per la validità della "Geriatric Depression Scale" come strumento di screening per il riconoscimento precoce della sintomatologia depressiva non fossero affetti da demenza; avrei potuto prendere in considerazione molti più articoli per la mia revisione della letteratura.
Inoltre, gli studi che ho trovato e che erano pertinenti per la mia revisione della letteratura, non si soffermavano molto sugli outcome positivi grazie all'utilizzo di uno strumento di screening, come la GDS, quali benefici poi il paziente poteva avere grazie al seguente momento di diagnosi della depressione. Mi sarebbe piaciuto molto e penso sarebbe stato interessante avere dei dati anche su questo tema, perché sarebbe stato un valore aggiunto alla mia revisione, inoltre avrebbe dato dei dati sul futuro del paziente al quale è stato somministrato un test di screening e che è risultato che presenta una sintomatologia depressiva.
Diversi studi che ho analizzato durante questo lavoro di tesi, includevano una grande quantità di dati statistici, tabelle, spesso commentate con un linguaggio scientifico e settoriale per me non evidente da comprendere e nemmeno da tradurre perché richiedeva molto tempo da investire. Grazie pero al mio ultimo stage che sto svolgendo in un reparto geriatrico in un ospedale, ha potuto approfittare dell'aiuto di una neuropsicologa attiva nelle ricerche, che mi ha aiutato nel spiegarmi la terminologia specifica e aiutarmi a identificare i dati più rilevanti nelle tabelle riassuntive dei diversi studi. Un altro punto che ha richiesto un impegno non irrilevante, è la redazione della bibliografia. La quale però, grazie al corso che abbiamo svolto presso la SUPSI sull'utilizzo di "Zotero", ho potuto fare le citazioni e avere la bibliografia corretta e completa senza investire troppo tempo in questo.

10 Rilevanza clinica e sviluppi per il futuro

La professione infermieristica ci porta e ci obbliga ad essere a contatto e a confrontarci con la persona malata, in questo caso con persone affette da un disturbo affettivo come la depressione.
Tutti e 12 gli studi che ho scelto per il mio lavoro di Tesi, affermano più volte che è importante riconoscere la sintomatologia depressiva in un soggetto anziano e dalla mia esperienza di lavoro in diversi reparti come medicina, chirurgia e psichiatria ho avuto modo di notare la maggioranza di pazienti con un'età minima di 65 anni.
Purtroppo, o per fortuna, la GDS viene somministrata da psicologi e/o psichiatri, nella realtà del mio ultimo stage lavorativo, cioè un reparto di medicina geriatrica, è lo psicologo che si occupa di somministrare questo strumento di screening ai pazienti e analizzare poi i valori ottenuti.
Anche gli studi che ho letto e analizzato per questa revisione della letteratura descrivono che la modalità di somministrazione della GDS era per lo più da parte di professionisti nell'ambito della salute mentale, quindi psicologi e/o psichiatri.

Ritengo comunque che la revisione della letteratura presentata in questo mio lavoro di tesi, abbia presentato grazie al quadro teorico una panoramica della situazione in Svizzera sul fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e della depressione nell'anziano. Attraverso questa ricerca vorrei portare a una riflessione sulla presa a carico di questa tipologia di pazienti, sia da parte degli infermieri, ma anche degli altri membri dell'equipe, poiché sempre di più si parla e si mira a un lavoro interdisciplinare e multidisciplinare nella cura del paziente.
Sarebbe stato interessante se gli studi fossero stati svolti alle nostre latitudini, per avere un confronto con la nostra realtà in maniera più oggettiva e si sarebbe potuta una discussione ancora migliore su come viene presa in considerazione la depressione nell'anziano.

Negli studi che ho analizzato, non viene però mai proposta la figura infermieristica nell'utilizzo e somministrazione del questionario GDS, ma nemmeno degli altri strumenti proposti, questo perché sono questionari specifici che richiedono un setting adeguato e anche la modalità di somministrazione deve essere adeguata.

