

# La malattia renale cronica: qualità di vita, ansia e depressione in un gruppo di pazienti in fase pre-dialitica

Gianfranca Gerbino<sup>1</sup>, Giorgio Soragna<sup>1</sup>, Daniele Curci<sup>2</sup>, Derli Fazzari<sup>2</sup>, Maggiorina Bauducco<sup>1</sup>, Aspasia Panunzi<sup>1</sup>, Laura Fabbrini<sup>1</sup>, Giorgia Damilano<sup>3</sup>, Emiliano Bruno<sup>1</sup>, Antonella Laezza<sup>3</sup>, Corrado Vitale<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SC Nefrologia e Dialisi, AO Ospedale Mauriziano di Torino, Torino - Italy

<sup>2</sup>Università degli Studi di Torino – Corso di Laurea in Infermieristica, Torino - Italy

<sup>3</sup>SS Psicologia Clinica, AO Ospedale Mauriziano di Torino, Torino - Italy

## Chronic kidney disease: quality of life, anxiety and depression in a group of pre-dialysis patients

Patients with chronic diseases frequently show a marked deterioration in their quality of life (QoL). This paper was aimed at investigating on both the prevalence of psychological disorders and the impact on QoL in patients with chronic renal failure.

The survey was conducted on 155 patients, aged 77±11 years, 104/51 M/F, with renal failure on conservative treatment (stages IV-V) referring to Nephrology Unit in Mauriziano Hospital, Turin. 13 of them (8.4%) were aged 30-64 years, 63 (40.6%) were aged 65-79 years and 79 (51%) 80 years and older. Two validated questionnaires were administered, namely the SF-12 (general state of health) and the HADS (anxiety and depression).

Sixty-five percent of patients believed to have a low QoL associated with health, finding difficulties in daily life activities. The prevalence of all psychologic disturbances was higher in females ( $p = 0.09$ ) and in patients with more comorbidities ( $p = 0.05$ ). Depression was more frequent in elderly ( $p = 0.05$ ) and in females ( $p = 0.012$ ). Among patients aged 80 years or over, we found a prevalence rate of 36% for anxiety and of 51% for depression. In all patients, anxiety and depression were strongly associated ( $p < 0.01$ ).

In conclusion, compared to the general population, patients with chronic renal failure have a higher rate of either anxiety or depression, or both, and present with lower QoL scores. Clinical teams dedicated to the management of chronic renal diseases should pursue an interdisciplinary approach to their patients, in order to provide them with a suitable monitoring of QoL and psychological support if needed.

**Keywords:** Anxiety, Chronic disease, Depression, Interdisciplinary approach, Pre-dialysis, Quality of Life

## Introduzione

La malattia renale cronica (MRC) rappresenta un problema di salute pubblica di prima grandezza su scala mondiale, associato ad alti livelli di morbilità e mortalità. L'insorgenza di una MRC è facilitata dalla compresenza di fattori favorevoli, quali invecchiamento, stili di vita e abitudini dietetiche non corretti, tabagismo, etilismo, abuso di farmaci, ipertensione, diabete mellito e obesità. Tutte queste condizioni, per motivi

differenti, possono essere associate a uno scadimento della qualità della vita (1).

Negli ultimi decenni, la ricerca clinica è stata fortemente indirizzata verso la ricerca di terapie mirate a rallentare l'evoluzione delle nefropatie verso l'insufficienza renale cronica e a migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti (2). Nonostante alcuni importanti passi avanti in tal senso, l'evoluzione delle malattie renali verso l'insufficienza renale terminale è ancora una realtà frequente, di cui questi pazienti sono consapevoli.

È dunque comprensibile come le persone affette da MRC siano particolarmente esposte al rischio di una significativa compromissione della propria qualità di vita, fino, talvolta, a sviluppare condizioni di vera e propria sofferenza psicologica.

## Il concetto di Qualità di Vita

La misurazione della Qualità di Vita (QdV), mirando a ottenere un indice predittivo del benessere generale della

Received: March 16, 2022

Accepted: March 17, 2022

Published online: April 12, 2022

### Indirizzo per la corrispondenza:

Gianfranca Gerbino  
SC Nefrologia e Dialisi, AO Ospedale Mauriziano  
Via Magellano 1  
10128 Torino - Italy  
gianfranca.gerbino@gmail.com



persona, costituisce un momento irrinunciabile per la valutazione dell'efficacia dei percorsi assistenziali sanitari.

