



Qualità di vita e funzionamento sociale-lavorativo in pazienti della Medicina Generale con e senza Depressione

Maria Anna Pinto¹, Valentina Martinelli¹, Annarosa Bombi², Marco Menchetti²,
Lidia Petrone², Pierluigi Politi¹

¹Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia, e ²Istituto di Psichiatria Ottonello, Università di Bologna, Bologna, Italia

Abstract

Qualità di vita e funzionamento sociale-lavorativo in pazienti della Medicina Generale con e senza Depressione

Introduzione. La Depressione Maggiore (DM) in Medicina Generale (MG) è diffusa e disabilitante. Tale studio compara qualità di vita e funzionamento sociale e lavorativo in pazienti depressi e non depressi della MG.

Metodi. 76 pazienti reclutati a Bologna ed a Pavia per un trial randomizzato sono stati confrontati con un campione di controllo di 157 non depressi della MG, simili per età e genere. Per la valutazione sono stati utilizzati: scheda sociodemografica, anamnesi patologica, uso dei servizi sanitari; questionario WHOQOL-bref per la percezione della qualità di vita, WSAS per il funzionamento socio-lavorativo.

Risultati. I pazienti depressi riferiscono qualità di vita peggiore rispetto ai controlli con una differenza tra gruppi significativa. Confrontando i casi senza malattia fisica e i controlli con malattia fisica, i primi risultano avere una percezione della qualità di vita significativamente peggiore. I punteggi WSAS mostrano differenza del funzionamento sociale significativa tra i due gruppi.

Discussione. La qualità di vita e il funzionamento sociale sono percepiti in modo significativamente peggiore dai pazienti depressi che mostrano maggior sofferenza e disabilità rispetto a quelli con malattie fisiche. Sebbene spesso lieve, la DM della MG può avere conseguenze importanti.

Quality of life, occupational status and social adjustment in General Practice outpatients with and without Depression

Background. Major Depressive Disorder is a common cause of disability in General Practice. This study compares quality of life, occupational status and social adjustment in General Practice outpatients with and without Depression.

Methods. We compared 76 depressed patients, enrolled in Bologna and Pavia for a randomized trial, with a control sample of 157 non-depressed MG, matched for age and gender. For the evaluation we used: socio-demographic profile, medical history, pathology, use of health services; WHOQOL-BREF questionnaire for the perception of quality of life for, WSAS for occupational and social functioning.

Results. Depressed patients report worse quality of life compared with controls, with a significant difference between the two groups. Comparing the cases without physical disease and controls with physical illness, the first ones have a perception of quality of life significantly worse. WSAS scores show significant differences in social functioning between the two groups.

Discussion. Quality of life and social functioning are perceived as significantly worse in depressed patients, with pain and disability greater than those with physical illnesses. Although Depression in general Practice is often mild, it may have important consequences.

Introduzione

Un'adeguata valutazione dell'esito a lungo termine dei disturbi dell'umore deve considerare, oltre alla frequenza delle ricadute e alla mancata risoluzione della sintomatologia, anche la qualità di vita del paziente. La qualità della vita (*Quality of Life*, QoL) ha progressivamente assunto un notevole interesse e rappresenta un'importante misura d'esito in ambito clinico, di ricerca e di politica sanitaria [1].

Già nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità si pronunciava sulla qualità della vita a proposito delle problematiche inerenti la salute, definendo quest'ultima come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non limitato all'assenza di malattia. Recentemente, in ambito psicologico, la questione del benessere come felicità è stata inglobata nel concetto di QoL soprattutto per ciò che concerne la definizione degli indicatori che la compongono. La QoL dei pazienti con disturbi psichici è stata affrontata in base a due approcci concettuali: quello oggettivo (*welfare*), basato su indicatori economici, abitativi ed ambientali, e quello soggettivo (*wellbeing*), incentrato sull'esperienza relativa a fattori che possono essere individuati nella soddisfazione per la propria esistenza, sia in generale che nelle singole aree vitali (famiglia, lavoro, sport, amicizia, pensionamento, salute, vita socioculturale, ecc). All'origine di questi sviluppi vi sono ragioni di carattere scientifico, clinico ed etico, ed in particolare l'esigenza di integrare nel trattamento l'esperienza di malattia del paziente e la necessità di valutare l'impatto del disagio mentale, le sue conseguenze e gli effetti della cura. Inoltre, il cambiamento dell'assistenza in psichiatria (tendenza alla destituzionalizzazione e passaggio a modelli assistenziali di tipo comunitario) ha contribuito ad evidenziare l'urgente necessità di definire e utilizzare nuovi parametri di valutazione dell'assistenza, e a sottolineare il ruolo chiave di tali indicatori accanto agli aspetti tradizionalmente oggettivi della ricerca psichiatrica [2].

