

# Efficacia degli screening nella gestione della depressione post infarto miocardico

## Revisione della letteratura

### *Efficacy of screening in managing post-myocardial infarction depression*

#### A literature review

■ GLORIA GANDOLFO<sup>1</sup>, ANTONIO BOSCOLO ANZOLETTI<sup>2</sup>

1 Infermiere, Pronto Soccorso Ospedale SS. Giovanni e Paolo, Azienda Ulss 12, Venezia

2 Coordinatore infermieristico, Docente università di Padova, Unità Terapia Intensiva Cardiologica Ulss 14, Chioggia (VE)

#### RIASSUNTO



**Introduzione:** nel 45% dei casi, nelle prime 48-72 ore dopo un infarto miocardico acuto (IMA) si manifestano sintomi depressivi che aumentano significativamente il rischio a breve termine per morbilità e mortalità e determinano una minor aderenza ai comportamenti di prevenzione secondaria e una minor qualità di vita. La depressione post-IMA nella maggior parte dei casi non viene riconosciuta in assenza di uno strumento idoneo.

**Materiali e metodi:** ricerca bibliografica. Sono state identificate 16 pubblicazioni utili.

**Risultati:** 2 dei 16 studi esaminati hanno indagato il punto di vista degli infermieri riguardo all'introduzione dello screening come pratica infermieristica di routine. I restanti studi hanno indagato l'efficacia di vari strumenti di screening per la depressione.

**Discussione:** dagli studi selezionati è stato possibile osservare che molti autori rilevano la necessità di introdurre uno screening, in genere somministrato dagli infermieri, per identificare i sintomi depressivi nei pazienti post IMA. Gli strumenti più utili a tale fine si sono dimostrati la Cardiac Depression Scale (CDS-5) e il Patient Health Questionnaire (PHQ-2, PHQ-9).

**Conclusioni:** la letteratura suggerisce, anche se non in maniera univoca, l'introduzione nella pratica di routine dello screening, per individuare precocemente i sintomi depressivi.

**Parole chiave:** depressione, infarto miocardico, screening.

#### ABSTRACT



**Introduction:** during the first 48-72 hours after an acute myocardial infarction (AMI), depressive symptoms appear in 45% of cases. These symptoms significantly increase the short-term risk of disease and death and they cause a lower adherence to secondary prevention behaviors and a lower quality of life. However, in the majority of cases, post-AMI depression goes unrecognized without a suitable analytical tool.

**Materials and methods:** literature review. 16 pertinent publications were identified.

**Results:** 2 out of the 16 studies analyzed concerned nurses' opinions on the introduction of screening as a routine nursing practice. The remaining studies were concerned with the efficacy of different screening tools for depression.

**Discussion:** from the selected studies it can be seen that many authors note the need for screening, typically administered by nurses, in order to identify post-AMI depressive symptoms in patients. The most useful tools for this purpose are the Cardiac Depression Scale (CDS-5) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-2, PHQ-9).

**Conclusion:** although not all studies agree, the literature as a whole appears to suggest the introduction of screening in routine practice, in order to detect the presence of depressive symptoms in good time.

**Keywords:** depression, myocardial infarction, screening.

#### Articolo originale

PERVENUTO IL 04/03/2015

ACCETTATO IL 24/08/2015

#### Corrispondenza per richieste:

Antonio Boscolo Anzoletti,

[bos.toni@tiscali.it](mailto:bos.toni@tiscali.it)

Gli autori dichiarano di non avere conflitto di interesse.

## Introduzione

L'infarto miocardico acuto (IMA) è ritenuto la causa più frequente di mortalità e morbilità nel mondo, in particolare nei Paesi occidentali secondo una rassegna stilata nel 2009 da Perugini *et al.*<sup>1</sup> Dati Istat relativi al 2011 evidenziano che 73796 persone sono morte in Italia a causa di cardiopatie ischemiche e, di queste, 27969 per infarto miocardico acuto.<sup>2</sup>

Nel corso degli ultimi anni però i progressi continui della medicina hanno permesso la riduzione della mortalità per le malattie del sistema circolatorio in tutti i Paesi europei. In Italia il livello di mortalità è tra i più bassi d'Europa: nel 2010 è stato osservato un valore di 16,0 decessi ogni diecimila abitanti, rispetto al 18,3 rilevato nel 2007.<sup>3</sup>

L'IMA è un evento traumatico sia fisico che psicologico, determinando spesso sintomi ansiosi e depressivi nelle settimane e mesi successivi. Molti studi hanno evidenziato che le persone sopravvissute ad un infarto miocardico sono maggiormente predisposte a sviluppare la depressione rispetto al resto della popolazione.<sup>4,5</sup>

Vögele C. *et al.* in uno studio condotto nel 2012 presso l'Università di Lussemburgo, sostiene che "le persone che sopravvivono ad un infarto hanno una probabilità sei volte maggiore di sviluppare depressione nei sei mesi successivi rispetto a quella media della popolazione generale".<sup>6</sup>

