



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA
A PERSONA AFFETTA DA
DISTURBO DEPRESSIVO POST
TEC E TMS**

Relatore: Dott.
Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di:
Giovanni Fusilli

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAP 1. LA DEPRESSIONE	2
1.1 Cos'è la Depressione	2
1.2 Frequenza, Luoghi e Conseguenze	6
1.3 Assistenza Infermieristica al Soggetto Depresso	9
1.4 Trattamento e Cura	12
1.4.1 Terapia Comportamentale	15
1.4.2 Trattamento Farmacologico	17
Cap. 2 LA TEC (Terapia Elettroconvulsivante)	20
2.1 Cos'è la TEC	20
2.2 Quando viene utilizzata	22
2.3 Requisiti	23
2.4 Metodiche	25
2.5 Benefici , effetti collaterali e controindicazioni	28
Cap.3 La TMS (Terapia Magnetica Transcranica)	30
3.1 Che cos'è la TMS	30
3.2 Quando viene utilizzata	31
3.3 Requisiti	32
3.4 Metodiche	34
3.5 Benefici, effetti collaterali e controindicazioni	35
Cap 4. PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA POST TEC E TMS	37
4.1 Caratteristica utente post TEC e TMS	37
4.2 Processo di Nursing: Gordon e Modelli	39
4.3 Bisogni d'assistenza e modelli alterati	43
Cap 5. DISCUSSIONE	59
BIBLIOGRAFIA	64

INTRODUZIONE

“Le mie forze creative sono state ridotte ad un’irrequieta indolenza. Non ho fantasia, nessun sentimento per la natura, e leggere mi è diventato ripugnante.

Quando siamo derubati di noi stessi, siamo derubati di tutto!”

Johann Wolfgang Goethe

CAP 1. LA DEPRESSIONE

1.1 Cos'è la Depressione

Il termine Depressione deriva dal termine latino “*deprimere*” il quale significa premere verso il basso, infatti, caratteristica della Depressione è la propensione del soggetto a valutare ogni circostanza della propria esistenza in maniera negativa e pessimistica ecco perché essa si delinea come una patologia che incide molto sulla capacità funzionale dell'individuo. Caratteristica fondamentale della persona depressa è l'Anedonia, ossia la completa mancanza di piacere, stupore, gioia verso qualsiasi avvenimento o cosa bella che un tempo provocava queste sensazioni. La Depressione che da Winston Churchill veniva definita come un “cane nero” (1) presenta anche altra sintomatologia come ad esempio: mancanza di appetito, scarsa concentrazione, irritabilità, tristezza e isolamento sociale le quali vanno ad influire pesantemente sulla qualità della sfera affettiva, lavorativa e sociale. Il soggetto soffre a tal punto che in casi estremi senza il giusto supporto familiare e terapeutico può arrivare al suicidio. Questa malattia fa parte dei disturbi dell'umore ed includono secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM V) il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo Depressivo Persistente, Altro Disturbo Depressivo Specificato e Disturbo Depressivo Senza Specificazione. Le differenze si presentano nella durata, nella distribuzione temporale e nella

causa(2) . Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato dalla presenza, per almeno due settimane, per la gran parte della giornata, di cinque o più sintomi: umore depresso, perdita di interesse/ piacere, perdita della memoria, mancanza di desiderio sessuale, sensazioni di affaticamento, agitazione e nervosismo e insonnia protrattatutti questi menzionati nel criterio diagnostico per il disturbo depressivo maggiore SIGECAPS or SIG + Energy + CAPS (3)(4). Il quale acronimo indica:

- S = Sleep (durata e qualità del sonno)
- I = Intersting (interessi del soggetto se sono aumentati o diminuiti)
- G = Guilty (sensi di colpa)
- E = Energy (senso di affaticamento persistente)
- C = Concentration (concentrazione e capacità a prendere decisioni)
- A = Appetite (appetito diminuito o aumentato con annessa variazione di peso)
- P = Psicomothoryactivity (attività psicomotoria)
- S = Suicidalideation (ideazione di suicidio) (5)

I sintomi non sono meglio spiegabili da altre condizioni mediche e non sono correlati agli effetti fisiologici di una sostanza. L'Episodio Depressivo Maggiore derivato da una grossa perdita dovrebbe essere attentamente esaminato poiché l'individuo ritorce la rabbia destinata al caro perduto e in questi casi potrebbero aumentare le possibilità di suicidio. Di tale disturbo devono essere specificate le manifestazioni, l'esordio, la gravità e la possibile remissione. In questo periodo non deve essere mai presente un episodio maniacale o ipomaniacale(2).