Nel 1976, Campbell definì la QdV come *“un senso soggettivo di benessere derivato dalla propria esperienza di vita globale [...], in cui vanno presi in considerazione tutti i fattori rilevanti, tra cui primeggiano quelli spirituali, sociali, culturali ed economici [...]”* (3).

Nel 1995 la commissione dell'OMS definì la QdV come *“... a percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi”* (4).

La quantificazione della QdV è un problema complesso. Nel corso degli anni sono stati messi a punto strumenti di indagine dedicati, quali questionari e scale di valutazione, indispensabili per associare al concetto di QdV un “valore” misurabile, ossia un parametro utilizzabile per confronti e studi clinici (5).

## Il paziente con Malattia Renale Cronica

Le persone affette da MRC in fase conservativa, ossia nel periodo che precede l'inizio della terapia dialitica, spesso devono affrontare, oltre alle limitazioni fisiche, anche notevoli problemi di ordine psicologico e sociale. In particolare, soprattutto nei soggetti di età più avanzata, sono frequentemente osservabili sintomi quali ansia e depressione, che possono impattare in modo non trascurabile sulla QdV-S (6).

Le problematiche organizzative e gestionali connesse al percorso terapeutico della MRC non riguardano soltanto i pazienti, ma anche i loro familiari o i caregiver. Ciò è ben comprensibile se si considera che in Italia l'età media di inizio dei trattamenti dialitici supera i 70 anni e che, non raramente, iniziano la dialisi individui ultraottantenni. Ne consegue che molti pazienti in terapia conservativa hanno necessità di un supporto quotidiano per gestire adeguatamente terapie farmacologiche e dietetiche complesse, quando non vere e proprie disabilità fisiche. Soprattutto nel caso in cui siano i familiari a fornire quotidianamente questo tipo di collaborazione, il più tradizionale rapporto medico-paziente tende a evolvere in una più complessa relazione che coinvolge il paziente, i suoi familiari e/o i caregiver e lo staff nefrologico che segue i pazienti con MRC.

Una soddisfacente risposta alle complesse esigenze assistenziali di questi pazienti è uno degli obiettivi principali del Progetto Ma.Re.A., qui di seguito brevemente illustrato.

## Il Progetto Ma.Re.A.

Con la DGR n° 8-6636 del 3 agosto 2007, la Regione Piemonte istituì un *“Progetto integrato di prevenzione dell'insufficienza renale e appropriatezza del percorso assistenziale di diagnosi e cura delle malattie nefrologiche”*, denominato Ma.Re.A. (acronimo di Malattia Renale Avanzata). Dopo una

fase iniziale sperimentale, dal 2013 il progetto fu attivato presso tutti i Centri nefrologici piemontesi.

Il progetto nacque dall'evidente *“... necessità di monitorizzare i processi e di eseguire una programmazione nell'ambito dell'intervento nefrologico per facilitare interventi di prevenzione e ritardare la progressione della malattia renale cronica nella popolazione piemontese”* (7). Fra gli obiettivi più importanti vi erano anche l'agevolazione della scelta consapevole del paziente rispetto al trattamento dialitico e al trapianto renale, effettuabile anche prima dell'inizio della dialisi (c.d. trapianto pre-emptive), così come le eventuali indicazioni a una terapia conservativa alternativa alla dialisi, per i pazienti con peculiari condizioni cliniche, in età molto avanzata o con gravi comorbidità.

Condizione fondamentale per la realizzazione degli ambulatori Ma.Re.A. è stata la profonda ristrutturazione del tradizionale modello organizzativo ambulatoriale, trasformato da mera consulenza ambulatoriale nefrologica a presa in carico del paziente in un contesto di equipe interdisciplinare, costituita da Nefrologo, Personale Infermieristico dedicato, Dietologo e Psicologo.

Il coinvolgimento dello Psicologo nell'ambito dello staff ambulatoriale ha costituito uno degli elementi più innovativi dell'ambulatorio Ma.Re.A., consentendo di includere concretamente nel percorso assistenziale per il paziente con MRC un elemento indispensabile come il sostegno psicologico per lui e per la sua famiglia.

## Obiettivo di questo studio

Indagare la presenza di stati di ansia o depressione nei pazienti affetti da MRC in trattamento conservativo. Attraverso la valutazione della QdV, si è perseguita l'identificazione degli specifici problemi delle persone assistite che possono ostacolare la capacità di adattamento alla malattia e alle terapie prescritte (8-10).

## Metodi

### Disegno dello studio e campione

Per questo studio, di tipo osservazionale descrittivo, sono stati considerati tutti i pazienti con una visita nefrologica programmata presso l'ambulatorio Ma.Re.A. dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino in un arco temporale di tre mesi.