Circa un paziente su cinque con IMA ha esperienza di depressione maggiore, mentre nel 45% dei casi, nelle prime 48-72 ore si manifestano sintomi depressivi che aumentano significativamente il rischio a breve termine per morbilità e mortalità.<sup>7,8</sup>

Tale sintomatologia depressiva è responsabile di un incremento del rischio di morbilità e mortalità post-IMA da tre a quattro volte, poiché determina una minor aderenza ai comportamenti di prevenzione secondaria consigliati, alla terapia prescritta e ai programmi di riabilitazione.<sup>9,10</sup> Oltre ad alterazioni del comportamento, la depressione può essere responsabile anche di effetti biologici, come anomalie nel sistema nervoso autonomo che possono rendere i pazienti più suscettibili di aritmie ventricolari ed una maggiore attivazione piastrinica.<sup>11,12</sup>

I sintomi depressivi post-IMA, secondo i risultati ottenuti da Myers V. *et al.*, determinano inoltre un incremento dei ricoveri ospedalieri particolarmente per cause cardiache. Tutto ciò si ripercuote sulla prognosi, sulla qualità di vita dei pazienti e sui costi sanitari.<sup>13</sup>

Per depressione si intende la patologia definita da Colombo come "un abbassamento del tono dell'umore accompagnato generalmente da un rallentamento più o meno marcato di alcune funzioni cognitive (attenzione, percezione, ideazione) e da un rallentamento della psicomotricità".<sup>14</sup> Il profilo clinico della depressione post-IMA è diverso dalla depressione generale: è caratterizzato principalmente da fatica, stanchezza e ostilità. I pazienti riportano più frequentemente svogliatezza piuttosto che umore depresso.<sup>15,16</sup>

Carney R. M., Freedland K. E., Stein P. K. *et al.*<sup>17</sup> hanno osservato che, tra i soggetti con depressione post-IMA, erano maggiormente a rischio di mortalità:

- i pazienti con un numero di contrazioni ventricolari premature (PVC) uguale o superiore a dieci per ora;
- i pazienti con bassa variabilità della frequenza cardiaca (HRV), perché è un indicatore di alterata funzionalità cardiaca;
- i pazienti con elevati intervalli di variabilità QT, predittori di eventi aritmici e di morte cardiaca improvvisa.

Diversi fattori sociodemografici e sanitari sono stati identificati da Murphy B. M., Elliott P. C., Worcester M. U. *et al.*<sup>18,19</sup> come fattori di rischio per ansia e depressione dopo un evento cardiaco acuto:

- donne e soggetti più giovani;
- isolamento sociale, mancanza di supporto sociale e vita solitaria;
- basso livello di istruzione;
- episodi depressivi nei mesi precedenti;
- disoccupazione e basso livello socio-economico;
- scarsa salute fisica e alti livelli di stress;
- presenza di comorbilità, come il diabete.

La depressione post-IMA, nella maggior parte dei casi, non viene riconosciuta: secondo uno studio olandese condotto da Strik J. J., Honig A. e Maes M. nel 2001, solo il 10% dei pazienti è diagnosticato come tale. Questa sottostima sembra dovuta sia al suo profi-

lo atipico, sia alla tendenza a ritenere i sintomi caratteristici come una normale e transitoria reazione ad un evento traumatico, sia alla carenza di conoscenze sui fattori di rischio associati allo sviluppo di questa patologia.<sup>15</sup>

Riconoscere tempestivamente i sintomi di un calo del tono dell'umore risulta fondamentale dopo un infarto miocardico fin dalle prime ore del ricovero ospedaliero poiché, se la depressione non viene diagnosticata nei pazienti ricoverati, può progredire incontrollata per settimane o addirittura mesi prima del prossimo appuntamento ambulatoriale del paziente, contribuendo a determinare complicanze cardiovascolari a breve termine.<sup>20,21</sup>

Questo problema potrebbe essere efficacemente affrontato proprio dall'infermiere poiché, per profilo professionale e per competenze specifiche, risulta essere una delle figure più idonee all'identificazione di un disagio psicologico del paziente o della famiglia grazie alla sua costante presenza a fianco del paziente durante la degenza ospedaliera.<sup>22</sup>

Attraverso un'indagine bibliografica, si sono ricercate evidenze sull'efficacia di screening validati per identificare precocemente le persone a rischio di depressione, tra coloro che hanno avuto un IMA e di identificare lo strumento più efficace a tal fine.

## Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata condotta tramite la consultazione dei database Cinahl, PubMed e della banca dati Cochrane.

La ricerca in Pubmed ha previsto l'uso delle parole chiave "depression", "depressive disorder", "myocardial infarction", "ischemic heart disease", "depressive personality", "adherence to therapy", "recommended depression screening", "nurse screening", "nurse".

