



## **Prendersi cura di chi si prende cura: valutazione psicologica del paziente con ictus e del suo caregiver**

Michela Tonani<sup>1</sup>, Ilaria Giovi<sup>1</sup>, Maria Francesca Sarnelli<sup>1</sup>, Antonia Mancini<sup>1</sup>,  
Clara Sacco<sup>1</sup>, Linda Porretti<sup>1</sup>, Elisa Benedicti<sup>1</sup>, Carmine Tinelli<sup>2</sup>, Alessandra Martignoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Medica II, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, e

<sup>2</sup>Unità di Biometria ed Epidemiologia Clinica, Direzione Scientifica,  
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

---

### ***Prendersi cura di chi si prende cura: valutazione psicologica del paziente con ictus e del suo caregiver***

***Obiettivo dello studio.*** Lo studio nella sua totalità è strutturato per limitare i sintomi ansioso depressivi del caregiver del paziente con ictus. Scopo della prima parte dello studio è di identificare e quantificare i sintomi ansioso depressivi nella fase acuta della patologia cerebro-vascolare sia nel paziente che nel suo caregiver.

***Materiali e metodi.*** Sono state inclusi nello studio 86 pazienti con i rispettivi 86 caregiver. Nei pazienti sono stati valutati il deficit neurologico in ingresso e in dimissione dal reparto, la loro autonomia prima e dopo l'evento e lo stato cognitivo. La presenza di depressione post-stroke nel paziente è stata ricercata tramite la Post-Stroke Depression Rating Scale (PSDRS). La presenza di sintomi ansioso-depressivi nel caregiver è stata quantificata tramite la scheda ansia-depressione in riabilitazione (AD-R). Infine sono stati individuati i principali bisogni assistenziali percepiti dal caregiver tramite il questionario Caregiver Needs Assessment (CNA).

***Risultati.*** Depressione post-stroke è presente nel 13.96% dei pazienti (15.8% delle donne e 12.5% degli uomini) indipendentemente dal grado di deficit neurologico e di disabilità. Il caregiver del paziente con ictus è donna nel 70% dei casi, soprattutto coniuge (64% moglie e 36% marito) o figlia/o del paziente (72% figlia e 28% figlio), spesso in età lavorativa. Sintomi ansioso-depressivi nel caregiver sono presenti nel 74.4%, intensi nel 40% indipendentemente dal deficit neurologico e dalla disabilità del paziente.

***Conclusioni.*** Sintomi ansioso-depressivi nel caregiver del paziente con ictus sono frequenti e spesso intensi nella fase acuta di malattia indipendentemente dal deficit neurologico e dalla disabilità del paziente. Nell'ottica di un modello di cura centrato sul binomio paziente-caregiver occorre occuparsi dei sintomi psicologici reattivi di entrambi per migliorare l'esito finale del processo riabilitativo.

### ***Caring for caregivers: psychological assessment of stroke patients and their caregivers***

***Aim of the study.*** The global aim of the study is to limit depressive and anxiety symptoms of stroke-patient caregivers. The first part of the study tries to identify and quantify anxious and depressive symptoms in patients and their caregivers in the acute phase of cerebrovascular disease.

**Materials and methods.** The study includes 86 patients and their 86 caregivers. In patients we evaluated the neurological deficits on admission and on discharge, the degree of disability before and after the event and the cognitive status. Presence of post-stroke depression was searched through the Post-Stroke Depression Rating Scale (PSDRS). Presence of anxiety and depressive symptoms in caregivers was quantified through the anxiety-depression in rehabilitation questionnaire (AD-R). Finally we identified the main caregiver's care needs with the Caregiver Needs Assessment (CNA) questionnaire.

**Results.** Post-stroke depression was found in 13.96% of the patients (15.8% women and 12.5% men) regardless of the neurological deficit and disability. The stroke patients' caregiver is a woman in 70% of cases, especially partners (64% wife, 36% husband) or daughter/son (72% daughter, 28% son), often of working age. Anxious and depressive symptoms were present in 74.4% of caregivers, and were intense in 40%, regardless of the patient's neurological deficit and disability.

**Conclusions.** Anxiety and depressive symptoms in stroke patients' caregivers are frequent and often intense in the acute phase of disease, regardless of the patient's neurological deficit and disability. In a care model centered on patients and caregivers we have to deal with their psychological symptoms to improve the final outcome of rehabilitation process.