In generale, i pazienti affetti da disturbo depressivo sono caratterizzati da un'alterata percezione della realtà legata alla gravità del quadro psicopatologico: pur avendo condizioni di vita oggettivamente giudicabili come soddisfacenti, questi pazienti possono mostrarsi frustrati ed insoddisfatti. Studi caso-controllo hanno dimostrato che il benessere psicologico dei pazienti con diagnosi di Depressione è minore rispetto ai soggetti sani bilanciati per variabili socio-demografiche: i pazienti depressi manifestano, infatti, eccessiva preoccupazione rispetto alle aspettative e ai giudizi degli altri, insoddisfazione riguardo a se stessi, difficoltà nella gestione della vita quotidiana, sensazione di essere ad un punto di stallo, poche relazioni calorose e stabili con gli altri, ed infine, poche mete ed obiettivi da raggiungere nella vita [3].

L'obiettivo di questo lavoro è lo studio della relazione tra qualità della vita, funzionamento sociale e depressione maggiore in un campione di pazienti reclutati nel contesto della medicina generale.

Materiali e Metodi

Lo studio è un progetto di ricerca autonomo di tipo caso-controllo che ha coinvolto due sedi universitarie italiane, Bologna e Pavia, nell'ambito di una sperimentazione multicentrica.

Il gruppo dei pazienti con depressione maggiore (casi) è costituito dal campione reclutato nei due centri di Bologna e Pavia nell'ambito di una recente sperimentazione multicentrica sul trattamento della depressione in Medicina Generale.

Il gruppo di controllo è costituito da pazienti non depressi afferenti a 3 ambulatori di medicina generale (due a Pavia e uno a Bologna). I soggetti sono stati appaiati per età (± 5 anni) e sesso. Il gruppo di

controllo è stato suddiviso in due sottogruppi in base alla presenza/assenza di patologie organiche concomitanti. Il reclutamento del gruppo di controllo è stato effettuato tra Ottobre 2008 e Gennaio 2009. Pazienti e controlli, che per essere inclusi nello studio dovevano avere età >18 anni, previo ottenimento del consenso informato, sono stati sottoposti ad una valutazione condotta da un ricercatore mediante l'impiego di questionari auto- ed etero-somministrati, allo scopo di approfondire il quadro diagnostico. Sono state inoltre raccolte variabili demografiche, cliniche e terapeutiche. Per i casi, al fine dell'inclusione nello studio, erano richiesti diagnosi di ricerca secondo i criteri del ICD-10 (Episodio Depressivo Maggiore), e Punteggio alla *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) ≥ 13 . I criteri di esclusione dallo studio sono schematizzati di seguito.

➤ *Casi: criteri di inclusione*

- Età > 18 anni
- Diagnosi di ricerca secondo i criteri del ICD-10 (Episodio Depressivo Maggiore)
- Punteggio alla *Hamilton Depression Rating Scale* ≥ 13
- Opinione da parte del MMG e del consulente psichiatra della necessità di un trattamento attivo
- Disponibilità a firmare il consenso informato

➤ *Casi: criteri di esclusione*

- Scarsa conoscenza della lingua italiana o altro limite alla comunicazione verbale
- Presenza di ideazione suicidaria
- Numero pregressi episodi di depressione trattati dal MMG o da uno specialista >2
- Attualmente in psicoterapia o in trattamento con AD di qualsiasi classe
- Presenza di deterioramento cognitivo anche di grado lieve (MMSE <28)
- Disturbo di personalità borderline o antisociale
- Presenza di sintomi psicotici
- Storia di Disturbo Bipolare
- Abuso di sostanze
- Scarsa capacità di collaborazione
- Non sono permessi altri psicofarmaci se non trattamenti già in atto per particolari condizioni
- Necessità di presa in carico presso servizi psichiatrici