Ove possibile sono stati utilizzati termini Mesh, per evitare di effettuare più ricerche con tutti i sinonimi o variazioni dello stesso termine. È stata anche utilizzata la funzione "Related Citations in Pubmed", per visualizzare tutti gli articoli correlati.

Mediante l'enunciazione del quesito di ricerca formulato con metodologia P&PICO (**Tabella 1**), è stata consultata la letteratura internazionale con i seguenti criteri di inclusione:

Tabella 1 – Metodo P&PICO

<b>POPOLAZIONE</b>	Adulti Uomini e Donne	Adults, Men and Women
<b>&amp; PROBLEMA</b>	Depressione post infarto miocardico	Post myocardial infarction depression
<b>INTERVENTO</b>	Screening	Screening
<b>CONFRONTO</b>	Riabilitazione cardiologica	Cardiac rehabilitation
<b>OUTCOME</b>	Miglioramento della qualità di vita e della sintomatologia depressiva	Improving the quality of life and depressive symptoms

Tabella 2 – Strumenti di screening

Strumenti di screening	N°Items	Tempo somministrazione	Capacità di identificazione	Altre caratteristiche
<b>Patient Health Questionnaire (PHQ-2, PHQ-9)</b>	PHQ-2: 2 items PHQ-9: 9 items	PHQ-2: < 1 minuto PHQ-9: pochi minuti	Rischio di Sintomi Depressivi (SD)	Strumenti semplici, rapidi ed efficaci, ottima sensibilità. Necessitano poi di un colloquio clinico di conferma
<b>Cardiac Depression Scale (CDS-5)</b>	5 items.	1-2 minuti	Misura il livello di SD	Non è uno strumento specificatamente diagnostico
<b>Beck Depression Inventory (BDI- 10)</b>	10 items	Qualche minuto	Rischio di esiti cardiaci avversi	Breve, facile da usare, ha un significativo potere prognostico che può contribuire a migliorare la stratificazione del rischio
<b>Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)</b>	14 items (7 per l'ansia e 7 per la depressione)	Pochi minuti	Valuta con precisione ansia e depressione	Quesiti soprattutto psicologici, tralasciando elementi, quali disturbi del sonno, stanchezza e ridotta concentrazione, maggiormente segnalati dai pz cardiaci
<b>Symptoms of Anxiety-Depression Index (SAD4)</b>	4 items (2 per ansia e 2 per depressione)	1-2 minuti	Rischio di SD	Pratico ed affidabile
<b>Well-being Index (PWI, l'Indice Personale di Benessere)</b>	7 items	Pochi minuti	Identifica coloro che richiedono uno screening supplementare per la depressione	Semplice ed efficace

- pazienti adulti (>19 anni),
- nessuna distinzione di sesso,
- articoli in lingua inglese e italiana,
- articoli pubblicati negli ultimi 10 anni.

Diversamente, per la banca dati Cochrane ed il database Cinahl la ricerca è avvenuta con "myocardial infarction AND depression screening".

### Risultati

Negli ultimi due decenni, l'interesse e conseguentemente anche la ricerca, si è focalizzato sull'associazione fra malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto miocardico, e la depressione.<sup>23</sup> Molti sono gli studi che hanno indagato in questo senso cercando di rispondere a diverse domande, fra le quali: qual è l'incidenza della depressione nei soggetti colpiti da infarto miocardico? Qual è l'efficacia degli screening preventivi sulla depressione in questa tipologia di pazienti? Quali sono gli strumenti più idonei per il riconoscimento precoce?<sup>7</sup>

Forme abbreviate di questionari per la depressione, ad esempio il Patient Health Que-

stionnaire (PHQ-2, PHQ-9), la Cardiac Depression Scale (CDS), il Beck Depression Inventory (BDI-II), e l'Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS), costituiscono uno strumento validato ed accettabile da utilizzare in un ambiente dove il fenomeno depressivo non sarebbe valutato di routine.<sup>24,25</sup> **(Tabella 2)**

L'Hospital Anxiety And Depression Scale è uno strumento di screening ampiamente consigliato nei pazienti con malattia coronarica per valutare con precisione l'ansia e i disturbi dell'umore, come osservato nello studio condotto da Barth J. e Martin C. R.<sup>26</sup> I quesiti si riferiscono soprattutto agli aspetti psicologici, in particolare la perdita di piacere nelle cose che abitualmente divertono, i sentimenti di allegria e gioia, la perdita di interesse per il proprio aspetto e per gli eventi futuri, tralasciando molti elementi quali i disturbi del sonno, la stanchezza e ridotta concentrazione che sono i sintomi maggiormente segnalati dai pazienti cardiaci. Questi fattori vengono invece presi in considerazione dalla Cardiac Depression Scale (CDS) rendendola uno strumento utile, affidabile e valido in tutti i pazienti con malattie cardiache.<sup>27</sup>