Il Disturbo Depressivo Persistente, definito Distimia è l'unione del Disturbo Depressivo Maggiore Cronico e del Disturbo Distimico (3). Esso è caratterizzato dalla presenza per almeno due anni di umore depresso per la maggior parte del tempo, quasi tutti i giorni(2) e dalla presenza di due o più dei sintomi definiti dal SIGECAPS or SIG + Energy + CAPS(3)(4). La persona, durante i due anni precedenti, non è stato mai privo dei sintomi sopra indicati. Questi ultimi non sono attribuibili né agli effetti fisiologici di una sostanza o né conseguenti ad altre patologie. Anche in questo caso deve essere specificata l'esordio e la gravità e la possibile remissione. Tale diagnosi può essere distinta e definita con specificazioni quali Depressione Breve Ricorrente ed Episodio Depressivo di Breve Durata. Disturbo Depressivo Senza Specificazione definisce la categoria per cui i sintomi caratteristici di un disturbo depressivo predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per qualsiasi altro disturbo depressivo sopra

citato. Esso non ha specificazioni poiché non ci sono informazioni eziologiche(2).

1.2 Frequenza, Luoghi e Conseguenze

La Depressione è una patologia che riflette cause biologiche, psicologiche, sociali ed eventi stressanti (6) ed è una delle principali cause di morbilità e mortalità e di minaccia nel mondo sviluppato. (8)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che la depressione nel 2020 sarà la seconda causa di disabilità nel mondo ed ad oggi si contano 350 milioni di persone affette dal bambino al pensionato (7).

Secondo il Ministero della Salute in Italia, la prevalenza dei disturbi depressivi è dell'11.2% (14.9% nelle donne e 7.2% negli uomini). Nelle persone ultra 65enni tali disturbi coinvolgono il 4,5% della popolazione. Risulta anche che il 2% dei bambini ed il 4% degli adolescenti hanno, in un anno, un episodio di depressione che dura almeno due settimane. (6)

Una persona affetta da depressione deve avere l'opportunità di essere informata su come trattare la propria patologia e su come scegliere le adeguate terapie in base ai propri bisogni. È importante anche instaurare un rapporto di partnership e aiuto con i suoi curanti, basato su una buona comunicazione per garantire il maggior benessere possibile. (9)

L'industrializzazione sembra essere fortemente collegata con lo sviluppo di Depressione. (8) I fattori collegati alla Depressione possono essere attribuiti a uno stile di vita non più sano come nei secoli passati, ad un crescente e costante voglia di superarsi ogni giorno e di essere in continua competizione tra noi e gli altri che porta per l'appunto a un vuoto interiore quando gli obiettivi non vengono raggiunti nei tempi stabiliti. Una cattiva alimentazione, una carenza di esposizione al sole (a causa dei lavori attuali ormai per lo più d'ufficio), una carenza di sonno, una società volta più all'isolamento che alla socialità (anche in parte dovuta al proliferare di strumenti social come smartphone e simili che riducono la comunicazione a uno stato virtuale e poco sociale) e infine possono anche subentrare fattori di tipo endocrino. (9)

La maggior parte delle persone che sono affette da Depressione riceve trattamenti adeguati alla cura della malattia, tuttavia purtroppo molto spesso rimane under diagnosed e under treated (10) (11) anche a causa dello stigma delle persone e dalla gestione di trattamento primario, di altre patologie ed alla variabilità ed interessi dei medici. (10)

In Italia solo il 29% dei soggetti affetti da Depressione ricorre ad un trattamento nello stesso anno in cui insorge (12), mentre l'OMS dichiara che solo il 25% delle persone che sono affette ha accesso alle cure. (7)

La Depressione è reale e come tale è importante riconoscerla e gestirla. Vivere con essa, specialmente se cronica e ricorrente può portare la persona a diventare esausta, vuota, impotente e nei casi peggiori può spingere al suicidio.

Le conseguenze, in assenza di cure adeguate possono portare ad una riduzione della qualità della vita (13) e all'aumento di sofferenza, dolore, cronicità e ricoveri.

La malattia, inoltre, incide sul benessere economico(14). Uno studio sull'impatto economico di questa patologia ha stimato una spesa di circa 104 miliardi di dollari all'anno per far fronte alle cure della suddetta (11). In Europa invece un'analisi ha identificato come nel 2010, 30.3 milioni di persone soffrissero di varie forme di Depressione per un costo annuo a utente di circa 3034 EURO (15).

Un'ulteriore conseguenza di questa patologia sono: mancanza di attenzione, perdita di memoria, difficoltà di pianificazione, di presa di decisione; tali sintomi incidono sia a livello lavorativo sia nella routine quotidiana della persona e in special modo ne risentono anche tutti i membri della famiglia in cui il soggetto vive e quindi per tale motivo noi infermieri dobbiamo incoraggiare la famiglia e le persone vicine a essere di supporto in modo da creare un atteggiamento di adattarsi alla depressione del proprio familiare.