➤ *Controlli: criteri di inclusione*

- Età >18 anni
- Disponibilità a firmare il consenso informato

➤ *Controlli: criteri di esclusione*

- Diagnosi di disturbo psichiatrico grave e persistente (ad esempio schizofrenia, disturbo bipolare)
- Presenza di significativo distress psicologico (punteggio alla scala di valutazione K10 >20)
- Abuso di sostanze
- Trattamento attuale con antidepressivi
- Essere in carico presso servizi psichiatrici territoriali
- Deterioramento cognitivo
- Gravidanza

Per ogni paziente, una volta ottenuto il consenso informato, sono state raccolte informazioni socio-demografiche (età, sesso, stato civile, titolo di studio, attività lavorativa), cliniche (eventuali trattamenti in corso, patologie organiche pregresse e attuali), anamnesi farmacologica.

Sono quindi stati somministrati i seguenti strumenti:

- *Kessler Psychological Distress Scale (K-10)*. Il *Kessler 10 Plus (K10+)* rientra nei cosiddetti *Consumers Outcome Measures*, ovvero una serie di questionari finalizzati alla raccolta di informazioni sui pazienti che afferiscono ai Servizi di Salute Mentale. Basato sul presupposto

che il distress psicologico abbia notevoli ripercussioni nell'ambito di studio, lavoro e svolgimento delle abituali attività quotidiane, consiste in un questionario di 10 *items* che valuta sintomi come ansia, depressione, agitazione e distress psicologico relativi ad un periodo di tempo che comprende le 4 settimane precedenti la somministrazione. Per ciascuno dei 10 *items* sono previsti 5 livelli di risposta, che costituiscono una scala di punteggio ordinale basata su un criterio temporale, da 1 (mai) a 5 (sempre).

- *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*. La *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)* è uno strumento autovalutativo che indaga l'adattamento sociale e lavorativo. Permette di esplorare la presenza e la gravità della compromissione funzionale in 5 aree: lavoro, attività domestica, tempo libero dedicato ad attività sociali, tempo libero dedicato ad attività personali e relazioni interpersonali. L'entità della eventuale diminuzione della performance in ciascuna area è valutata su una scala ordinale da 0 (per niente) a 8 (completamente).
- *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Il *World Health Organization Quality of Life-100 brief (WHOQOL-100)*, è un questionario autosomministrato sviluppato da una versione più ampia, a 100 *items*, il *World Health Organization Quality of Life*. Indaga quattro aree (Fisica, Psicologica, Relazioni Sociali e Ambiente), per un totale di 24 *items*. Lo scopo è sempre quello di ottenere una definizione operativa di QoL e ad una valutazione del significato soggettivo che riveste la singola area indagata per l'individuo.

Nell'arruolamento è stato predefinito un rapporto 1:2 tra casi e controlli. Le variabili categoriche sono state espresse come percentuali e confrontate mediante test χ^2 . Le variabili continue sono state sottoposte a test di Kolmogorov-Smirnov per verificarne la distribuzione gaussiana e sono state espresse come media e deviazione standard. Il confronto tra variabili continue è stato effettuato mediante test t di student. Tutti i calcoli sono stati effettuati mediante l'utilizzo del software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Valori di $p < 0.05$ (a due code) sono stati considerati statisticamente significativi.

Risultati

Nei due centri coinvolti nello studio, tra Settembre 2008 e Gennaio 2009 sono stati reclutati 76 pazienti affetti da Depressione Maggiore (casi) e 157 controlli, adeguatamente appaiati con i casi per sesso ed età. Il 70% dei soggetti arruolati nello studio era di sesso femminile, con un'età media di 48 anni. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra soggetti depressi e non depressi per quanto riguarda stato civile, livello di scolarizzazione e situazione lavorativa.