Il punto di vista degli infermieri, ritenuti i principali responsabili dello screening per la depressione, è stato indagato da Maxwell M., Harris F., Hibberd C. *et al.* in uno studio qualitativo condotto in Scozia nel 2013 su 20 medici e 49 infermieri<sup>28</sup> e da Haws J., Ramjeet J e Gray R.<sup>29</sup> in un sondaggio del 2011 svolto in Gran Bretagna su 813 sanitari (106 medici di medicina generale e 707 infermieri). Da questi studi, risulta evidente che una formazione adeguata in questo ambito ha un impatto positivo sulla gestione complessiva della patologia e risulta necessaria sia ai medici che agli infermieri che si occupano di questi pazienti, per aumentare la fiducia nell'identificare e prevenire problemi di salute correlati, per garantire competenze specifiche e maggior sicurezza e accuratezza nell'utilizzare strumenti di screening. Questo concetto viene ribadito anche da Whooley M. A. e Wong J. M., nella loro revisione pubblicata nel 2013, secondo i quali alcuni sintomi della depressione, cioè la mancanza di energia, la perdita di appetito e i disturbi del sonno, si sovrappongono a quelli delle patologie cardiovascolari, rendendo difficile l'individuazione della depressione

Tabella 3 – Sintesi della letteratura

Studio	Campione	Caratteristiche dell'intervento	Esiti Valutati (Follow-up)	Risultati
<b>Barth J. et al. 2005</b> Studio osservazionale (Germania)	N = 1320 (1035 maschi (m) e 285 femmine(f)) Età media = 60	Valutazione del disagio mentale di pazienti post- IMA, attraverso la HADS.	Ansia Depressione (ammissione ospedaliera)	467 pazienti (35%) hanno dimostrato probabili livelli elevati di ansia e 373 (28%) possibili livelli clinicamente rilevanti di depressione.
<b>Denollet J. et al. 2006</b> Studio osservazionale (Olanda)	N = 176 (134 m e 42 f) Età media = 60	Intervista psichiatrica e completamento sia del BDI sia del SAD <sub>4</sub> .	Ansia Depressione (1 mese dopo IMA)	19 su 69 pazienti con elevati punteggi del SAD sono stati diagnosticati con depressione maggiore (MDD, 28%) e 9 con depressione minore (13%).
<b>Page K. N. et al. 2010</b> Studio descrittivo (Australia)	N = 63 (17 f e 46 m) Età media = 66	Completamento di un sondaggio contenente sia la CDS sia il PWI.	Screening Depressione Benessere	Significativa correlazione negativa tra depressione e benessere.
<b>Ski C. F. et al. 2012</b> Studio prospettico (Australia)	N = 202 (137 m e 65 f) Età media = 64	Valutazione dell'efficacia della CDS-5, per stimarne il rischio di SD.	Depressione (18 settimane)	Il 54% dei pazienti (n = 109) era a rischio di SD, il 19% (n = 39) a rischio moderato ed il 34% (n = 70) ad alto rischio.
<b>Denollet J. et al. 2010</b> Studio osservazionale (Olanda)	N = 416 (90 f e 326 m) Età media = 59,6	Valutazione del potere prognostico del BDI-10, rispetto alla versione integrale con 21 items.	Morte cardiaca Recidiva d'infarto (2,7 anni)	Il livello medio di SD era significativamente più alto nei pz post-IMA (4,3 ± 4,4 vs 2,6 ± 2,8; p = 0,015). All'aumentare del punteggio ottenuto con il BDI-10 corrisponde un incremento del 18% del rischio di morte o recidiva di IMA.
<b>Huffman J. C. et al. 2006</b> Studio prospettico osservazionale	N = 131 pz post-IMA. Età media = 62,2	Somministrazione di 3 items del BDI-II (tristezza, perdita di interesse e perdita del piacere), singolarmente o in combinazioni di 2 domande.	Sensibilità Specificità Valori predittivi SD.	I 3 items del BDI-II erano altamente efficaci, in particolare quello riguardante la tristezza, da poter essere utilizzati come strumento a sé stante. Avevano una simile sensibilità (76-87%), specificità (82-88%) e valori predittivi negativi (97-98%).
<b>Elderon L. et al. 2011</b> Studio prospettico di coorte (San Francisco)	N = 1024 (840 m e 184 f) Età media = 64,5	Somministrazione del protocollo AHA consigliato: PHQ-2 e se punteggio ≥ 1 somministrazione anche del PHQ-9. Poi follow-up annuo per una media di 6,3 anni.	Specificità Sensibilità Rischio di eventi avversi (6,3 anni)	Il protocollo AHA consigliato ha dimostrato alta specificità (0,91), ma bassa sensibilità (0,52). Pazienti con screening positivo: 55% di rischio maggiore di esiti avversi.
<b>Thombs B. D. et al. 2013</b> Revisione sistematica	N = 18	Si è indagato circa l'accuratezza e l'efficacia in generale dell'attività di screening per SD in pazienti post-IMA.	Efficacia Accuratezza	Nessuna evidenza che lo screening migliori il decorso o gli esiti della patologia.
<b>McGuire A. W. 2013</b> Studio osservazionale (USA)	N = 100 (31 f e 69 m) Età media = 60	Somministrazione delle versioni del PHQ con 2, 9 e 10 items per identificare la versione più efficace.	Sensibilità Specificità (10 mesi)	Il PHQ-2 è risultato uno strumento accurato, con elevata sensibilità (96%) e specificità (71%) per la depressione.
<b>Meador N. et al. 2011</b> Meta-analisi	N = 113 studi	Identificazione dello strumento più efficace per rilevare SD.	Efficacia Accuratezza	I dati più recenti suggeriscono di fare riferimento al PHQ-2, il quale, se risulta positivo, individua i soggetti a rischio, da indagare ulteriormente.
<b>Wardenaar K. J. 2015</b> Studio osservazionale Paesi Bassi	N = 1135 (76,9% m) Età media = 60,6	Utilizzando l'Item Response Theory (IRT) e le statistiche persona-fit si è indagato se il BDI è in grado di riconoscere la depressione in pazienti post-IMA.	Appropriatezza del BDI	Nella maggior parte dei pazienti post-IMA, il BDI riflette la presenza di sintomi somatici (73,9% con BDI < 4), mentre per i pazienti atipici il BDI spesso riflette sintomi indicativi di depressione (35,5% con BDI > 12).