1.3 Assistenza Infermieristica al Soggetto Depresso

La Depressione, così come gli altri disturbi psichici, ha una grande ripercussione nei rapporti interpersonali poiché il soggetto ha propensione a chiudersi gradualmente in se stesso sviluppando reazioni di: fastidio, rabbia o irritazione verso gli altri. Tutte queste reazioni sono controproducenti per il trattamento e la cura del disturbo depressivo. L'infermiere di salute mentale conosce questi rischi e imposta il Processo di Nursing attenendosi principalmente alla natura educativa e relazionale avvalendosi anche di modelli teorici che aiutino ad impostare un percorso assistenziale volto alla risoluzione dei problemi della persona. In particolare si ritiene utile citare alcuni concetti espressi dalla Peplau.

La teoria della Peplau fortemente incentrata su un modello psicomodinamico e aiuta a comprendere l'estrema importanza della relazione interpersonale che si viene a creare tra l'infermiere e l'assistito. La relazione che ne esce si sviluppa in 4 fasi integrate fra loro: orientamento, identificazione, utilizzazione e risoluzione.

Le prime due fasi sono caratterizzate dal reciproco riconoscimento e “come persona che può dare aiuto” (Infermiere) e “persona che ha bisogno di aiuto” (assistito). Nel corso di queste due fasi l'obiettivo principale dell'infermiere è di farsi accettare dall'assistito e cercare pian piano di ricevere la sua fiducia (ogni

minimo errore può spazarla via), evitando di porsi come obiettivo principale l'aiutare la persona a risolvere il problema depressivo. Una volta costruito il rapporto di fiducia si entra nella fase dell'utilizzazione, ossia il momento nel quale la nostra relazione è indirizzata nell'individuazione di nuovi obiettivi e definire meglio la domanda assistenziale primaria (16). Continuando su questo percorso di crescita l'assistito pian piano riesce ad avere una maggior consapevolezza dei suoi bisogni divenendo sempre più parte integrante del suo cammino di riabilitazione in questo modo anche l'infermiere riesce a capire meglio i bisogni dell'assistito. Entrambi sia assistito che infermiere ricavano benefici da questa crescita/percorso terapeutico, i quali vanno mantenuti e incentivati con atteggiamenti di fiducia, accettazione e comprensione. Da tutto ciò l'infermiere deve creare un setting terapeutico nel quale poter identificare e analizzare pensieri, sentimenti e comportamenti della persona.

L'ultima fase è la risoluzione ovvero quando il rapporto terapeutico tra infermiere e assistito s'interrompe. E' molto importante ricordarsi sin dall'inizio che questo rapporto alla fine finirà quindi, questa consapevolezza nei tempi opportuni, va trasmessa alla persona assistita per evitare situazioni emotivamente spiacevoli dovute al repentino abbandono di figure importanti che lo hanno seguito in un lasso di tempo prolungato. Secondo la Peplau l'infermiere durante il rapporto interpersonale con l'assistito assume sei ruoli:

- Estraneo quando l'operatore e un'altra persona (assistito) si incontrano e instaurano un rapporto volto a conoscersi.
- Insegnante quando l'infermiere trasmette delle conoscenze in rapporto ad un bisogno o un interesse.
- Esperto ossia specificare una determinata informazione che aiuta a comprendere un'altra.
- Leader cioè chi porta avanti il progetto terapeutico dettando i modi e i tempi e favorendo l'interazione dell'assistito.
- Sostituto quando l'utente ci identifica in una figura che ormai è venuta a mancare (padre o madre).
- Consulente cioè quando si aiuta una persona ad affrontare le difficoltà e i problemi che affliggono la stessa non permettendogli di vivere serenamente. (16)

1.4 Trattamento e Cura

La cura ideale della Depressione deve essere basata sulla centralità della persona depressa.

La persona considerata dovrebbe essere istruita circa i trattamenti e il decorso del suo disturbo. Ed è bene che, sulle cure per la depressione ne siano istruiti anche i familiari o chi comunque fa parte della vita dello stesso (17).

Con lo scopo di ridurre drasticamente o eliminare i sintomi tipici della depressione, che equivale a un punteggio minore o uguale a cinque nel PHQ-9 (Patient health questionnaire 9). (17)(18).

I trattamenti, sulla base della *Stepped Care (vedi tab.1)*, sono specificati per la Depressione: lieve, moderata e severa/ grave. L'approccio collaborativo deve considerare oltre al PHQ-9 anche le preferenze e funzionalità sociali dell'utente in carico, e il rischio di suicidio (18).