Anche se noi infermieri non siamo formati per somministrate un test di screening come ad esempio la GDS a pazienti che sospettiamo possano soffrire di una depressione, è da notare che siamo soprattutto noi che segnaliamo i pazienti ai psicologi che lavorano nel reparto, piuttosto che in una casa per anziani e così via. Nella realtà del reparto geriatrico in cui sto lavorando, siamo spesso noi infermieri che portiamo in rilevanza, durante la riunione con lo psicologo e la neuropsicologa, un paziente descrivendo come lo abbiamo visto durante gli ultimi giorni sotto l'aspetto psichico ed emotivo.
Purtroppo però questo non avviene in tutti i reparti, cioè di poter avere una riunione settimanale con queste figure e poter parlare e far emergere lo stato d'animo delle persone, sia a livello psichico che emotivo. In reparti come quello della chirurgia, sono dei reparti veloci, dove una degenza dura in media 3 o 4 giorni e giustamente ci si focalizza soprattutto sulla parte somatica del paziente, perché è quella che il loro reparto andrà a toccare e prendersi cura.
Vorrei soffermarmi sulla modalità di somministrazione della GDS, perché ho potuto notare dalla mia piccola esperienza lavorativa che chi somministra il test di screening deve essere una persona formata. Quindi, è necessario che sia un professionista che valuta unicamente la salute mentale della persona, in questo specifico contesto è opportuno che abbia un'esperienza clinica nel settore geriatrico e che utilizzi un setting adeguato per la somministrazione dei test. È fondamentale per noi infermieri che il professionista, come ad esempio lo psicologo, condivida i risultati con il resto dell'équipe per garantire un approccio mirato e condiviso, soprattutto agire tempestivamente qualora il test di screening rilevi una sintomatologia depressiva.
Bisogna pero ricordarsi che un paziente anziano potrebbe essere ricoverato in qualsiasi reparto, anche in medicina generale, come in una chirurgia o un paziente che fa dialisi, quindi sarebbe un'ottima pratica se si ha un momento per poter valutare questi pazienti ed eventualmente segnalarli allo psicologo, piuttosto che alla neuropsicologa, Infine, sarebbe anche un valore aggiunto se un po' tutti i colleghi che lavorano in diversi reparti conoscessero la GDS come strumento di screening e la sua utilità e finalità, ma non

solo. Sarebbe altrettanto importante che tutti gli infermieri riescano a cogliere delle sfumature di sintomi depressivi nell'anziano, che sono diversi da un adulto e da un'adolescente. Dalla mia esperienza in un reparto ospedaliero geriatrico, aggiungerei che è altrettanto fondamentale spiegare all'anziano l'importanza di poter parlare con uno psicologo e ricevere un aiuto da questo professionista, il quale purtroppo è stigmatizzato ancora molto dagli anziani. Vedono questa figura professionale come il "dottore dei pazzi" e quindi proporre loro di vedere uno psicologo è come dirgli che sono "pazzi".

11 Conclusione

Questo lavoro di ricerca per il mio lavoro di Bachelor è stato impegnativo per me, sono partita con la domanda di ricerca "La Geriatric Depression Scale (GDS) è uno strumento efficace per l'individuazione precoce della sintomatologia depressiva negli utenti anziani residenti in CPA e/o in un reparto geriatrico?", ma con il continuo ricercare articoli scientifici sulla depressione nell'anziano in correlazione all'utilizzo del test di screening "Geriatric Depression Scale" avrei voluto cambiare molte volte la domanda di ricerca.
È un tema davvero molto ampio quello dell'anziano e soprattutto la depressione nell'anziano, se fossi stata più selettiva e precisa nella mia domanda di ricerca e nella costruzione del PICO probabilmente avrei avuto modo di trovare articoli più mirati, con i quali avrei avuto meno difficoltà poi a fare un confronto dei risultati e una discussione finale.
Inoltre, conoscevo a grandi linee la GDS come strumento di screening di una depressione, ma gli altri strumenti che sono stati proposti negli articoli da me selezionati che hanno fatto il confronto con la GDS non li conoscevo e ho dovuto fare un ulteriore ricerca. Questo mi ha permesso di ampliare maggiormente le mie conoscenze riguardo a diversi strumenti per il riconoscimento precoce della depressione e non solo per quanto riguarda la GDS. Grazie al fatto che sto svolgendo il mio ultimo stage come allieva infermiera in un reparto geriatrico dove la GDS viene utilizzata e somministrata dalla neuropsicologa, ho potuto confrontarmi con lei sul mio lavoro di tesi e proporle dei strumenti che ho scoperto e che sono stati ritenuti validi per lo screening di depressione in pazienti affetti da demenza, cosa che la GDS non è del tutto validata per essere somministrata a questa tipologia di pazienti.
Nonostante non fosse stato semplice e non ho risposto in maniera esaustiva alla mia domanda di ricerca, grazie a questo lavoro di revisione della letteratura ho potuto comunque arrivare a una conclusione avendo letto i diversi articoli sulla tematica da me scelta, non solo perché rilevante nel contesto sanitario, ma anche per un interesse personale. Un valore aggiuntivo personale che ho ottenuto grazie al mio Lavoro di Tesi, è quello di aver potuto vedere anche nella pratica professionale l'utilizzo e la validità della GDS, avendo la fortuna di lavorare in un reparto che collabora con diversi professionisti. Dunque oltre a collaborare con assistenti di cura, altri infermieri, medici e/o chirurghi, fisioterapisti ed ergoterapisti; nel mio reparto regolarmente due volte alla