---

## **Introduzione**

Il termine caregiver viene correntemente utilizzato nella clinica per indicare la figura, maggiormente rappresentativa nell'ambito familiare, che fornisce assistenza informale ad un malato. La centralità di tale figura nel processo di cura è emersa in vari ambiti clinici: psichiatrico, geriatrico, oncologico e neurologico, per cui negli ultimi decenni si è iniziato a prestare attenzione ai suoi bisogni e al suo benessere psicologico [1-3]. La recente letteratura internazionale ha dimostrato che i disturbi ansioso-depressivi reattivi del paziente affetto da ictus cerebrali, possono inficiare l'efficacia del trattamento riabilitativo a medio e lungo periodo [4]. Analogamente nell'ambito della patologia cerebrovascolare acuta i caregiver dei pazienti possono sviluppare, sia nella fase acuta sia nei mesi successivi, una sintomatologia reattiva di tipo ansioso-depressivo e ciò può determinare risvolti sfavorevoli sul recupero del paziente nel processo riabilitativo. La stabilità emotiva del caregiver può, al contrario, avere ripercussioni favorevoli sull'esito globale del paziente [5]. La prognosi del paziente colpito da ictus cerebrali dipende quindi, non solo dal corretto inquadramento patogenetico dell'evento clinico, dall'idoneo trattamento e dalla precoce e protratta fisiochinesiterapia, ma anche dal coinvolgimento, tramite un approccio multidisciplinare, dei familiari del paziente con particolare attenzione alla figura del caregiver. In base a queste premesse vari autori hanno proposto di passare da un modello di cura centrato sul paziente ad un modello centrato sul binomio paziente-caregiver [6-7].

## **Scopo del lavoro**

Lo studio nella sua globalità è stato strutturato per limitare i sintomi d'ansia e depressione del caregiver del paziente con ictus, nel tentativo di ridurre gli eventuali effetti negativi che questi possono avere sull'esito finale del processo riabilitativo del paziente. Lo studio è composto da due fasi: la prima fase di identificazione del caregiver del paziente con ictus, dei suoi bisogni assistenziali e dei suoi sintomi ansioso depressivi; la seconda fase prevede l'assistenza psicologica al caregiver ed il monitoraggio a tre, sei e dodici mesi della sintomatologia ansioso-depressiva.

Scopo di questo lavoro, inerente la prima fase dello studio, è di delineare le caratteristiche del caregiver del paziente con ictus e identificare e quantificare la presenza di sintomi ansioso-depressivi nella fase acuta della patologia cerebro-vascolare nel paziente e nel suo caregiver.

## **Materiali e metodi**

Dei 250 pazienti afferiti nei 4 letti monitorati della Stroke Unit della Fondazione IRCCS tra dicembre 2008 e giugno 2011 sono stati arruolati 86 pazienti ricoverati con diagnosi di ictus cerebrali (DRG 14) con i corrispondenti caregiver. I criteri di inclusione per il paziente sono: età maggiore di 18 anni e diagnosi certa di ictus. I criteri di inclusione nello studio relativi al caregiver sono: età maggiore di 18 anni e relazione con il paziente per coinvolgimento affettivo e non per remunerazione.

Sono stati esclusi dallo studio i caregiver impossibilitati ad effettuare le visite proposte e i pazienti con prognosi infausta a dodici mesi, affetti da grave patologia psichiatrica, destinati prevedibilmente all'istituzionalizzazione entro i dodici mesi successivi oppure ricoverati in stato di coma o sprovvisti di caregiver. In caso di decesso o istituzionalizzazione imprevisti del paziente, sostituzione del caregiver, impossibilità a proseguire i follow up, la coppia paziente-caregiver è uscita dallo studio. Il reclutamento dei soggetti è avvenuto previa acquisizione di consenso informato.

### ***Valutazione del paziente***

- La presenza di depressione post-stroke del paziente viene misurata tramite un'intervista semi-strutturata, la Post Stroke Depression Rating scale (PSDRS) [8-9], creata e validata da Gainotti e collaboratori per quantificare la depressione vissuta dai soggetti colpiti da ictus cerebrali. Ha un punteggio compreso tra 0 e 45 (punteggio  $\geq 9$  depressione clinicamente rilevante, punteggio  $\geq 18$  depressione di tipo maggiore).
- Il deficit neurologico è misurato con National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS) [10].
- Lo stato cognitivo-comportamentale viene valutato con Mini Mental State Examination (MMSE) (decadimento cognitivo se  $< 24$ ) [11] e il Clock Drawing Test (deficit cognitivi se  $\leq 3$ , range 0-5) [12].
- Il grado di invalidità pre-ricovero e alla dimissione dal reparto viene misurato tramite la scala di Rankin modificata (mRS) [13].

### ***Valutazione psicologica del caregiver***

- La valutazione dello stato di ansia e la presenza di depressione sono valutati tramite la scheda Ansia-Depressione in Riabilitazione (AD-R) [14], che si compone di due questionari: una versione ridotta del Questionario Depressione (QD), che indaga i sintomi depressivi, e lo STAI-X3 per la valutazione dell'ansia. Nella sua forma ridotta, il QD [14] è composto da 15 item a risposta dicotomica (si/no). Lo STAI X-3 [14] è composto da 10 item e valuta l'ansia che il caregiver prova nel momento di compilazione del questionario (ansia di stato); il punteggio è compreso tra 10 e 40. La scheda AD-R richiede pochi minuti per la compilazione e ha il pregio di non riportare alcune voci che possono essere influenzate dalla situazione patologica (es. cura di sé, aspetti sessuali).