Inizialmente bisognerebbe educare la persona affetta ad adottare uno stile di vita corretto e a tener conto di un adeguato piano di sicurezza (18) e educarlo all'aderenza farmacologica e terapeutica come la psicoterapia/terapia comportamentale e la farmacoterapia.

FOCUS dell'INTERVENTO	NATURA dell'INTERVENTO
STEP 4. Depressione grave e complessa, rischio di vita, scarsa cura di sé.	Trattamento farmacologico; intervento psicologico ad alta intensità (16-20 sessioni); terapia elettroconvulsiva, gestione delle acuzie; terapia combinata multi-professionale e ricovero ospedaliero.
STEP 3. Persistenti sintomi depressivi sotto soglia o depressione lieve / moderata o grave con risposta parziale agli interventi iniziali.	Trattamento farmacologico; trattamento psicologico ad alta intensità (6-8 sessioni); terapia combinata; <i>Collaborative Care</i> e invio specialistico per un'altra valutazione e intervento.
STEP 2. Persistenti sintomi depressivi sottosoglia, depressione lieve/moderata.	Intervento psico-sociale di bassa intensità; intervento psicologico; trattamento farmacologico ed invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.
STEP 1. Sospetto di	Valutazione; supporto; psicoeducazione,

Depressione	monitoraggio e visita specialistica.
-------------	--------------------------------------

La Stepped Care. Tratta da: Linee d'indirizzo regionali nella gestione della depressione e dei disturbi mentali comuni tra MMG, DSM e Cure Primarie.

1.4.1 Terapia Comportamentale

Il piano terapeutico sviluppato da A.T. Beck per la cura della depressione è composto di tecniche comportamentali e da tecniche cognitive le quali sono somministrate in momenti diversi della terapia: le prime sono utilizzate nelle prime fasi del trattamento con l'obiettivo di promuovere l'attivazione comportamentale favorendo esperienze gratificanti che innalzino l'umore, mentre le seconde consentono alla persona di avere più consapevolezza sulle proprie cognizioni erranee e sui suoi sintomi, al fine di plasmarle e portare quindi l'individuo a un piano emotivo meno pessimistico. Le strategie impiegate dalla Terapia Cognitiva prevedono la formulazione e la formazione dell'utente all'auto comprensione e al riconoscimento del legame tra cognizioni, emozioni e comportamento, all'interruzione dei circoli viziosi di mantenimento del problema, alla normalizzazione del problema attraverso la psicoeducazione, all'accettazione della perdita e alla modifica degli schemi mentali che favoriscono la depressione. La condizione fondamentale per il buon esito dell'intervento è lo sviluppo di un solido patto di fiducia tra la persona e le varie figure sanitarie (medici, infermieri, psicologi). Entrambi devono condividere l'idea di raggiungere i medesimi obiettivi. Gli infermieri perciò, hanno un ruolo chiave per l'assistenza alla persona depressa, poiché dobbiamo essere consapevoli del fatto che saremo sempre a stretto contatto con lei e che inoltre

dobbiamo anche illustrarle quotidianamente, oltre che i fondamenti della terapia, anche l'importanza della collaborazione attiva, formulando le ipotesi sul funzionamento del problema, aiutando l'utente alla giusta aderenza del programma terapeutico, fissando gli obiettivi cercando di evitare le possibili ricadute. (19)

1.4.2 Trattamento Farmacologico

In Italia, a quasi tutti gli assistiti in cura presso i centri pubblici per la salute mentale affetti da Depressione maggiore, è prescritto un trattamento farmacologico. Da uno studio condotto da Tarricone R. su sessanta strutture pubbliche italiane è emerso che il 98% dei malati è sottoposto a trattamento farmacologico.(20) Gli inibitori del “*Reuptake della serotonina*” (SSRIs) sono risultati gli antidepressivi più comunemente utilizzati, seguiti dalla prescrizione di *Antidepressivi Triciclici* (TCAs), dagli Inibitori degli Ossidi della Monoammina (MAOIs) (considerati soprattutto per quei pazienti che non rispondono ad altri trattamenti) e dagli *Antipsicotici Atipici*, somministrati come monoterapia per il disturbo depressivo maggiore con tonalità psicotiche (21). Tuttavia per raggiungere il primo effetto farmacologico possono essere necessari da due settimane a 6/12 mesi di continuo trattamento. Inoltre la somministrazione del farmaco deve essere protratta fino a sei mesi dopo la remissione dei sintomi, per evitare ricadute (22). Le evidenze dimostrano che un’interruzione prematura della terapia sia correlata all’aumento del rischio di recidiva o ricaduta e/o effetti collaterali. La riduzione della terapia deve essere attentamente valutata e gestita, anche in base all’insorgenza del disturbo depressivo oppure, se sia presente una riduzione dei sintomi depressivi (23) e deve anche essere

prontamente dosata in caso di parziale risposta e/o non risposta entro 3/ 4 settimane dall'inizio del trattamento e variata in merito al peggioramento della risposta o alla presenza di effetti collaterali a 4/ 6 settimane (22) (23).