Di 224 pazienti, 155 sono risultati arruolabili. Le principali cause di esclusione sono state: l'incapacità di rispondere autonomamente alle domande, la presenza di patologia acuta, la mancata conoscenza della lingua italiana, il mancato consenso allo studio e altri impedimenti (p. es., la cecità). Tutti i pazienti manifestavano quadri di Insufficienza Renale Cronica (IRC) riconducibili a uno Stadio NKF IV (eGFR 15-30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>) o V non in dialisi (eGFR <15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) (Tab. I).

**TABELLA I** - Caratteristiche della popolazione esaminata

Numero pazienti	155
Età (media ± DS)	77,06 ± 11,1
Classi di età (n/%)	
30-64	13 (8,4%)
65-79	63 (40,6%)
≥80	79 (51,0%)
Sesso (M/F)	104/51
Stato civile (n/%)	
Celibe/Nubile	15 (10%)
Coniugato	93 (60%)
Vedovo	47 (30%)
Scolarità (n/%)	
Licenza elementare	76 (49%)
Licenza media inferiore	47 (30%)
Licenza superiore	23 (15%)
Laurea	9 (6%)
Creatinina mg/dL (media ± DS)	3,05 ± 1,35
Clearance Creatinica mL/m (media ± DS)	19,3 ± 8,2
Stadio IRC IV-V (n)	113/42
Patologia di base (n/%)	
NAS/Nefropatia non diagnosticata	88 (57,3%)
Nefropatia diabetica	18 (11,5%)
Nefropatia interstiziale	23 (14,6%)
Nefropatia biopsiata	10 (6,2%)
Rene policistico	16 (10,4%)
Numero comorbidità (media – DS)	2,9 ± 1,02
Tipo di comorbidità (%)	
Ipertensione	88,5%
Diabete	32,3%
Dislipidemia	53,1%
Cardiopatìa	49%
Vasculopatìa	42,7%
Pneumopatìa	14,6%
Tireopatìa	12,3%
Epatopatìa	3,1%

### Strumenti di ricerca

L'indagine è stata condotta mediante la somministrazione di due questionari validati: HADS per l'ansia e la depressione e SF-12 per la valutazione della qualità di vita.

I questionari sono stati somministrati al paziente prima della visita nefrologica oppure al termine della stessa, dopo una breve introduzione esplicativa da parte dell'equipe medico-infermieristica.

#### HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

La HADS è un questionario utilizzato per rilevare la presenza e l'intensità dei sintomi di ansia e depressione. È composto da quattordici domande, divise in due sotto-scale relative a sintomi d'ansia (*sentirsi agitato e teso, provare un sentimento di apprensione, avere pensieri preoccupanti, non*

*riuscire a rilassarsi, provare un sentimento di paura, sentirsi irrequieto, provare un senso improvviso di panico*) e a sintomi di depressione (*provare meno piacere rispetto a un tempo, non riuscire a ridere, non sentirsi di buon umore, sentirsi rallentato, curare meno l'aspetto fisico, pregustare con minor piacere le cose, provare o meno piacere con un libro, radio, televisione*). La compilazione della HADS richiede in media cinque minuti.

#### SF-12 (Short form health survey) Versione Italiana

SF-12 è uno strumento psicometrico composto da 12 domande (ricavate dalle 36 del questionario originale SF-36) utilizzato per misurare due diverse condizioni: la salute fisica (Physical Component Summary, PCS) e quella mentale (Mental Component Summary, MCS). La compilazione del questionario SF-12 richiede in genere non più di dieci minuti.

L'indice denominato PCS prevede 6 domande, di cui 2 relative all'attività fisica (*PF02 "attività di moderato impegno fisico", PF04 "salire qualche piano di scale"*), 2 inerenti al ruolo e alla salute fisica (*RP2 "ha reso meno di quanto avrebbe voluto", RP3 "ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro"*), 1 riguardante il dolore fisico (*BP2 "in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente"*) e 1 sulla salute in generale (*GH1 "in generale direbbe che la sua salute è ..."*).

L'indice denominato MCS prende in considerazione altre 6 domande, inerenti alla vitalità (*VT2 "pieno di energia"*), alle attività sociali (*SF2 "per quanto tempo la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali"*), allo stato emotivo (*RE2 "ha reso meno di quanto avrebbe voluto", RE3 "ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro"*) e alla salute mentale in generale (*MH3 "calmo e sereno", MH4 "scoraggiato e triste"*).