- La rilevazione dei bisogni assistenziali percepiti dal caregiver è ottenuta tramite la scala Caregiver Needs Assessment (CNA) [15], uno strumento di indagine appositamente costruito per rilevare i bisogni percepiti dal caregiver relativi all'assistenza del proprio familiare, composto da 17 item che si riferiscono a bisogni emozionali (bisogno di rassicurazione, di conforto), fisico-funzionali (il caregiver non si sente in grado di affrontare i compiti assistenziali, necessita di aiuto), cognitivo-comportamentali (bisogno di essere informato, preparato e coinvolto nelle decisioni dal personale sanitario), relazionali (necessità di comprensione e sostegno familiare e comunicazione), sociali organizzativi (necessità di informazioni sui servizi socio-sanitari e sugli strumenti economici disponibili) e spirituali. Per ogni item è prevista una risposta graduata (per nulla, poco, abbastanza, molto). Il punteggio totale è compreso tra 0 e 51 (il punteggio più alto indica maggiore intensità di bisogni espressi).

Per l'identificazione del caregiver, l'esecuzione dei test psicologici e il monitoraggio dei sintomi ansioso-depressivi il team multidisciplinare composto da medici, riabilitatori e infermieri si è avvalso della collaborazione con uno psicologo.

## Risultati

Gli 86 pazienti arruolati (48 maschi e 38 femmine) hanno età compresa tra 38 e 90 anni (età media 70.07 anni), scolarità compresa tra 3 e 17 anni (scolarità media 7 anni), dieci soggetti sono affetti da ictus emorragico e settantasei di ictus ischemico. I rispettivi 86 caregiver (26 maschi e 60 femmine) hanno età compresa tra 24 e 86 anni (età media 55.8 anni), scolarità compresa tra 5 e 17 anni (scolarità media 9.9 anni). Il deficit neurologico medio dei pazienti è risultato lieve sia in ingresso (NIHSS medio in ingresso 6.4) che in dimissione (NIHSS medio in dimissione 4.1). In media la funzionalità cognitiva dei pazienti è nella norma (punteggio MMSE 26); nove pazienti su 86 (10.5%) presentano decadimento cognitivo lieve (3.5%), tre decadimento cognitivo moderato, nessuno decadimento cognitivo grave, 59 su 86 (68.6%) funzionalità cognitiva nella norma, e in 15 pazienti (17%) il MMSE non era applicabile per grave afasia. Al Clock Drawing Test 20 soggetti (23.2%) presentavano deficit delle funzioni esecutive (punteggio al test  $\leq 3/5$ ), i restanti pazienti avevano funzioni esecutive conservate.

Il 40% dei pazienti presenta una buona autonomia dopo l'evento (mRS =0 nel 12% dei pazienti e mRS =1 nel 28%), il 6% presenta disabilità lieve in dimissione (mRS =2), il 12% disabilità moderata (mRS 3), il 19% moderatamente grave (mRS 4) e infine il 24% dei pazienti mostra disabilità gravissima in dimissione fino all'allettamento (mRS =5) (Figura 1). Il fabbisogno assistenziale che grava sul caregiver si può ricavare dalla disabilità del paziente: nella nostra casistica il 40% dei pazienti (disabilità nulla o minima) ha fabbisogno assistenziale estremamente ridotto (presenza di caregiver meno di una volta a settimana), il 18% sono pazienti (mRS pari a 2 o 3) che necessitano di assistenza da una a più volte la settimana, il 19% (mRS =4) necessita di assistenza quotidiana ed infine i pazienti più gravi necessitano di assistenza diurna e notturna (24%, mRS =5), non possono essere lasciati soli e spesso convivono con il loro caregiver su cui esercitano un carico assistenziale elevato.

Depressione reattiva post-stroke clinicamente rilevante (punteggio PSDRS  $\geq 9/45$ ) è stata riscontrata in 12 pazienti su 86 (13.96%), sei donne (15.8%) e sei uomini (12.5%) di età media di 68.8 anni e scolarità media di 9 anni, nessuno di questi pazienti presentava depressione maggiore (PSDRS  $\geq 18/45$ ). Il punteggio medio alla Post Stroke Depression Rating Scale dei pazienti depressi è risultato 10, con un punteggio medio maggiore nel sesso femminile rispetto al sesso maschile (10.8 vs 9.5).