L'obiettivo nell'utilizzo di antidepressivi è quello di ridurre i sintomi depressivi del 25% dopo sei settimane di trattamento fino alla possibile remissione di questi. Se tali obiettivi non sono raggiunti gli studi, suggeriscono un trattamento combinato e/o a un aumento delle terapie, la considerazione di terapie alternative (nei casi più gravi la Tec) o la rivalutazione del caso (21).

Per il soggetto in cura è importante offrire un adeguato e continuo *follow up* volto a prevenire le ricadute, garantire la sicurezza della persona in carico, assicurare l'aderenza alla cura e monitorare la risposta al trattamento. Molto spesso, infatti, il pessimismo dell'utente, la bassa motivazione, l'eccessiva stigmatizzazione della patologia nella società moderna, il consumo di energie, gli effetti collaterali dei farmaci, il senso di colpa e il senso d'isolamento sociale portano ad una non aderenza al trattamento. Tali ostacoli di non aderenza alla cura sono causa di recidiva dei sintomi depressivi del 25% dopo un anno, del 42% dopo due anni e del 60% dopo cinque anni e di ricaduta dal 50 all'85% entro due o tre anni (19). Molto importante è che l'infermiere valuti la comprensione da parte

dell'assistito rispetto al proprio problema di salute. In questo modo si potrà avere una più completa aderenza al trattamento farmacologico. E quindi per migliorare l'adesione terapeutica può essere efficace:

- Usare una comunicazione diretta sulla posologia farmacologica.
- Usare una comunicazione indiretta per discutere sulle situazioni stressanti e sui cambi di stile di vita.
- Condividere le decisioni definendo gli obiettivi e identificando gli ostacoli che possono influenzare l'adesione al trattamento.
- Sostenere l'autogestione programmando le visite di controllo e supportare gli eventuali progressi.
- Apprezzare l'assistito quando dichiara onestamente il grado di adesione della terapia.
- Chiedere all'assistito di auto monitorarsi la terapia tramite l'ausilio di un diario o una scheda.
- Informare l'assistito sui probabili effetti collaterali e di riferirne l'eventuale comparsa. (24)

Altre due tipologie di trattamento utilizzate per questo disturbo sono: la Terapia Elettroconvulsivante (TEC) e la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) che saranno approfonditi nei capitoli successivi.

Cap. 2 LA TEC (Terapia Elettroconvulsivante)

2.1 Cos'è la TEC

L'elettroshock (acronimo TEC) è una terapia utilizzata in ambito psichiatrico basata sul provocare convulsioni all'assistito mediante il passaggio di corrente elettrica (stimata in 0,9 ampere) attraverso il cervello.

(25) Questa tecnica fu scoperta dal neurologo italiano Cerletti agli inizi del 900', il quale voleva trovare una soluzione medica per la cura delle patologie psichiatriche (depressione, schizofrenia), poiché le terapie dell'epoca erano più prettamente fisiche che mediche (idroterapia, bagni di luce, shock insulinico e cardiazolico)(26). Cerletti utilizzò, in collaborazione con il suo collega Lucio Bini, per la prima volta l'elettroshock su una persona affetta da depressione maggiore nel 1938. Una serie di elettroshock terapeutici è stata eseguita anche in seguito e portarono la persona ad uno stato di normalità che permisero lui di proseguire nella sua vita e nel suo lavoro (27). Ai giorni nostri la TEC è vista dall'opinione pubblica in modo negativo anche a causa di diverse rappresentazioni in film e libri popolari e dalla credenza che la pratica sia ancora cruda come lo era ai tempi di Cerletti (28). Ormai quelle tecniche sono più che superate e con il tempo sono migliorate dal punto di vista pratico: infatti l'assistito riceve la scarica in tutta sicurezza e sotto l'effetto

di anestesia. Infatti, nella circolare ministeriale del 14 febbraio 1999, emanata dall'allora ministro della Sanità Rosi Bindi, si legge: "Rispetto all'epoca in cui fu inventata e proposta la TEC (1938), oggi tutta la letteratura che ne propone l'utilizzazione è concorde nel ritenere che si debba praticare in situazioni cliniche ben circoscritte e secondo protocolli specifici, mirati alla massima tutela dell'assistito, con anestesia generale e miorilassamento, per evitare complicanze di ordine muscolo-scheletriche".(29)

2.2 Quando viene utilizzata

La Tec ora si utilizza prevalentemente nei casi di depressione grave e cronica e in quelle forme complicate da psicosi. (30)

Può essere anche impiegata nei casi in cui la terapia farmacologica o comportamentale non abbia avuto i risultati sperati (31).