in questi pazienti in assenza di un supporto adeguato.<sup>23</sup>

I risultati dei vari studi analizzati supportano lo screening come pratica standard adottata dal personale infermieristico sin dall'acuzie per porre fine alla sottostima dei disturbi dell'umore.<sup>30</sup> Essi possono rappresentare un punto di partenza per ulteriori ricerche future per sviluppare nuovi modelli di assistenza che prendano in considerazione la complessità e la pericolosità della depressione come ulteriore fattore di rischio delle complicanze post IMA.<sup>31</sup> **(Tabella 3)**

Riconoscendo la necessità di uno strumento semplice per identificare il fenomeno, nel 2008 l'American Heart Association (AHA) ha raccomandato un metodo di screening costituito dal 2-items Patient Health Questionnaire (PHQ-2) seguito dal 9-items Patient Health Questionnaire (PHQ-9), nel caso in cui con il primo si ottenga un punteggio ≥ 1.<sup>32</sup> Tale protocollo di screening è stato analizzato anche da Sowden *et al.* in uno studio prospettico del 2010 su 3504 pazienti cardiopatici. Gli infermieri (n = 66) hanno riportato grande

soddisfazione verso il processo di screening, perché è fattibile, ben accettato e non invasivo. Il tempo medio del PHQ-2 è stato 1,4 (+/- 1,1) minuti.<sup>21</sup>

Conforme con le raccomandazioni dell'AHA, un gruppo di lavoro della National Heart Foundation of Australia, nel 2013 ha divulgato una dichiarazione che ribadisce l'importanza di riconoscere il disturbo depressivo nei pazienti con malattie cardiovascolari per fornire la migliore assistenza possibile. Nonostante il modo migliore per individuare la de-

pressione resti ancora da definire, secondo questo gruppo, il PHQ-2 o la forma abbreviata della CDS, dovrebbe essere incorporato nella pratica di routine per valutare lo stato psicosociale dei pazienti dopo IMA.<sup>25</sup> Il PHQ-2 si è rivelato uno degli strumenti più semplici, rapidi ed efficaci, con un'alta sensibilità e somministrabile in meno di un minuto. È necessario, però, che sia seguito da un colloquio clinico per confermare la diagnosi.<sup>23</sup>

Non tutti gli studi concordano sull'efficacia di questi screening, come riferiscono Thombs B. D., Roseman M., Coyne J. C. *et al.*, e Smolderen K. G., Buchanan D. M., Amin A. A. *et al.*<sup>34</sup>

Date le opinioni discordanti sull'introduzione dello screening come pratica di routine, risultano necessari ulteriori studi per dimostrare l'efficacia, la sicurezza e il rapporto costo-efficacia dello screening e per definire le risorse necessarie per la sua attuazione e il monitoraggio.<sup>35</sup> (Tabella 3)

## Discussione

La revisione ha permesso di analizzare la letteratura sulla relazione tra malattie cardiovascolari e sintomi depressivi, comuni nel 45% dei pazienti ricoverati per IMA, al fine di evidenziare l'esistenza e l'efficacia di screening per riconoscere precocemente il disturbo psicologico, evitando quindi un peggioramento della prognosi cardiaca.

Sull'introduzione dello screening come pratica standard per la professione infermieristica, gli autori dei vari studi hanno riportato opinioni discordanti: alcuni ne riconoscono la necessità<sup>24,30,31,36,37,38,39</sup>, mentre altri sono scettici<sup>33,34</sup> poiché è difficile distinguere i sintomi fisici caratteristici della depressione da quelli tipici delle patologie cardiovascolari, in assenza di uno strumento validato<sup>23</sup>.