### Analisi dei dati

I dati sono stati elaborati attraverso l'utilizzo del programma IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versione 22. Le differenze fra le prevalenze sono state analizzate con il test Chi quadro.

I risultati dei questionari sono stati analizzati e correlati con variabili quali età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stadio di insufficienza renale, patologia di base, terapia nutrizionale.

#### HADS

Per calcolare il punteggio delle due scale occorre sommare i punteggi alle risposte date alle singole domande; tali punteggi vanno da 0 a 3 e variano da domanda a domanda.

Per ogni scala del questionario si può quindi ottenere un punteggio massimo di 21.

I valori da 0 a 7 sono considerati normali (non cases), quelli da 8 a 10 sono considerati indicativi di condizioni a rischio che potrebbero trasformarsi in casi psicopatologici (borderline), mentre i punteggi uguali o superiori a 11 vengono considerati indicativi di casi conclamati (cases) (Tab. II).

**TABELLA II** - Modello di calcolo

Punteggi	≤7	8 ≤ x ≤ 10	≥11
Scala Ansia	Normale	Ansia (Borderline)	Ansia (Patologico)
Scala Depressione	Normale	Depressione (Borderline)	Depressione (Patologico)

### SF-12

Gli indici MCS e PCS sono stati calcolati utilizzando l'algoritmo di Ottoboni et al. ([Online](#)).

In termini assoluti, i punteggi di PCS e MCS più bassi indicano rispettivamente che la salute fisica e la salute mentale sono giudicate scadenti, con conseguente disagio psicologico e disabilità; al contrario, punteggi elevati indicano una salute giudicata nella norma o eccellente.

In mancanza di validazioni di SF-12 in coorti di pazienti affetti da malattia renale cronica a cui fare riferimento, si è scelto di analizzare i punteggi ottenuti dal test confrontandoli con quelli pubblicati da uno studio ISTAT del 2000 nella popolazione generale. Tale analisi riportava un valore medio di  $50,03 \pm 9,49$  per il PCS e di  $50,07 \pm 9,98$  per il MCS (11). Su queste basi, per definire i soggetti affetti da un peggiore stato di salute fisica e/o mentale, è stato arbitrariamente scelto il cut-off di 31 punti per il PCS (media - 2 DS del dato ISTAT) e 30 per il MCS (Tab. III).

**TABELLA III** - Descrizione dei livelli alti e bassi di PCS e MCS

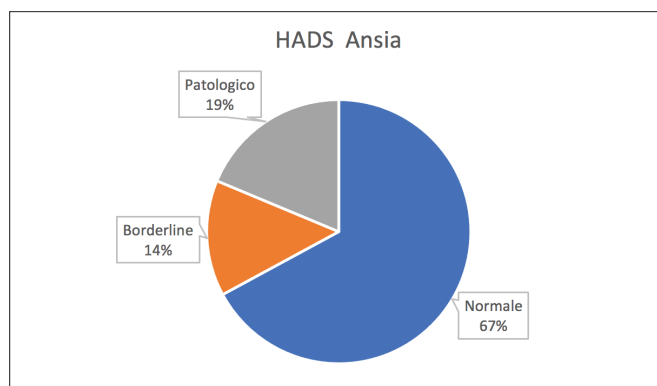
Indici	Item	Basso	Alto
PCS	PF02	Sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisiche	Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale
	PF04	Importante dolore fisico	
	RP2	Frequente stanchezza	
	RP3	La salute è giudicata scadente	
	BP2	La salute è giudicata eccellente	
MCS	GH1	Frequente disagio psicologico	Assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi
	VT2	Importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi	
	SF2	La salute è giudicata scadente	
	RE2	La salute è giudicata eccellente	
	RE3		
	MH3		
	MH4		

## Risultati

La popolazione oggetto dell'indagine è costituita da pazienti con insufficienza renale cronica in stadio IV-V, in terapia conservativa, con caratteristiche tipiche di "paziente fragile". Si tratta infatti di persone anziane, affette da più patologie croniche, con esigenze assistenziali determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, ecc.) (Tab. I).

### Analisi della HADS – Scala Ansia

Il punteggio della HADS relativo all'ansia è risultato in media di  $6,3 \pm 4,5$  (range: 0-19; mediana: 5). Conseguentemente, in 22 pazienti (14,2%), è stato definito un quadro borderline di ansia e, in 29 (18,7%), un quadro di ansia patologica (Fig. 1).