Secondo studi condotti da un gruppo di medici revisori del Regno Unito, la TEC è un efficace trattamento a breve termine contro la depressione, probabilmente più efficace della terapia farmacologica.(32)

Altre indicazioni specifiche possono essere quando è associata una malattia grave o una gravidanza, per questo motivo i farmaci antidepressivi possono causare danni sia alla madre sia al feto. In questi casi, dopo aver valutato attentamente i costi e i benefici, alcuni psichiatri ritengono che questa sia la miglior soluzione contro i casi di depressione grave o farmaco resistente. E' importante che l'elettroshock sia somministrato in modo controllato e soprattutto da personale altamente qualificato e specializzato come previsto da diverse legislazioni riguardanti la salute mentale. (33)

2.3 Requisiti

Secondo le linee guida dell'Emilia e Romagna sulla corretta applicazione della terapia elettroconvulsiva per effettuare un ciclo di Tec ci vuole un'attenta valutazione in base ai singoli casi. La scelta di dare inizio al ciclo deve comprendere i seguenti punti:

- 1) Deve essere presente una corretta valutazione psicopatologica dell'anamnesi psichiatrica dell'assistito in modo da poter decidere se sia possibile effettuare la Tec.
- 2) Una valutazione della patologia nella sua gravità e complessità stimando i possibili benefici con o senza trattamento.
- 3) Una valutazione dei rischi e dei benefici.
- 4) Una valutazione medica complessiva dell'assistito controllando: i parametri vitali, esami emocromocitometrici e sierici, anamnesi medica, ECG ed esame obiettivo.
- 5) Visita e valutazione anestesiológica.
- 6) Consenso informato (se persona non collaborante la pratica si può effettuare solo tramite TSO).

7) Valutazione sui pro e i contro avvenuti sull'utente durante la Tec e in seguito suggerisca se necessario le opportune modifiche della terapia post trattamento. (34)

2.4 Metodiche

Come si accennava in precedenza, la Tec deve essere effettuata da personale altamente qualificato ed essere composto da: uno psichiatra, un anestesista e un infermiere di entrambe le specialità. Nella tabella (Tab.2) seguente sono visualizzabili i procedimenti per effettuare la Tec.(35)

Tab.2 attuazione della tec. Procedure per la Tec.
Fase preparatoria:
Equipe qualificata, indicazione accurata, documentazione base e di decorso, consenso informato, valutazione anestesiológica, digiuno preoperatorio (minimo sei ore, incluso il fumo), svuotamento della vescica urinaria, sgrassamento e lavaggio di tempie e capelli, asportazione di protesi dentarie, protezione dentaria durante la convulsione
Equipaggiamento:
sala di trattamento, apparecchio a impulsi rettangolari brevi, misurazione della resistenza elettrica, EEG, ev. anche EMG, monitoraggio tramite ECG e ossigenazione sanguigna transcutanea, maschera per la respirazione assistita a ossigeno, disponibilità di sistema di intubazione, respiratore e defibrillatore per eventuali

incidenti
Posizionamento degli elettrodi:
nella tec unilaterale in posizione frontotemporale destra e alta parietale destra (emisfero non dominante nei destrimani e nella maggioranza dei mancini)
nella tec bilaterale in posizione bifrontotemporale
Dose di stimolazione:
Primo trattamento individuazione della soglia convulsiva: applicazione di cariche gradualmente aumentate, 10% (ev. 5%), 20%, 40%, 60% della carica massima (504 mc) fino al raggiungimento della soglia convulsiva (durata minima della convulsione 20sec.); al massimo 3 stimolazioni nel corso di un'anestesia (titolazione)
trattamenti seguenti:
1,5-2 volte la soglia nel posizionamento bilaterale
2,5-5 volte la soglia nell'unilaterale
Effetto terapeutico:
crisi epilettica della durata di almeno 20 sec. nel EEG, altrimenti al

massimo 2 restimolazioni a dose 1,5 volte la precedente

Tempi di somministrazione:

trattamento acuto:

frequenza 3 o 2 volte la settimana

durata: disolito 6-15 trattamenti, sospensione del ciclo a

miglioramento soddisfacente;