Non sono pochi gli screening a disposizione per riconoscere la depressione, molti di essi validati in ambito cardiologico: il Patient Health Questionnaire (PHQ-2, PHQ-9)<sup>21</sup>, la Cardiac Depression Scale (CDS)<sup>31</sup>, il Beck Depression Inventory (BDI-II-10)<sup>38,39,40</sup>, l'Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)<sup>26</sup>, il Symptoms of Anxiety-Depression Index (SAD<sub>4</sub>)<sup>40</sup> ed il Personal Well-being Index (PWI)<sup>25,41</sup>.

Nonostante non sia stato ancora definito quale sia lo strumento più efficace, molti studi suggeriscono l'introduzione del PHQ-2 come pratica infermieristica di routine per valutare lo stato psicosociale dei pazienti con IMA durante la degenza ospedaliera.<sup>20,21,25</sup>

Il 2-items Patient Health Questionnaire (PHQ-2), seguito poi dal 9-items Patient Health Questionnaire (PHQ-9), richiede meno di un minuto per essere somministrato, ed è uno strumento semplice, rapido ed efficace, in grado di definire se il paziente è a rischio di gravi sintomi depressivi, applicabile sin dalla degenza in Terapia Intensiva.<sup>21</sup> I partecipanti ad uno studio di Elderon L. *et al.* risultati positivi a tale screening, hanno avuto il 55% di rischio maggiore di eventi avversi rispetto a quelli con screening negativo.<sup>32</sup> Ha un'elevata sensibilità (96%) e specificità (71%) per la depressione.<sup>20</sup>

I tassi di rilevamento della depressione sono migliorati anche attraverso l'utilizzo della forma abbreviata della Cardiac Depression Scale (CDS-5)<sup>31</sup> la quale risulta più efficace della HADS, perché prende in considerazione sintomi maggiormente segnalati dai pazienti cardiaci, quali disturbi del sonno, stanchezza e ridotta concentrazione.<sup>42</sup>

L'importanza di intervenire precocemente durante il ricovero ospedaliero fin dalla fase acuta della patologia anche attraverso attività di *counseling* attuate da un infermiere per rassicurare il paziente e prevenire i sintomi depressivi, è evidenziata da Oranta O. *et al.* a seguito del Trial Clinico Randomizzato (RCT) del 2012 su 103 pazienti finlandesi con IMA. Nel gruppo di intervento (GI=51) i sintomi depressivi sono diminuiti dal 37,3% al 20,4% a 6 mesi (P=0,014), e al 16,7% a 18 mesi (P=0,001), soprattutto in pazienti con età < 60 anni.<sup>43</sup>

Nonostante questi risultati significativi a supporto della pratica di routine dello screening, alcuni studi non sono in accordo con quanto appena descritto: secondo Maxwell M., Harris F., Hibberd C. *et al.* è necessaria un'ulteriore formazione degli infermieri poiché non hanno le competenze necessarie per riconoscere e gestire la depressione.<sup>28,29</sup> Smolderen K. G., Buchanan D. M., Amin A. A. *et al.* hanno osservato solo un modesto impatto del protocollo di screening sui tassi di ricono-

scimento della depressione, ostacolato principalmente dalla mancanza di tempo per la somministrazione, di una adeguata formazione del personale infermieristico responsabile e di un feedback.<sup>34</sup>

Sono presenti alcuni limiti in questa revisione che comprende un numero relativamente piccolo di studi (n=16): non è presente nessun RCT, quasi tutti sono studi osservazionali o prospettici di coorte. I risultati non sono sempre stati statisticamente significativi e generalizzabili a causa di differenze nel campione, spesso non sufficientemente ampio<sup>40,41</sup> o non omogeneo per quanto riguarda la percentuale di uomini e donne<sup>26</sup> o diversità tra i vari studi nei criteri di inclusione ed esclusione, oppure perché lo screening non era diretto solamente a pazienti con IMA ma comprendeva anche pazienti, ad esempio, con angina.<sup>20</sup>

## Conclusioni

Il riconoscimento dei sintomi depressivi nei pazienti con infarto miocardico è ritenuto importante per migliorare la prognosi e la qualità di vita del paziente nella fase di recupero.<sup>13,41</sup>

L'infermiere deve disporre ed utilizzare strumenti validati, semplici nell'uso e rapidi nella somministrazione. Sebbene non tutti gli studi concordino, risulterebbe molto vantaggioso introdurre nella pratica di routine lo screening per la depressione, in particolare il Patient Health Questionnaire (PHQ-2, PHQ-9), poiché è uno strumento semplice, rapido e maggiormente efficace nei pazienti con patologie cardiovascolari.<sup>31</sup>

Per sostenere l'efficacia dello screening come pratica di routine per il riconoscimento della depressione sono necessari ulteriori studi, anche se risulta evidente che un supporto alla pratica infermieristica sia necessario per evitare la sottostima del disturbo psicologico.<sup>35</sup>