settimana si faceva un punto della situazione con lo psicologo del reparto e la neuropsicologa.

Dal punto di vista invece della metodologia, inizialmente ho avuto delle difficoltà capire come si svolgesse una revisione sistematica della letteratura e cosa doveva contenere il quadro teorico, prima dell'analisi degli studi selezionati per la revisione.

Non è stata facile la ricerca degli studi nelle banche dati, penso che se ora dovessi rifare tutto da capo o fare una revisione della letteratura su un altro tema, mi sentirei meno in difficoltà e impiegherei soprattutto molto meno tempo nella ricerca di articoli. Grazie alla mia scelta di eseguire una revisione della letteratura per il mio Lavoro di Tesi, ho potuto accertarmi di quanto sia importante essere aggiornati e di conoscere le novità nel nostro settore, poiché continuano a cambiare tantissime in ambito sanitario.

Ho sempre avuto molta difficoltà nel produrre un elaborato scritto, poiché non sono mai certa di come iniziare a scrivere e da dove partire per introdurre con un filo logico il mio tema. Dover svolgere questo lavoro di tesi mi ha confrontato con i miei limiti e la mia disorganizzazione, durante l'ultima sessione degli esami non riuscivo a concentrarmi per la tesi, perché ci tenevo a passare bene gli esami e subito dopo abbiamo iniziato a lavorare per il nostro ultimo stage. Non è evidente riuscire a fare la tesi dopo i giorni di lavoro, infatti mi sono dovuta confrontare anche con lo stress. Ma grazie a questo ho potuto sviluppare delle strategie di coping ed essere comunque produttiva per il mio lavoro di tesi e organizzare al meglio il tempo a mia disposizione.

Concludo, dicendo che questo Lavoro di Tesi mi ha dato molti stimoli per il futuro, mi ha fatto riflettere e mi ha permesso di cambiare la mia visione nel confronto del soggetto anziano. Mi ha trasmesso l'ennesima conferma di quanto l'ambito sanitario sia in continua evoluzione e di quanto è importante prendere a carico il soggetto anziano in maniera multidimensionale e con un'équipe multidisciplinare, così da poter davvero prenderci a carico di ogni sfera del paziente. Inoltre, sottolineo che sono stata molto fortunata ad avere svolto il mio ultimo stage lavorativo in un reparto geriatrico, dove ho potuto vedere tutte queste cose e dove mi sono potuta confrontare e chiedere un feedback.

12 Ringraziamenti

Vorrei ringraziare in maniera particolare la mia direttrice di Tesi, non che anche docente, Lara Pellizzari per la fiducia che mi ha dato e soprattutto la pazienza e supporto morale durante i momenti di crisi.

Inoltre, vorrei ringraziare soprattutto i miei amici e colleghi del reparto di geriatria, dove sto lavorando per il prezioso aiuto e consigli che mi hanno dato durante la stesura di questo Lavoro di Tesi. Un grande grazie va alle mie compagne di questo viaggio in 3 anni di SUPSI, cioè Simona, Giulia, Ilaria e Ilaria grazie alle quali hanno reso questo percorso ancora più bello, ma anche divertente.

Infine, ringrazio tutti i docenti del DEASS che ho incontrato durante il mio percorso alla SUPSI, sono felice di aver scelto questa formazione e di essere stata formata da dei docenti, che oltre ad essere competenti, sono anche delle persone con un gran calore umano. Grazie a tutti!