Dopo serie di Tec di proseguimento:

settimanale e in seguito ogni due

settimane, generalmente per 6 mesi

Tec di mantenimento:

trattamenti ogni tre settimane o mensili o ancora più rari in

dipendenza dalla diagnosi e dal decorso di malattia

2.5 Benefici , effetti collaterali e controindicazioni

L'efficacia della Tec è documentata prevalentemente attraverso i dati clinici degli assistiti che hanno usufruito di questo trattamento ed è proprio per questo motivo che tale pratica ha un consenso parziale attualmente in medicina.(36) Di solito la Tec viene utilizzata in seconda o terza battuta, ossia quando i farmaci e le altre tecniche non hanno avuto gli effetti sperati. Sussistono degli studi in cui si evince che la Tec andrebbe utilizzata come prima battuta nei casi in cui in passato su quella persona abbia avuto effetti positivi. Suddetta terapia è priva di grossi effetti collaterali, che invece subentrano inevitabilmente con i comuni e lunghi trattamenti farmacologici (aumento di peso, diabete, squilibri della sfera sessuale, confusione, debolezza mentale e fisica). In generale i vantaggi di questo trattamento sono sulla velocità di risposta alla cura e nel minor numero di effetti collaterali rispetto ai farmaci.(36)

La Tec ha effetti collaterali reversibili. I disturbi cognitivi sono i più frequenti e si manifestano nel 30% dei casi trattati e solo il 5% è grave. Le insorgenze più frequenti sono le amnesie retrograde, i disturbi d'attenzione post epilettici e gli stati confusionali; però tutti questi sono per lo più transitori e regrediscono in poche ore o pochi giorni.(37)

A volte è difficile riconoscere le amnesie, poiché molto spesso sono provocate dalla stessa depressione. In rarissimi casi può manifestarsi un disturbo di memoria soggettivo irreversibile spesso dovuto alla disposizione unilaterale degli elettrodi e al dosaggio troppo elevato degli impulsi elettrici.(38)(39)

Al giorno d'oggi, considerando i modi con cui avviene questa pratica, l'età infantile o molto avanzata, cardiostimolatori, gravidanza e osteoporosi non consistono più come controindicazioni per il trattamento. Da considerarsi come controindicazioni troviamo: le patologie cardiovascolari, respiratorie e danni cerebrali precedenti che vanno attentamente valutati. Il rischio di morte durante la procedura è di 1:30.000 ed è prettamente correlata ai rischi dell'anestesia generale.(35)

Cap.3 La TMS (Terapia Magnetica Transcranica)

3.1 Che cos'è la TMS

La Stimolazione Magnetica Transcranica (acronimo TMS) è una terapia non invasiva (senza l'uso di anestesia) di stimolazione elettromagnetica del tessuto cerebrale posizionando potenti magneti (coil) sulla cute encefalica che provoca un'eccitazione o un rilassamento delle cellule nervose per pochi millesimi di secondo creando un'interferenza con i processi elaborativi cerebrali. (40) I primi esperimenti tentati per cercare di stimolare elettromagneticamente il cervello risalgono agli ultimi anni dell'800 però i primi successi nella stimolazione corticale sono stati ottenuti da Barker nel 1985. (41)

3.2 Quando viene utilizzata

Questo trattamento è utilizzato in modo ripetitivo ad alte e basse frequenze su persone adulte affette da depressione maggiore o altri disturbi psichici che non hanno ricevuto benefici dai trattamenti più comuni (farmaci, terapie comportamentali) ed è anche utilizzata routinariamente come strumento d'indagine dell'attività cognitiva e neurologica dell'assistito. La prescrizione e la supervisione di questa pratica devono essere sempre eseguite dal medico psichiatra. Può essere eseguita in ambito ambulatoriale o ospedaliero. (42) Il beneficio terapeutico di tale pratica ha portato alcuni paesi come Canada e Israele ad inserire tale metodica nei loro piani di trattamento della depressione maggiore. (43)

3.3 Requisiti

Secondo le riflessioni del dott. Luigi Morticelli un soggetto affetto da depressione maggiore per ricevere il trattamento di r-TMS deve possedere determinati requisiti i quali sono:

- Età compresa tra 18/70 anni;
- Diagnosi primaria di depressione maggiore;
- Presenza del disturbo da almeno un anno;
- Le persone eleggibili per questa pratica devono avere un punteggio superiore a 17 nella scala di Hamilton dopo il trattamento con almeno 2 farmaci antidepressivi;

Invece, sempre secondo il dott. Luigi Morticelli, un soggetto non può essere reclutato al trattamento se presenta queste caratteristiche:

- Portatore di pace-maker o condizione cardiaca instabile;
- Protesi cocleari;
- Clip metalliche cerebrali;
- Decadimento cognitivo;

- Precedenti Tia/ictus o patologie cerebrovascolari;
- Epilessia;
- Gravidanza in corso;
- Disturbo di Parkinson,corea di Huntington,sclerosi multipla;
- Utilizzo di farmaci pro convulsivanti(antipsicotici classici, bupropione);
- Significative anomalie agli esami di laboratorio. (44)

3.4 Metodiche

Come si è accennato in precedenza la rTMS è una tecnica di stimolazione cerebrale elettromagnetica non invasiva che a differenza della Tec non richiede l'uso di anestesia generale, ciò è dovuto alla completa assenza durante la stimolazione di contrazioni muscolari violente presenti invece nella suddetta pratica.