Al momento del ricovero 11 dei 12 soggetti risultati depressi, presentavano deficit neurologico lieve (NIHSS $\leq$ 7) ed un solo paziente deficit moderato (NIHSS  $>7$  e  $\leq 14$ ). Al momento della dimissione tutti i 12 pazienti depressi presentavano deficit neurologico lieve o nullo (NIHSS  $\leq 7$ ), sette avevano disabilità nulla o minima (mRS 0 o 1), tre disabilità lieve-moderata (mRS 2 o 3) e due disabilità grave o moderatamente grave ( $\geq 4/6$  mRS). Tutti i 12 pazienti con depressione mostravano disabilità pre-ricovero lieve o nulla; 11 (91.7%) avevano quadro cognitivo conservato (MMSE  $>24$ ) e solo un soggetto deficit cognitivo di grado lieve (Tabella 1).

Gli 86 caregiver arruolati (26 maschi e 60 femmine) hanno età compresa tra 24 e 86 anni (età media di 55.8 anni) e scolarità media di 9.8 anni. Il caregiver è di sesso femminile nel 70% dei casi: se il paziente è di genere femminile il caregiver è donna nel 47% e se il paziente è uomo, il caregiver è donna nell'88% (Figura 2). Nella maggior parte dei casi il caregiver è coniuge o compagna/o del paziente (46% dei casi) o figlia/o del paziente (42%), seguono sorelle e fratelli dell'assistito nel 7% dei casi e altri gradi di parentela (zii e nipoti) nel 4%; in un solo caso il caregiver è legato all'assistito da rapporto di amicizia (Figura 3). Trentanove degli 86 caregiver (47%) svolgono un'attività lavorativa, 38 a tempo pieno e solo una donna in attività part-time, ventinove (34% del totale) sono in pensione (17 donne e 12 uomini), quattordici donne sono casalinghe (16% del totale e 23% delle donne caregiver), tre disoccupate o in cassa integrazione (Figura 4).

Sintomi d'ansia clinicamente evidenti sono stati riscontrati in 64 caregiver su 86 (74.4%) e di questi 24 (27.9%) ammettono sintomi depressivi. Il punteggio medio al questionario di quantificazione dell'ansia di questi caregiver è 26 nel sesso femminile e 24 nel genere maschile (media 25/40) indicativi di livelli di ansia intensi in entrambi i sessi; il punteggio medio del questionario della depressione è 8 nel sesso femminile e 4 in quello maschile (media 6/15), indicando che, ove presenti, i sintomi depressivi sono in media intensi nel sesso femminile e moderati nel sesso maschile.

Per quanto riguarda i pazienti accuditi dai 64 caregiver con sintomi d'ansia e/o depressione 44 soggetti (70%) mostrano deficit neurologico lieve in ingresso e 50 pazienti (78%) in dimissione, dieci (15%) hanno deficit neurologico moderato al ricovero e 9 (14%) in dimissione, dieci (15%) sono affetti da grave deficit neurologico in ingresso e 5 (8%) anche in dimissione (Tabelle 2 e 3). La disabilità prima dell'evento di tali pazienti era nulla o minima nell'83% dei casi, lieve o moderata nel 9% dei casi e grave nell'8%. Il 44% dei pazienti assistiti da caregiver con ansia e/o depressione presenta una disabilità grave in dimissione, il 39% disabilità nulla o minima e il 17% disabilità intermedia (Figura 5).

Alla scala Caregiver Needs Assessment il bisogno assistenziale maggiormente percepito dai caregiver risulta essere la necessità di informazioni cliniche da parte del personale medico, di preparazione alla gestione dell'assistenza ed alle sue problematiche e di coinvolgimento nel processo decisionale di cura del paziente (bisogni cognitivi comportamentali, segnalati dall'83.7% dei caregiver), seguiti dalla richiesta di informazioni su servizi sociali e strumenti economici disponibili (bisogno socio-occupazionale) e dalla necessità di aiuto fisico nella gestione dell'assistito (bisogno fisico-funzionale) segnalati dal 59.3% dei caregiver. Il 53.5% dei caregiver percepisce un bisogno relazionale di comprensione e sostegno da parte dei familiari, il 38.4% ha necessità di rassicurazione e conforto (bisogno emotivo) e infine una piccola percentuale dei caregiver (7%) ricerca sostegno spirituale.

I caregiver arruolati in questo studio hanno ammesso modificazioni di molti aspetti della vita quotidiana, come conseguenza dell'assistenza al loro familiare colpito da ictus: maggiore stanchezza (40%), lentezza nell'esecuzione delle proprie attività (42%), difficoltà di concentrazione (36%), perdita degli interessi e deflessione del tono dell'umore con crisi di pianto (30%). Alcuni caregiver riferiscono calo dell'appetito (19%), sfiducia nel futuro (17%), necessità di assunzione di sonniferi per insonnia grave (16%), senso di solitudine e abbandono (8%) ed 6% dei caregiver, tutti di sesso femminile, riferiscono pensieri di morte.

In base ai risultati ottenuti alla scheda AD-R è stato progettato supporto psicologico intenso per il 40% dei caregiver, moderato per il 35% e lieve per il restante 25%.