**Fig. 1** - HADS – Scala Ansia.

Condizioni di ansia (patologica e borderline) sono di più frequente riscontro nella popolazione anziana, con una prevalenza del 32% nei pazienti con età compresa tra i 65 e i 79 anni e del 36% nei pazienti con età  $\geq 80$  anni ( $p = 0,048$  vs età  $<64$  aa).

Il punteggio della HADS scala ansia ha mostrato inoltre una correlazione diretta, statisticamente significativa, con il numero delle comorbidity ( $p = 0,023$ ). Il sesso femminile ha mostrato una prevalenza di disturbi d'ansia maggiore rispetto a quello maschile ( $p = 0,026$ ) (Fig. 2).

Non sono state rilevate correlazioni statisticamente significative del punteggio HADS scala ansia con età, stato sociale, scolarità e stadio di Insufficienza Renale Cronica ( $p = ns$ ) (Fig. 3).

### Analisi della HADS – Scala Depressione

Il punteggio della HADS relativo alla depressione è risultato in media di  $7,5 \pm 4,7$  (range: 0-21; mediana: 7). Conseguentemente, in 37 pazienti (23,8%), è stato individuato un

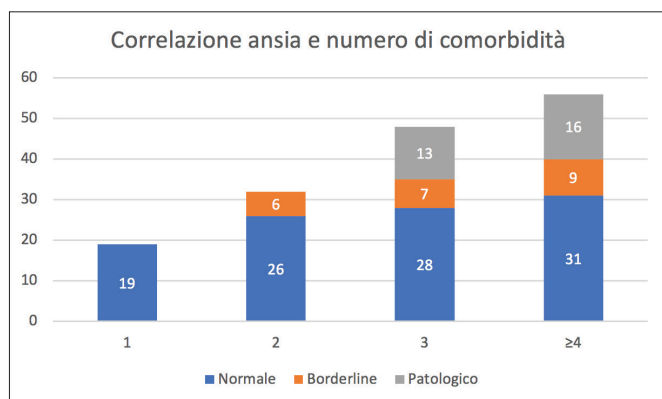


Fig. 2 - Correlazione tra ansia e numero di comorbidità.

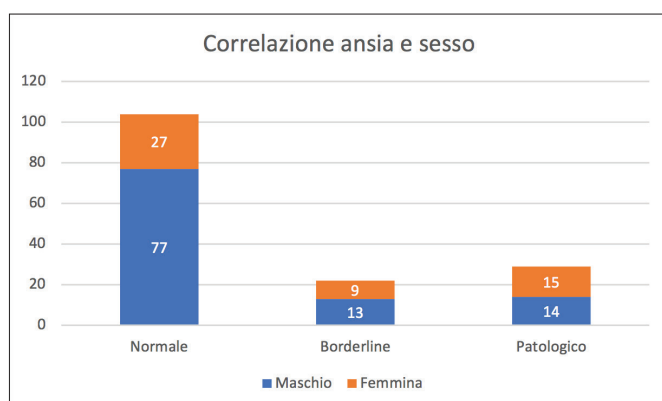


Fig. 3 - Correlazione tra ansia e sesso.

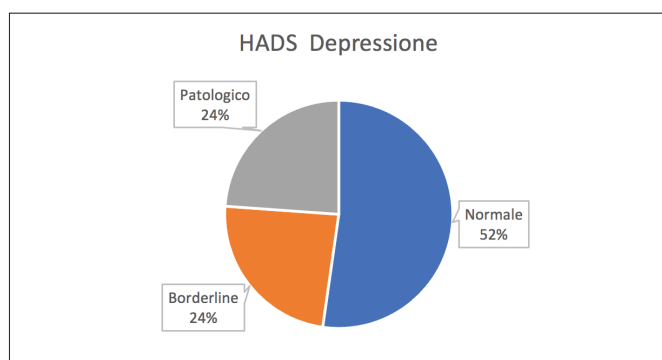


Fig. 4 - HADS – Scala Depressione.

quadro borderline di depressione e, in 37 (23,8%), un quadro di depressione patologica (Fig. 4).

Analogamente a quanto riscontrato nella scala dell'ansia, la prevalenza di depressione (patologica e borderline) è risultata significativamente maggiore nella popolazione più anziana, rappresentando il 47% dei pazienti con età compresa tra i 65 e i 79 anni e il 51% dei pazienti con età  $\geq$  80 anni ( $p = 0,050$ ) (Fig. 5).

Allo stesso modo, anche nel caso della depressione, sono emerse una correlazione statisticamente significativa tra punteggio HADS e numero delle comorbidità ( $p = 0,025$ ) e una maggiore prevalenza nel sesso femminile ( $p = 0,012$ ) (Fig. 6).