Nel corso del nostro studio, è stato interessante osservare come, suddividendo il nostro campione proprio in base alla presenza/assenza di patologia organica, la QoL ed il funzionamento sociale risultino maggiormente compromessi nei pazienti con Depressione Maggiore senza la compresenza di una malattia fisica, rispetto al gruppo dei pazienti malati ma non depressi. Tale risultato è in parte riconducibile alla diversa percezione dello stato di salute riscontrata nei pazienti affetti da Depressione Maggiore ed è legata alla severità del quadro psicopatologico. Il gruppo dei soggetti malati ma non depressi è risultato giudicare complessivamente meglio il proprio stato di salute rispetto ai depressi, nei quali, invece, la flessione del tono dell'umore potrebbe contribuire ad una percezione scadente della propria QoL (tabella 1).

È risultato evidente il netto peggioramento della qualità di vita nei pazienti che presentano contemporaneamente depressione e malattia fisica rispetto ai soggetti non depressi e non malati (A vs D: 73% vs 45% nella sfera fisica, 63% vs 41% in quella psicologica, 66% vs 55% in quella sociale, $p < 0.001$). Netta è pure la differenza tra soggetti non malati e non depressi e soggetti non malati ma depressi, perché questi ultimi si caratterizzano per un livello di qualità della vita inferiore (A vs C, con C: 51% nella sfera fisica, 41% in quella psicologica, 47% in quella sociale, $p < 0.001$). Il dato più interessante, tut-

tavia, è emerso dal confronto tra soggetti malati ma non depressi e soggetti depressi ma non malati (B vs C): si nota infatti una riduzione statisticamente significativa nel livello di qualità di vita, relativa soprattutto alla sfera sociale, nei soggetti non malati ma depressi rispetto a quelli che presentano malattia fisica ma assenza di depressione (47% nei depressi non malati vs 62% nei malati non depressi). La tabella 2 mostra i risultati relativi alla compromissione del funzionamento sociale misurata con la WSAS. Anche in questo caso, sono emerse differenze statisticamente significative tra il gruppo dei soggetti non malati e non depressi e i gruppi dei soggetti depressi con/senza malattia fisica concomitante (rispettivamente A vs D e A vs C). Netta anche la riduzione del funzionamento sociale nei pazienti non malati ma depressi rispetto ai malati non depressi (B vs C: 7% vs 20%, $p < 0.001$).

Discussione

Nel contesto della Medicina di Base, la Qualità della Vita risulta notevolmente compromessa nei pazienti affetti da Depressione Maggiore rispetto a pazienti che non presentano disturbi dell'umore, anche in presenza di malattia organica. Un risultato analogo è stato osservato per quanto riguarda la compromissione del funzionamento sociale. In uno studio condotto negli Stati Uniti in Medicina Generale la depressione è risultata essere un predittore negativo in tutti i domini della qualità di vita. La percezione della QoL nei pazienti depressi è risultata peggiore di quella riportata da pazienti affetti dalla sola malattia fisica [4].

Un altro studio [5] che ha utilizzato il WHOQOL ha individuato come maggiori predittori della QoL il numero di comorbidità e severità della depressione. Numerosi lavori hanno inoltre evidenziato come i pazienti con depressione maggiore presentino punteggi di QoL simili o peggiori rispetto a quelli riportati in altre patologie croniche. Ancora, quando pazienti con DM presentavano qualsiasi altra comorbidità organica, questi presentavano una QoL peggiore di quella di pazienti con la sola malattia fisica [6].

Diverse indagini hanno evidenziato una compromissione del funzionamento sociale nei pazienti affetti da depressione maggiore, soprattutto nel caso di contemporanea presenza di patologia organica cronica. Un *trial* clinico randomizzato caso-controllo condotto negli Stati Uniti su un campione di pazienti sopravvissuti a sindromi coronariche acute e affetti anche da disturbi dell'umore ha dimostrato come i punteggi ottenuti alla WSAS possano variare a seconda che i pazienti ricevano o meno un intervento di *counselling*. I pazienti sottoposti a sedute di *counselling* hanno ottenuto infatti punteggi migliori alla WSAS rispetto ai pazienti non trattati con psicoterapia, con un miglioramento nell'*outcome* emozionale e funzionale [7]. Negli ultimi anni in alcuni paesi, come ad esempio il Regno Unito, sono stati adottati programmi di *screening* per la depressione già a livello della Medicina Generale attraverso l'impiego di questionari autosomministrati. Il punteggio riportato potrebbe già orientare il Medico di base verso la scelta della terapia più appropriata (terapia interpersonale, terapia cognitivo-comportamentale, *counselling*, oppure una terapia farmacologica).