## Discussione

Dai risultati raccolti emerge che durante la fase acuta della patologia cerebro-vascolare la depressione post-stroke è presente in una percentuale non trascurabile dei pazienti (13.9%) ed è più frequente nelle pazienti di sesso femminile (15.8% vs 12.5%), in linea con la letteratura [16]. Nella casistica, i pazienti depressi sono in media più giovani (68.41 anni vs 70.07), con scolarità media più elevata (9 anni rispetto a 7) e con funzionalità cognitiva conservata rispetto ai non depressi. Inoltre le donne colpite da ictus presentano in media sintomatologia depressiva più accentuata (PSDRS medio 10.8/45) rispetto agli uomini (PSDRS medio 9.5/45). Il deficit neurologico dei pazienti depressi, indipendentemente dal sesso, è lieve nella maggior parte dei casi sia in ingresso che in dimissione, quindi non è l'entità del deficit neurologico che predice la presenza di depressione. Tutti i pazienti con depressione presentavano livelli elevati di autonomia prima dell'evento, la maggior parte di questi (58.3%) recuperavano completa autonomia anche in dimissione ed il 16.7% sviluppava disabilità grave, confermando quindi che l'entità della disabilità residua non esclude la presenza di depressione.

La presenza di depressione post-stroke del paziente sembra accompagnarsi a maggior livello d'istruzione, minore età, sesso femminile, maggior integrità cognitiva e maggior autonomia prima dell'evento più che alla disabilità ed alla gravità del deficit neurologico, sia in ingresso in reparto che in dimissione.

I risultati dello studio consentono di delineare meglio la figura del caregiver. Nella quasi totalità dei casi il caregiver è legato all'assistito da legame affettivo e/o di parentela, è il coniuge/compagno nel 46% dei casi (64% moglie e 36% marito), figlia o figlio nel 42% (72% figlia e 28% figlio), è in genere più giovane del malato e con un maggior grado di istruzione.

Il caregiver è donna nel 70% dei casi; se il paziente è donna il caregiver è donna nella metà dei casi (figlia o sorella della paziente), se il paziente è uomo il caregiver è donna nell'88% (coniuge/compagna, figlia o sorella in ordine di frequenza). Inoltre il caregiver è nella maggior parte dei casi in età lavorativa, il 14% è casalinga e tutti i caregiver in cerca di occupazione o in cassa integrazione sono di sesso femminile.

Sintomi ansioso-depressivi sono stati riscontrati nel 74.4% dei caregiver nella fase acuta di malattia, il 40% di questi necessita di supporto psicologico intenso. I caregiver di sesso femminile tendono ad avere sintomatologia ansiosa e depressiva più intensa dei maschi (rispettivamente 26/40 vs 24/40 e 8/15 vs 4/15). Il sesso femminile, nettamente prevalente tra i caregiver, costituisce quindi un fattore di rischio per sintomatologia ansioso-depressiva più intensa.

Mettendo a confronto la valutazione psicologica del caregiver con la disabilità del paziente accudito, si osserva che i sintomi d'ansia sono presenti nei caregiver che accudiscono pazienti con disabilità elevata ( $mRS \geq 4/6$ ) in un'alta percentuale di casi (44%), ma è interessante notare come l'ansia sia presente anche nel 39% di caregiver che accudisce pazienti con disabilità residua minima o nulla ( $mRS \leq 1/6$ ; Figura 5). Inoltre la maggior parte dei caregiver con sintomi d'ansia (78%) accudisce pazienti con deficit neurologico in dimissione di grado lieve (NIHSS  $<7$ ) e solo una parte minore assiste pazienti che presentano in dimissione deficit neurologico moderato (14%) o grave (8%) (Tabella 3).

L'assenza nel paziente accudito di grave deficit neurologico o di grave disabilità residua nelle attività di vita quotidiana non esclude, quindi, la presenza nel suo caregiver di sintomatologia depressiva e ansiosa anche di grado intenso. Anche in assenza di sintomatologia ansioso-depressiva clinicamente rilevante molti caregiver ammettono modificazioni nella qualità della loro vita quali maggiore lentezza, stanchezza e difficoltà di concentrazione che compromettono l'esecuzione delle attività personali e la perdita dei propri interessi.

Risulta infine interessante comparare la necessità di supporto psicologico misurata dai risultati dei test (di grado lieve per il 25% dei caregiver, moderato per il 35% e intenso per il 40 %) con il bisogno di assistenza psicologica soggettivamente percepito dal caregiver (assente per il 33%, lieve-moderato per il 50% e elevato solo per il 17%) (Figura 6). Da tale confronto deriva che spesso il caregiver tende a negare o sottovalutare i sintomi ansioso-depressivi e il proprio bisogno assistenziale, posponendo i propri bisogni personali per dedicarsi totalmente al proprio assistito.