## Bibliografia

1. PERUGINI E, MAGGIONI AP, BOCCANELLI A, DI PASQUALE G. *Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia*. G Ital Cardiol 2010;11(10):718-729.
2. Istat. Mortalità. Disponibile su: <http://dati.istat.it> Ultimo accesso: 05/03/2015

3. Sistema Statistico Nazionale. Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo. 2014; disponibile su: <http://noi-italia.istat.it/>. Ultimo accesso: 05/03/2015.
4. CARNEY RM, FREEDLAND KE. *Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease*. Biol Psychiatry 2003 Aug 1;54(3):241-247.
5. DICKENS C, MCGOWAN L, PERCIVAL C, TOMENSON B, COTTER L, HEAGERTY A, et al. *New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality*. Psychosom Med 2008 May;70(4):450-455.
6. VOGELE C, CHRIST O, SPADERNA H. *Cardiac threat appraisal and depression after first myocardial infarction*. Front Psychol 2012 Oct 8;3:365.
7. ELDERON L, WHOOLEY MA. *Depression and cardiovascular disease*. Prog Cardiovasc Dis 2013 May-Jun;55(6):511-523.
8. FAUERBACH JA, BUSH DE, THOMBS BD, McCANN UD, FOGEL J, ZIEGELSTEIN RC. *Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function*. Psychosomatics 2005 Jul-Aug;46(4):355-361.
9. KENT LK, SHAPIRO PA. *Depression and related psychological factors in heart disease*. Harv Rev Psychiatry 2009;17(6):377-388.
10. DRAGO S, BERGERONE S, ANSELMINO M, VARALDA PG, CASCIO B, PALUMBO L, et al. *Depression in patients with acute myocardial infarction: influence on autonomic nervous system and prognostic role. Results of a five-year follow-up study*. Int J Cardiol 2007 Jan 31;115(1):46-51.
11. ZIEGELSTEIN RC. *Depression in patients recovering from a myocardial infarction*. JAMA 2001 Oct 3;286(13):1621-1627.
12. DICKENS C, MCGOWAN L, PERCIVAL C, TOMENSON B, COTTER L, HEAGERTY A, et al. *Depression is a risk factor for mortality after myocardial infarction: fact or artifact?* J Am Coll Cardiol 2007 May 8;49(18):1834-1840.
13. MYERS V, GERBER Y, BENYAMINI Y, GOLDBOURT U, DRORY Y. *Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures—a longitudinal study*. J Psychosom Res 2012 Jan;72(1):5-10.
14. Colombo G. *Elementi di Psichiatria*. 1 ed. Padova: Cleup; 2008.
15. STRIK JJ, HONIG A, MAES M. *Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2001 May;25(4):879-892.
16. DICKENS CM, MCGOWAN L, PERCIVAL C, TOMENSON B, COTTER L, HEAGERTY A, et al. *Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction*. Br J Psychiatry 2006 Oct;189:367-372.
17. CARNEY RM, FREEDLAND KE, STEIN PK, WATKINS LL, CATELLIER D, JAFFE AS, et al. *Effects of depression on QT interval variability after myocardial infarction*. Psychosom Med 2003 Mar-Apr;65(2):177-180.
18. MURPHY BM, ELLIOTT PC, WORCESTER MU, HIGGINS RO, LE GRANDE MR, ROBERTS SB, et al. *Trajectories and predictors of anxiety and depression in women during the 12 months following an acute cardiac event*. Br J Health Psychol 2008 Feb;13(Pt 1):135-153.
19. SMOLDEREN KG, STRAIT KM, DREYER RP, D'ONOFRIO G, ZHOU S, LICHTMAN JH, et al. *Depressive symptoms in younger women and men with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study*. J Am Heart Assoc 2015 Apr 2;4(4):10.1161/JAHA.114.001424.
20. MCGUIRE AW, EASTWOOD JA, MACABASCO-O'CONNELL A, HAYS RD, DOERING LV. *Depression screening: utility of the patient health questionnaire in patients with acute coronary syndrome*. Am J Crit Care 2013 Jan;22(1):12-19.
21. SOWDEN G, MASTROMAURO CA, JANUZZI JL, FRICCHIONE GL, HUFFMAN JC. *Detection of depression in cardiac inpatients: feasibility and results of systematic screening*. Am Heart J 2010 May;159(5):780-787.
22. VARALDO C, PANUCCI M. *L'educazione terapeutica al paziente con patologie cardiache – Il ruolo dell'infermiere*. 2011; disponibile su: [http://www.asl2.liguria.it/pfa\\_2011/ruolo\\_infermiere.pdf](http://www.asl2.liguria.it/pfa_2011/ruolo_infermiere.pdf). Ultimo accesso: 06/08/2014.
23. WHOOLEY MA, WONG JM. *Depression and cardiovascular disorders*. Annu Rev Clin Psychol 2013;9:327-354.
24. MCGEE HM, DOYLE F, CONROY RM, DE LA HARPE D, SHELLEY E. *Impact of briefly-assessed depression on secondary prevention outcomes after acute coronary syndrome: a one-year longitudinal survey*. BMC Health Serv Res 2006 Feb 13;6:9.
25. COLQUHOUN DM, BUNKER SJ, CLARKE DM, GLOZIER N, HARE DL, HICKIE IB, et al. *Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease*. Med J Aust 2013 May 20;198(9):483-484.
26. BARTH J, MARTIN CR. *Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients*. Health Qual Life Outcomes 2005 Mar 16;3:15.
27. GHOLIZADEH L, SALAMONSON Y, DAVIDSON PM, PARVAN K, FROST SA, CHANG S, et al. *Cross-cultural validation of the Cardiac Depression Scale in Iran*. Br J Clin Psychol 2010 Nov;49(Pt 4):517-528.
28. MAXWELL M, HARRIS F, HIBBERD C, DONAGHY E, PRATT R, WILLIAMS C, et al. *A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK*. BMC Fam Pract 2013 Apr 4;14:46-2296-14-46.
29. HAWS J, RAMJEET J, GRAY R. *A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction*. J Clin Nurs 2011 Nov;20(21-22):3215-3223.
30. ZIEGELSTEIN RC, KIM SY, KAO D, FAUERBACH JA, THOMBS BD, McCANN U, et al. *Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening?* Psychosom Med 2005 May-Jun;67(3):393-397.
31. SKI CF, PAGE K, THOMPSON DR, CUMMINS RA, SALZBERG M, WORRALL-CARTER L. *Clinical outcomes associated with screening and referral for depression in an acute cardiac ward*. J Clin Nurs 2012 Aug;21(15-16):2228-2234.
32. ELDERON L, SMOLDEREN KG, NA B, WHOOLEY MA. *Accuracy and prognostic value of American Heart Association: recommended de-*