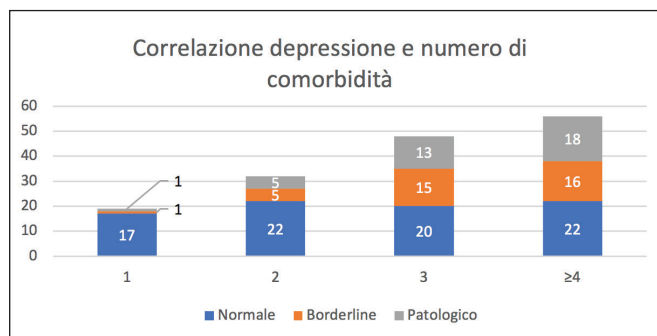


Fig. 5 - Correlazione tra depressione e numero di comorbidità.

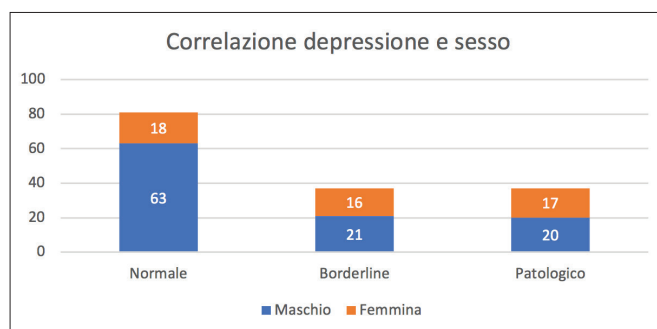


Fig. 6 - Correlazione tra depressione e sesso.

Al contrario, non sono invece state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra il punteggio HADS scala depressione con età, stato sociale, scolarità e stadio di IRC ( $p = n.s.$ ).

#### Analisi del questionario SF-12

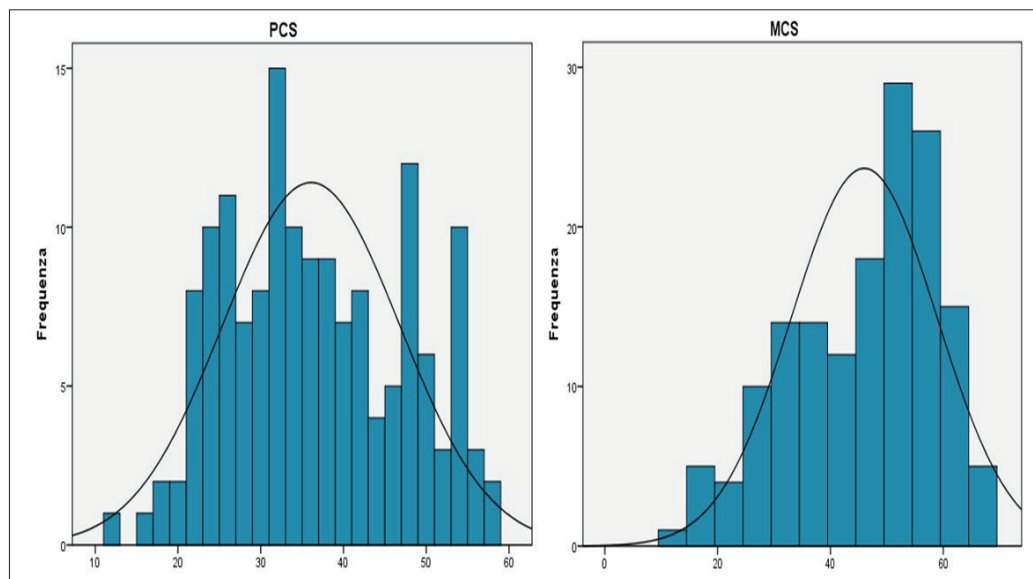
L'analisi del questionario SF-12 ha indicato per il PCS un punteggio medio di  $36,08 \pm 10,7$  e per il MCS un punteggio medio di  $45,9 \pm 12,8$ . (Fig. 7).

I dati di uno studio ISTAT condotto nel 2012 nella popolazione generale riportavano un valore medio di  $50,03 \pm 9,49$  per il PCS e di  $50,07 \pm 9,98$  per il MCS (11). Come già precedentemente descritto, su queste basi, per definire i soggetti affetti da un peggiore stato di salute fisica e/o mentale è stato arbitrariamente scelto il cut-off di 31 punti per il PCS (media  $- 2$  DS del dato ISTAT) e di 30 per il MCS.