Lo studio evidenzia che sintomi ansioso-depressivi nel caregiver del paziente con ictus sono frequenti e spesso intensi nella fase acuta di malattia indipendentemente dal deficit neurologico e dalla disabilità del paziente, soprattutto nei caregiver di sesso femminile. Spesso il caregiver tende a sottovalutare i propri sintomi depressivi, forse per dedicarsi totalmente all'assistenza del malato. Il ruolo assistenziale nella patologia cerebro-vascolare acuta è nella maggior parte dei casi ricoperto da una donna, spesso in età lavorativa, legata al paziente da uno stretto rapporto affettivo e di parentela: moglie o figlia del paziente. Infine nell'ottica di un modello di cura centrato sul binomio paziente-caregiver [17] potrebbe essere utile occuparsi anche dei sintomi psicologici reattivi di entrambi per migliorare l'esito finale del processo riabilitativo.

## Tabelle e figure

**Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti con depressione post-stroke.**

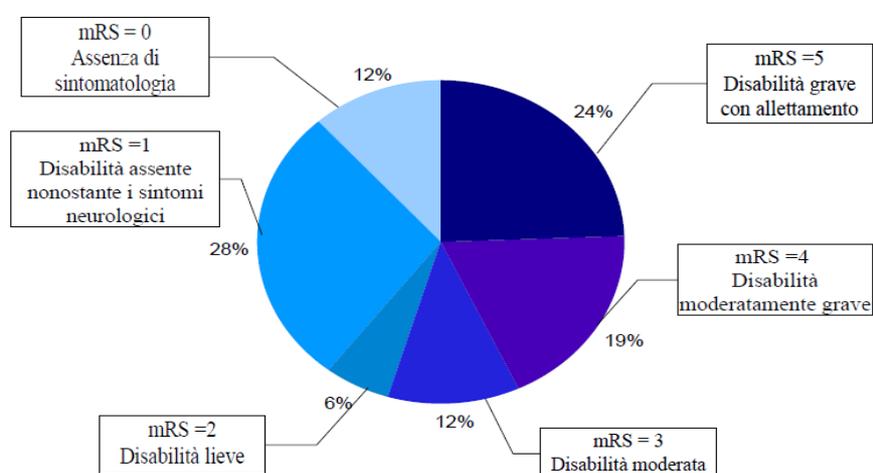
<b>N 12</b>	<b>M 6</b>	<b>F 6</b>	<b>Totale 12</b>
<i>Scolarità elementare</i>	2	3	5 (41.5%)
<i>Scolarità media</i>	0	2	2 (17%)
<i>Scolarità superiore</i>	4	1	5 (41.5%)
<i>Laurea</i>	0	0	0
<i>Deficit neurologico in ingresso lieve (NIHSS <math>\leq 7</math>)</i>	6	5	11 (91.7%)
<i>Deficit neurologico in ingresso moderato (NIHSS 7-14)</i>	0	1	1 (8.3%)
<i>Deficit neurologico in ingresso grave (NIHSS <math>&gt;14</math>)</i>	0	0	0
<i>Deficit neurologico in dimissione lieve (NIHSS <math>\leq 7</math>)</i>	6	6	12 (100%)
<i>Deficit neurologico in dimissione moderato (NIHSS 7-14)</i>	0	0	0
<i>Deficit neurologico in dimissione grave (NIHSS <math>&gt;14</math>)</i>	0	0	0
<i>Disabilità prericovero minima (MRS prericovero <math>\leq 1</math>)</i>	6	6	12 (100%)
<i>Disabilità prericovero lieve-moderata (MRS prericovero 2-3)</i>	0	0	0
<i>disabilità prericovero grave (MRS prericovero <math>\geq 4</math>)</i>	0	0	0
<i>Disabilità dimissione minima (MRS dimissione <math>\leq 1</math>)</i>	4	3	7 (58.3%)
<i>Disabilità dimissione lieve-moderata (MRS dimissione 2-3)</i>	2	1	3 (25%)
<i>disabilità dimissione grave (MRS dimissione <math>\geq 4</math>)</i>	0	2	2 (16.7%)
<i>MMSE <math>&gt;24</math></i>	6	5	11 (91.7%)
<i>MMSE tra 24 e 18</i>	0	1	1 (8.3%)
<i>MMSE tra 17 e 11</i>	0	0	0
<i>MMSE <math>\leq 10</math></i>	0	0	0