- pression screening in patients with coronary heart disease: data from the Heart and Soul Study.* Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2011 Sep;4(5):533-540.
33. THOMBS BD, ROSEMAN M, COYNE JC, DE JONGE P, DELISLE VC, ARTHURS E, et al. *Does evidence support the American Heart Association's recommendation to screen patients for depression in cardiovascular care? An updated systematic review.* PLoS One 2013;8(1):e52654.
  34. SMOLDEREN KG, BUCHANAN DM, AMIN AA, GOSCH K, NUGENT K, RIGGS L, et al. *Real-world lessons from the implementation of a depression screening protocol in acute myocardial infarction patients: implications for the American Heart Association depression screening advisory.* Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2011 May;4(3):283-292.
  35. HASNAIN M, VIEWEG WV, LESNEFSKY EJ, PANDURANGI AK. *Depression screening in patients with coronary heart disease: a critical evaluation of the AHA guidelines.* J Psychosom Res 2011 Jul;71(1):6-12.
  36. MALLIK S, SPERTUS JA, REID KJ, KRUMHOLZ HM, RUMSFELD JS, WEINTRAUB WS, et al. *Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women.* Arch Intern Med 2006 Apr 24;166(8):876-883.
  37. MARTENS EJ, SMITH OR, WINTER J, DENOLLET J, PEDERSEN SS. *Cardiac history, prior depression and personality predict course of depressive symptoms after myocardial infarction.* Psychol Med 2008 Feb;38(2):257-264.
  38. DENOLLET J, MARTENS EJ, SMITH OR, BURG MM. *Efficient assessment of depressive symptoms and their prognostic value in myocardial infarction patients.* J Affect Disord 2010 Jan;120(1-3):105-111.
  39. WARDENAAR KJ, WANDERS RB, ROEST AM, MEIJER RR, DE JONGE P. *What does the beck depression inventory measure in myocardial infarction patients? a psychometric approach using item response theory and person-fit.* Int J Methods Psychiatr Res 2015 Jun;24(2):130-142.
  40. DENOLLET J, STRIK JJ, LOUSBERG R, HONIG A. *Recognizing increased risk of depressive comorbidity after myocardial infarction: looking for 4 symptoms of anxiety-depression.* Psychother Psychosom 2006;75(6):346-352.
  41. PAGE KN, DAVIDSON P, EDWARD KL, ALLEN J, CUMMINS RA, THOMPSON DR, et al. *Recovering from an acute cardiac event--the relationship between depression and life satisfaction.* J Clin Nurs 2010 Mar;19(5-6):736-743.
  42. STRIK JJ, HONIG A, LOUSBERG R, DENOLLET J. *Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction.* Psychosomatics 2001 Sep-Oct;42(5):423-428.
  43. ORANTA O, LUUTONEN S, SALOKANGAS RK, VAHLBERG T, LEINO-KILPI H. *Depression-focused interpersonal counseling and the use of healthcare services after myocardial infarction.* Perspect Psychiatr Care 2012 Jan;48(1):47-55.