“There is a crack in everything that's how the light gets in” (Leonard Cohen)

13 Bibliografia

Alexopoulos, George S
2005 Depression in the Elderly. The Lancet 365(9475): 1961–1970.

Allgaier, Antje-Kathrin, Dietmar Kramer, Barbara Saravo, et al.
2013 Beside the Geriatric Depression Scale: The WHO-Five Well-Being Index as a Valid Screening Tool for Depression in Nursing Homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 28(11): 1197–1204.

Almeida, Osvaldo P., and Shirley A. Almeida
1999 Short Versions of the Geriatric Depression Scale: A Study of Their Validity for the Diagnosis of a Major Depressive Episode According to ICD-10 and DSM-IV. International Journal of Geriatric Psychiatry 14(10): 858–865.

American Psychiatric Association
2014 DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali (Edizione in Brossura), vol.DSM-5® Collection. Raffaello Cortina Editore.

Aromataris, Edoardo, and Alan Pearson
2014 The-Systematic Review: An Overview.

Beers, Mark H., Robert S. Porter, and Thomas V. Jones
2006 The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 18th Edition. 18th edition. Merk Manuals.

Blank, Karen, Cynthia Gruman, and Julie T. Robison
2004 Case-Finding for Depression in Elderly People: Balancing Ease of Administration with Validity in Varied Treatment Settings. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 59(4): 378–384.

Boschetti, Dèsirèe, and Barbara Revello
2013 Il Trattamento Della Depressione Secondo l'Analisi Transazionale: Un'esperienza. CPD.

Giarelli, Guido, and Eleonora Venneri
2013 Sociologia Della Salute e Della Malattia, Manuale per Le Professioni Mediche, Sanitarie e Sociali. Milano: Franco Angeli.

Jongenelis, K., A. M. Pot, A. M. H. Eisses, et al.
2005 Diagnostic Accuracy of the Original 30-Item and Shortened Versions of the Geriatric Depression Scale in Nursing Home Patients. International Journal of Geriatric Psychiatry 20(11): 1067–1074.

Kim, Jeung-Im, Myoung-Ae Choe, and Young Ran Chae
2009 Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. Asian Nursing Research 3(3): 121–129.

Koehler, Melissa, Terry Rabinowitz, John Hirdes, et al.

2005 Measuring Depression in Nursing Home Residents with the MDS and GDS: An Observational Psychometric Study. BMC Geriatrics 5: 1.

Leahy, Robert L.
2012 Come Sconfiggere La Depressione. Raffaelo Cortina editore.

Li, Zhicheng, Yun-Hee Jeon, Lee-Fay Low, et al.
2015 Validity of the Geriatric Depression Scale and the Collateral Source Version of the Geriatric Depression Scale in Nursing Homes. International Psychogeriatrics 27(9): 1495–1504.

Linea guida Consiglio Sanitario Regionale
2013 La Fragilità Dell'anziano. SNLG Regioni.

Liu, Lijun, Zhenggang Gou, and Junnan Zuo
2016 Social Support Mediates Loneliness and Depression in Elderly People. Journal of Health Psychology 21(5): 750–758.

Lohman, Matthew C., Briana Mezuk, and Levent Dumenci
2017 Depression and Frailty: Concurrent Risks for Adverse Health Outcomes. Aging & Mental Health 21(4): 399–408.

Marc, Linda G., Patrick J. Raue, and Martha L. Bruce
2008 Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Elderly Home Care Population. The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 16(11): 914–921.

Matias, Amanda Gilvani Cordeiro, Marília de Andrade Fonsêca, Maria de Lourdes de Freitas Gomes, and Marcos Antonio Almeida Matos
2016 Indicators of Depression in Elderly and Different Screening Methods. Einstein 14(1): 6.

Mitchell, Alex J., Vicky Bird, Maria Rizzo, and Nick Meader
2010 Diagnostic Validity and Added Value of the Geriatric Depression Scale for Depression in Primary Care: A Meta-Analysis of GDS30 and GDS15. Journal of Affective Disorders 125(1): 10–17.

Nursing Reference Center
N.d. zotero://attachment/62/, accessed September 5, 2016.

Organizzazione Mondiale Della Sanità
1996 Guida Tascabile ICD-10. Classificazioni Delle Sindromi Dei Disturbi Psichici e Comportamentali. Elsevier.