**Tabella 2. Deficit neurologico in ingresso dei pazienti accuditi da caregiver con sintomatologia ansioso-depressiva.**

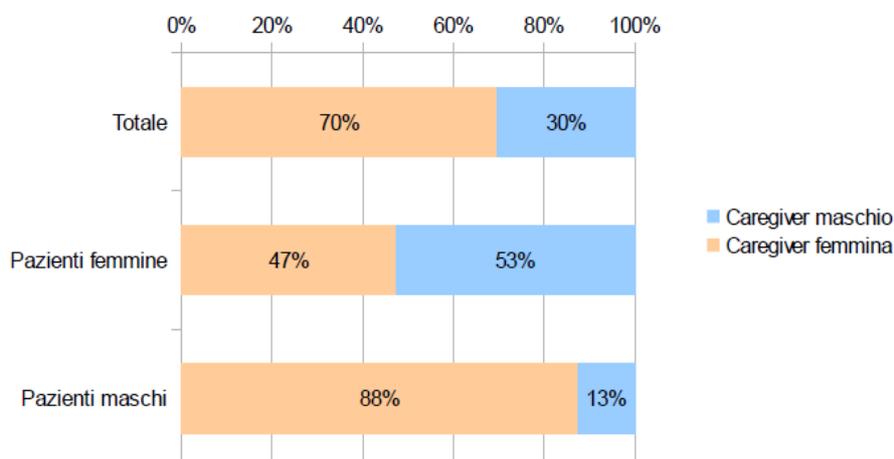
N	M 20	F 44	Totale 64
Deficit neurologico in ingresso lieve (NIHSS $\leq 7$ )	12 (60%)	32 (73%)	44 (70%)
Deficit neurologico in ingresso intermedio (NIHSS 7-4)	4 (20%)	6 (13,5%)	10 (15%)
Deficit neurologico in ingresso grave (NIHSS $>14$ )	4 (20%)	6 (13,5%)	10 (15%)

**Tabella 3. Deficit neurologico in dimissione dei pazienti accuditi da caregiver con sintomatologia ansioso-depressiva.**

N	M 20	F 44	Totale 64
Deficit neurologico in dimissione lieve (NIHSS $\leq 7$ )	13 (65%)	37 (84%)	50 (78%)
Deficit neurologico in dimissione intermedio (NIHSS 7-14)	5 (25%)	4 (9%)	9 (14%)
Deficit neurologico in dimissione grave (NIHSS $>14$ )	2 (10%)	3 (7%)	5 (8%)



**Figura 1. Disabilità in dimissione e carico assistenziale.**



**Figura 2. Sesso del caregiver.**

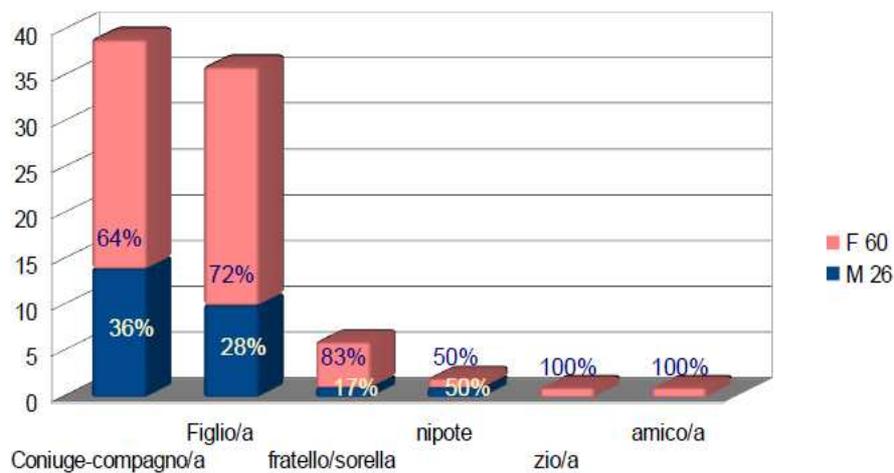


Figura 3. Relazione di parentela tra paziente e caregiver e distribuzione per sesso delle categorie di parentela.

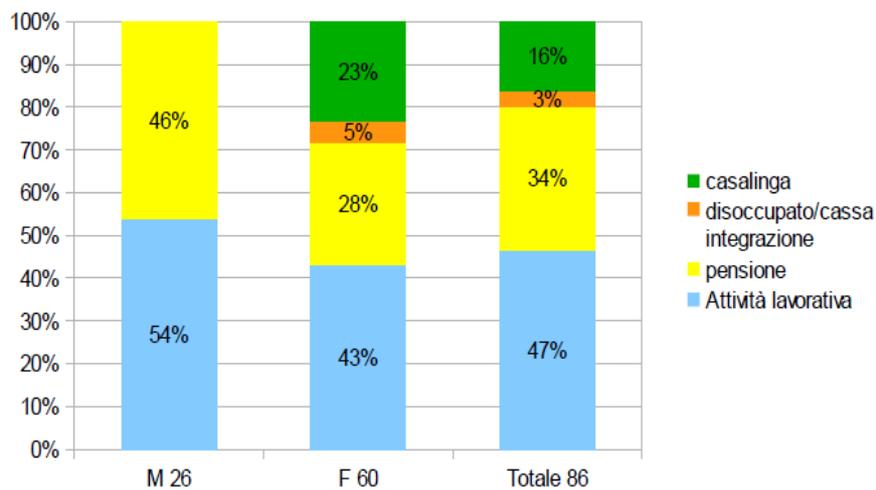


Figura 4. Attività o professione del caregiver.