La somministrazione di test psicometrici come *screening* per la Depressione Maggiore presenta però dei limiti, sia per quanto riguarda l'accettazione dei questionari da parte dei pazienti (solitamente pochi rispondono ai test), sia per quanto concerne il rischio di rilevare numerosi falsi positivi, in quanto potrebbero essere individuate come depresse persone che stanno affrontando un particolare momento di stress in risposta a specifici eventi di vita. Per questi motivi, il solo *screening* potrebbe risultare inefficiente, se non inserito nel contesto di un programma che preveda anche l'approccio terapeutico, sia farmacologico che psicoterapico.

Il miglior riconoscimento della depressione maggiore non ha infatti necessariamente comportato l'adozione di strategie di trattamento efficaci. Anche la qualità delle cure è giudicata dai pazienti, nel contesto della Medicina di Base, da moderata a bassa. In effetti non c'è pieno accordo riguardo alle strategie di trattamento più efficaci. Le linee guida sulla depressione si focalizzano in genere sulle depressioni moderate e severe, mentre le depressioni che non vengono identificate di solito sono lievi e si risolvono senza alcun intervento [8].

Nonostante i pazienti in Medicina di Base presentino sintomi depressivi lievi, queste forme comunque sono associate ad un peggioramento della QoL e del funzionamento sociale, e ad un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie. Inoltre la presenza di sintomatologia depressiva sottosoglia costituisce un riconosciuto fattore di rischio per lo sviluppo di cronicizzazione. L'adozione di strategie di trattamento efficaci potrebbe quindi contribuire ad un significativo miglioramento di QoL e funzionamento sociale dei pazienti, oltre che ad una significativa riduzione dell'impatto sulla Spesa Sanitaria della depressione maggiore, considerata una delle patologie psichiatriche con i costi sociali più elevati.

Tabelle e Figure

Malati	Depressi	Gruppo	Domini WHO-QoL bref			
			Fisico*	Psicologico	Sociale	Ambientale
No	No	A	72.91 ±12.41	63.29 ±12.68	66.10 ±17.31	57.18 ±11.51
Si	No	B	67.35 ±13.08	57.62 ±7.90	61.52 ±14.39	55.55 ±8.61
No	Si	C	51.42 ±13.45	41.05 ±17.50	47.38 ±18.71	53.07 ±11.18
Si	Si	D	45.71 ±16.24	41.45 ±17.59	54.58 ±19.39	55.93 ±13.05
P<0.001			A vs C A vs D	A vs C A vs D	A vs C B vs C	

Tabella 1. Punteggi alla WHOQOL per gruppi considerando la presenza/assenza di malattia fisica e depressione.

Malati	Depressi	Gruppo	WSAS
No	No	A	5.71±7.43
Si	No	B	6.57±7.59
No	Si	C	20.14±7.71
Si	Si	D	20.50±10.80
P<0.001			A vs C e A vs D

Tabella 2. Punteggi alla WSAS per gruppi considerando la presenza/assenza di malattia fisica e depressione.

Bibliografia

1. Placentino A, Rossi G, Pioli R et al. Mental disorders and quality of life: patients and key-informers perspective. *Rivista di psichiatria* 2003; 38: 4.
2. Ruini C, Rafanelli C, Conti S et al. Psychological well-being and residual symptoms in patients with affective disorders. Psychometric characteristics. *Rivista di psichiatria* 2002; 37(4): 171-178.
3. Politi P. Psicologia in ospedale. *La Goliardica Pavese*, 1999.
4. Lima Barros da Silva AF, Fleck MP, Louzada S et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Soc Sci Med* 2002; 36(4): 431-438.
5. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R et al. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52(6): 911-999.
6. McLaughlin TJ, Aupont O, Bambauer KZ et al. Improving psychologic adjustment to chronic illness in cardiac patients. The role of depression and anxiety. *J Gen Intern Med* 2005; 20(12): 1084-1090.
7. Amadeo F, Grigoletti L, de Girolamo G et al. Which factors affect the costs of residential psychiatric care? Findings from the Italian PROGRES study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115(2): 132-141.