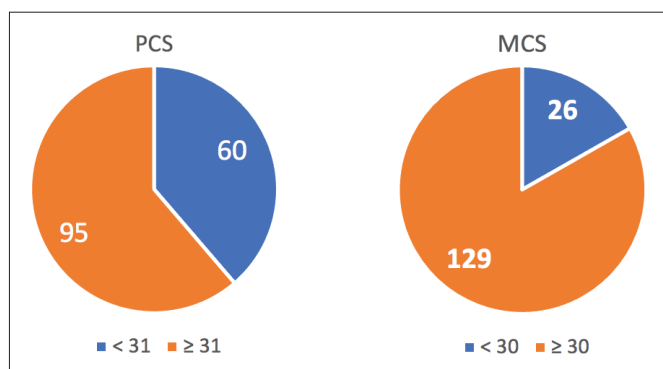
Dall'analisi dei dati, il 38,6% (60) dei pazienti è risultato avere una peggiore salute fisica (PCS) e il 16,3% (26) una peggiore salute mentale (MCS) (Fig. 8).

Differenze statisticamente significative sono state rilevate tra MCS e sesso femminile ( $p = 0,05$ ), tra PCS e sesso

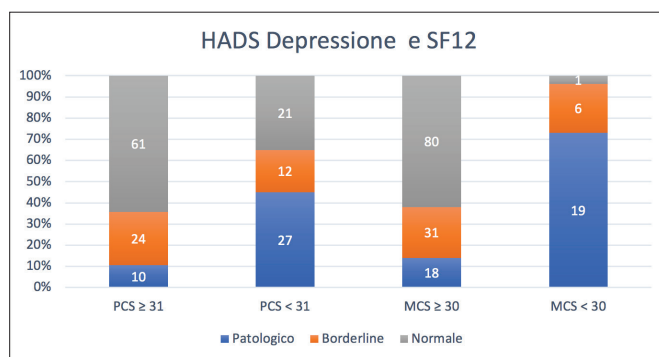




**Fig. 7** - PCS, Physical Component Summary; MCS, Mental Component Summary.



**Fig. 8** - PCS < 30 e MCS < 31.



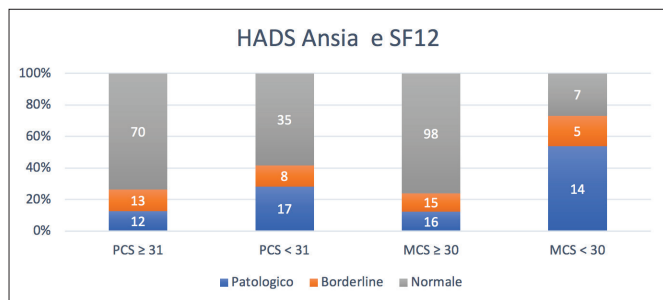
**Fig. 10** - Correlazione tra HADS (scala depressione) e SF-12 (PCS e MCS).

femminile ( $p = 0,009$ ), tra MCS e numero di comorbidità ( $p = 0,026$ ) e tra PCS e numero di comorbidità ( $p = 0,05$ ).

Analizzando i risultati ottenuti con la HADS (ansia e depressione) e quelli ottenuti con il questionario SF-12 (PCS e MCS) si osserva una correlazione statisticamente significativa tra i due test, come riportato nella Tabella IV e nelle Figure 9 e 10.

**TABELLA IV** - Significatività tra hads e SF-12

		PCS < 31	MCS < 30
HADS Ansia	P	0,048	0,05
HADS Depressione	p	0,00	0,00



**Fig. 9** - Correlazione tra HADS (scala ansia) e SF-12 (PCS e MCS).

**Discussione**

La malattia renale cronica (includendo le terapie dietetiche e farmacologiche) condiziona la comparsa di cambiamenti fisici e psicologici nei pazienti affetti, progressivi e duraturi. Tale situazione, spesso ancora trascurata, deve invece essere tempestivamente affrontata dall'equipe di cura fin dal momento della diagnosi, con l'obiettivo di fornire al paziente gli strumenti necessari per trovare un nuovo adattamento e un nuovo equilibrio di fronte alla malattia.

Il paziente affetto da malattia renale avanzata è infatti costretto a una revisione profonda della propria persona, assurgendo al ruolo di "malato", che non potrà guarire, ma



dovrà convivere con la propria patologia, sperando, grazie alle cure indicate, di contenerne i sintomi e di rallentarne l'evoluzione.

Il decorso della malattia renale, progressivo e variabile, porta frequentemente il paziente a una situazione di preoccupazione e di ansia per il proprio futuro, su cui grava continuamente la possibilità di un aggravamento del proprio stato clinico.