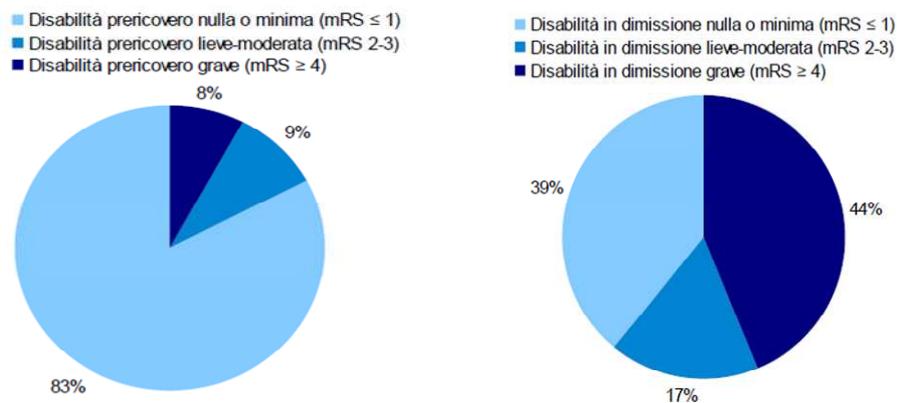
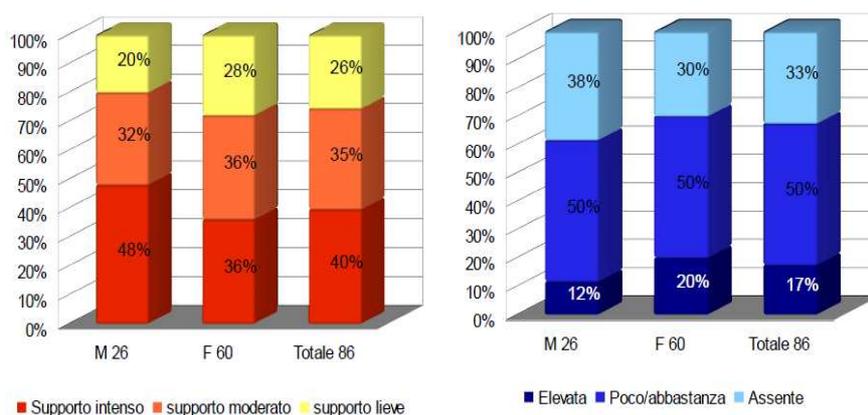


Figura 5. Disabilità prericovero e in dimissione dei pazienti accuditi da caregiver con sintomatologia ansioso-depressiva.



**Figura 6. Intensità del supporto psicologico necessario al caregiver in base ai risultati ai test (a destra) vs necessità di supporto percepita dal caregiver soggettivamente.**

### Bibliografia

1. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ et al. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of nervous and mental disease* 2008;196 (6):484-491.
2. Bilotta C, Vergani C. Quality of private personal care for elderly people with a disability living at home: correlates and potential outcomes. *Health & social care in the community* 2008;16(4):354-362.
3. Smith J, Forster A, House A et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;2:19-23.
4. Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L et al. On behalf of DESTRO Study Group: The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO). *J Neurol* 2006;253:556-562.
5. Mant J. Family support for stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;3356:808-813.
6. <<www.spread.it>>.
7. Blake H, Lincoln NB, Clarke DD. Caregiver strain in spouses of stroke patients. *Clin Rehabil* 2003;17:312-317.
8. Gainotti G, Azzoni A, Razzano C et al. The Post-Stroke Depression Rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology* 1997;19:340-356.
9. Quaranta D, Marra C, Gainotti G. Mood Disorders after stroke: diagnostic validation of the post stroke depression rating scale. *Cerebrovascular Diseases* 2008;26:237-243.
10. Brott T, Adams HP Jr, Olinger GP et al. Measurement of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 1989;20:864-870.
11. Measso G, Cavazzeran F, Zappalà G et al. The Mini-Mental State Examination. Normative study of an Italian random sample. *Developmental Neuropsychology* 1993;9:77-85.
12. Friedman PJ. Clock Drawing Test in acute stage. *Age ageing* 1991;20:140-145.
13. Bonita R, Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke. *Stroke* 1988;19(12):1497-1500.
14. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2006;66:255-263.
15. Moroni L, Sguazzin C, Filippini L et al. Caregiver Need Assessment: uno strumento di analisi dei bisogni del caregiver. *G Ital Med Lav Erg* 2008;30:3(suppl. B):19-23.
16. Poynter B, Shuman M, Diaz-Granados et al. Sex Differences in the Prevalence of Post-Stroke Depression: A Systematic Review. *Psychosomatics* 2009;50:6:11-12.
17. Sguazzin C, Baiardi P, Bertolotti G et al. Caregiver and care: dalla valutazione dei bisogni all'alleanza nel percorso di cura. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* 2007;29(1):118-122.