Oyama, Hirofumi, Tomoe Sakashita, Kei Hojo, et al.
2010 A Community-Based Survey and Screening for Depression in the Elderly: The Short-Term Effect on Suicide Risk in Japan. Crisis 31(2): 100–108.

Perna, Simone, Matthew D'Arcy Francis, Chiara Bologna, et al.
2017 Performance of Edmonton Frail Scale on Frailty Assessment: Its Association

with Multi-Dimensional Geriatric Conditions Assessed with Specific Screening Tools. BMC Geriatrics 17(1). http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0382-3, accessed January 26, 2017.

Rinaldi, Patrizia, Patrizia Mecocci, Claudia Benedetti, et al.
2003 Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. Journal of the American Geriatrics Society 51(5): 694–698.

Saiani, Luisa, and Anna Brugnolli
2010 Come Scrivere Una Revisione Della Letteratura.

Sala, Valeria, Ivan Moschetti, Sabrina Bidoli, Vanna Pistotti, and Liberati Alessandro
2006 Revisioni Sistematiche - Breve Guida All'uso. Centro Cochrane italiano.

Smalbrugge, Martin, Lineke Jongenelis, Anne Margriet Pot, Aartjan T. F. Beekman, and Jan A. Eefsting
2008 Screening for Depression and Assessing Change in Severity of Depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-Item Versions) Useful for Both Purposes in Nursing Home Patients? Aging & Mental Health 12(2): 244–248.

Strandberg, T. E., K. H. Pitkälä, and R. S. Tilvis
2011 Frailty in Older People. European Geriatric Medicine 2(6): 344–355.

The Evaluation of Depression in the Elderly: A Modification of the Geriatric Depression Scale (GDS) - ScienceDirect
N.d. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494306000318, accessed July 11, 2017.

The Joanna Briggs Institute
2001 Le Revisioni Sistematiche BestPractice: Vol. 1 e Vol. 2. Il centro studi "evidence based nursing."

Vaughan, Leslie, Joseph Goveas, and Akeesha Corbin
2015 Depression and Frailty in Later Life: A Systematic Review. Clinical Interventions in Aging: 1947.

Wancata, J., R. Alexandrowicz, B. Marquart, M. Weiss, and F. Friedrich
2006 The Criterion Validity of the Geriatric Depression Scale: A Systematic Review. Acta Psychiatrica Scandinavica 114(6): 398–410.

Watson, Lea C., and Michael P. Pignone
2003 Screening Accuracy for Late-Life Depression in Primary Care: A Systematic Review. NEW RESEARCH FINDINGS THAT ARE CHANGING CLINICAL PRACTICE 52(12). Applied Evidence: 9.

14 Allegati

Geriatric Depression Scale (GDS)

(Yesavage JA, Rose TL, Lum O, Huang V, et al. Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37-49)

		SI	NO
1	E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbondonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	si annoia spesso	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	E' tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	E' di buon unore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere visstuta?	1	0
18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la sita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficiel iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persona sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrasi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	ha la mente lucida come prima?	0	1

Punteggio totale **____/30**

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Sheukh, Yesavage; 1986

Scelga la risposta che meglio descrive come si è sentito durante l'ultima settimana

		SI	NO
1.	È sostanzialmente soddisfatto della sua vita?		1
2.	Ha abbandonato molte delle sue attività ed interessi?	1	
3.	La sua vita le sembra vuota?	1	
4.	È spesso annoiato?	1	
5.	È di buon umore generalmente?		1
6.	Ha paura che stia per accaderle qualcosa di brutto?	1	
7.	Si sente contento di solito?		1
8.	Si sente spesso senza aiuto?	1	
9.	Preferisce rimanere in casa piuttosto che uscire per fare cose diverse dal solito?	1	
10.	Le sembra di avere più problemi di memoria degli altri?	1	
11.	Pensa che sia bello stare al mondo adesso?		1
12.	Le sembra senza valore la vita che sta facendo adesso?	1	
13.	Si sente carico di energia?		1
14.	Le sembra che la sua situazione sia senza speranza?	1	
15.	Pensa che la maggior parte della gente sia in condizioni migliori delle sue?	1	

Lavoro di Tesi approvato in data:

Manno, 31.07.2017 Sanja Grebenar