La letteratura indica un alto rischio di sviluppare una reazione depressiva che può comportare ansia, instabilità e labilità emotiva e perdita di energia vitale e motivazione, a cui conseguono una minore aderenza alla cura e una difficoltà di collaborazione con i curanti.

Affinché il processo di cura sia efficace è indispensabile che i curanti tengano in considerazione non soltanto gli aspetti clinici del paziente ma anche quelli psicologici, che individuino eventuali criticità e possano indirizzarlo, quando necessario, allo Psicologo con una precoce presa in carico.

Si tratta quindi di prevedere, nel contesto della gestione multidisciplinare di un Ambulatorio per la Malattia Renale Avanzata, un atteggiamento di attento monitoraggio della percezione soggettiva che il paziente ha del suo stato di salute, inteso non già quale semplice assenza di malattia ma, secondo la definizione dell'OMS, come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale".

## Conclusioni

A oggi, sono disponibili pochissime informazioni in merito alle condizioni di ansia e depressione nei pazienti con malattia renale cronica. In particolare, non vi sono esperienze di validazione di percorsi diagnostici codificati per questi pazienti.

Per questo motivo, in questo lavoro abbiamo inteso valutare, in un contesto collaborativo tra lo Staff nefrologico e il Servizio di Psicologia, le potenzialità offerte dall'impiego di due questionari, quali il questionario SF-12 per la qualità di vita e la HADS per l'ansia e la depressione, sinora validati in contesti differenti. I questionari sono stati somministrati al paziente prima della visita nefrologica oppure al termine della stessa, dopo una breve introduzione esplicativa da parte dell'equipe medico-infermieristica.

I risultati dei test hanno suggerito la possibilità che condizioni di ansia e depressione incidano con sorprendente frequenza nell'ambito dei pazienti affetti da malattia renale cronica, raggiungendo rispettivamente valori intorno al 36% per quanto riguarda l'ansia e di circa il 50% per quanto riguarda la depressione.

In particolare, è emerso come entrambi i disturbi psicologici possano essere più frequenti nei pazienti più anziani, in quelli affetti da un maggior numero di comorbidità e nel sesso femminile.

Quanto suggerito dai risultati dei nostri test dovrà naturalmente essere confermato mediante più accurate valutazioni specialistiche, indispensabili per validare l'impiego di SF-12 e HADS nella popolazione da noi studiata.

Nel frattempo, riteniamo che i nostri risultati preliminari sottolineino l'importanza di mantenere alto il livello di sorveglianza sull'impatto dei disturbi psicologici sulla qualità di vita dei pazienti con insufficienza renale cronica, che possono avere ricadute determinanti sul successo del complesso percorso di cura da essi intrapreso.

## Disclosures

Conflict of interest: The Authors declare no conflict of interest.

Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contribution: All Authors contributed equally to this manuscript.

## Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità, Società Italiana di Nefrologia, Ministero della Salute. Sistema Nazionale Linee Guida 23. Identificazione, prevenzione e gestione della Malattia Renale Cronica nell'adulto. 2012;1-112. [Online](#)
2. Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari. Regione Piemonte. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale nelle patologie ad elevato carico emotivo. 2013;1-83. [Online](#)
3. Campbell A, Converse P, Rodgers W. *The Quality of Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. Russell Sage Foundation; 1976.
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9. [CrossRef PubMed](#)
5. Mingardi G, Apolone G. Misurare la Qualità della Vita correlata alla Salute (QdV-S) nel paziente uremico: una review dei concetti, dei metodi, degli strumenti disponibili e dei risultati. *G Ital Nefrol*. 2005;22(5):477-489. [PubMed](#)
6. Pereira RMP, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):851-859. [CrossRef PubMed](#)
7. Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. D.G.R. n°88-6290 del 2 agosto 2013. [Online](#)
8. Cantekin I, Curcani M, Tan M. Determining the anxiety and depression levels of pre-dialysis patients in eastern Turkey. *Ren Fail*. 2014;36(5):678-681. [CrossRef PubMed](#)
9. Meuleman Y, Chilcot J, Dekker FW et al. Health-related quality of life trajectories during predialysis care and associated illness perceptions. *Health Psychology*. 2017;36(11): 1083-1091. [CrossRef](#)
10. Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract*. 2013;67(4):363-368. [CrossRef PubMed](#)
11. Apolone G, Mosconi P, Quattrociochi L, et al. Questionario sullo stato di salute SF-12 Versione italiana – Versione IRFMN aggiornata al 2005. [Online](#)