Il macchinario è composto di un potente generatore d'impulsi elettromagnetici il quale produce diverse migliaia di ampere che attraversano una bobina (coil) e vanno a scaricarsi sul capo e quindi sul tessuto cerebrale sottostante interessato provocando una conseguente depolarizzazione neuronale.

La scarica può essere eseguita sia unilateralmente su una delle due corteccie, che bipolarmente su entrambe le corteccie cerebrali.

Le sedute per avere effetti benefici sulla depressione usualmente sono effettuate giornalmente per le successive 6 settimane e durano all'incirca 30 min. (45)

3.5 Benefici, effetti collaterali e controindicazioni

I benefici della rTMS sulla depressione maggiore sono ancora tutt'oggi oggetto di studi approfonditi però è ormai noto che i maggiori benefici di questa tecnica in ambito psichiatrico sono stati riscontrati proprio in suddetta patologia.

Uno dei vantaggi della TMS è la capacità di riuscire a stimolare le aree più profonde del cervello senza causare dolore poiché la corrente non passa attraverso le terminazioni nervose della pelle. Proprio per questa mancanza di disagio presente invece nella TEC questa terapia è effettuata ambulatorialmente e soprattutto senza l'utilizzo dell'anestesia generale.

Le controindicazioni principali sono: pregressa storia di attacchi epilettici sia personali che familiari, precedente trauma cranico, pacemaker, protesi metalliche.

“Sebbene gli studi presenti in letteratura abbiano dimostrato che la TMS profonda è generalmente sicura e tollerabile, sono stati segnalati alcuni effetti collaterali : un certo numero di pazienti ha riportato disagio del cuoio capelluto ed episodi di emicrania farmacologica, due pazienti hanno manifestato vertigini autolimitanti all'interno di pochi giorni, due pazienti hanno riportato l'insorgenza di uno stato di insonnia, un paziente ha avuto la sensazione di cattivo odore, cattivo gusto e odore ripugnante durante e dopo il trattamento, un paziente ha avuto intorpidimento nella zona cervicale destra e temporale destra

e tre pazienti hanno avuto un breve attacco tonico-clonico durante il trattamento. In effetti, le elevate intensità di stimolazione utilizzate nella TMS profonda, possono sovrastimolare le regioni corticali e i nervi facciali portando a convulsioni epilettiche e altri effetti collaterali indesiderati". (46)

La TMS profonda come abbiamo detto anche in precedenza è effettuata nel caso in cui l'utente non abbia ricevuto giovamento da altre tipologie di trattamenti (farmacologico, comportamentale), però è importante sapere che se l'utente è sotto terapia con importanti dosi di antidepressivi è possibile che durante questo trattamento egli abbia delle crisi convulsive quindi è molto importante abbassare la dose durante la stimolazione magnetica profonda.

Cap 4. PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA POST TEC E TMS

4.1 Caratteristica utente post TEC e TMS

La persona dopo aver eseguito la Tec, prima di poter ritornare a casa, viene tenuta sotto osservazione per l'intera giornata. E' molto importante il compito dell'infermiere nel valutare i parametri vitali e neurologici (parametri vitali, eeg) in modo da poter determinare la presenza di possibili effetti collaterali dovuti per lo più all'anestesia generale eseguita in precedenza. Dopo il risveglio si potrà valutare anche lo stato cognitivo e mnemonico dell'assistito che a volte può essere alterato. Come detto in precedenza suddetti effetti sono per lo più transitori e scompaiono nell'arco di poche ore o al massimo giorni. Dopo la dimissione, l'assistito comunque deve sempre attenersi al piano terapeutico opportunamente prescritto dallo psichiatra che ha effettuato la Tec. E' molto importante che l'infermiere, tramite educazione sanitaria, renda partecipi attivamente tutte le persone più care e vicine all'utente in modo da poter creare una rete di dialogo e sostegno emotivo intorno a lui.

L'utente post Tms, data la sua pratica effettuata specialmente in day hospital e senza anestesia non comporta molte preoccupazioni dal punto di vista vitale e cognitivo. Anche in questo caso come già detto in precedenza nella Tec è molto

importante incentivare e attivare la rete familiare intorno all'utente in modo da poter mantenere e aumentare gli effetti benefici di suddetta terapia.

4.2 Processo di Nursing: Gordon e Modelli

Il Processo di Nursing è il metodo scientifico utilizzato dagli infermieri per la risoluzione dei problemi assistenziali della persona. Questo metodo, come ogni metodo basato sull'empirismo, consiste in una serie di fasi ed azioni pianificate volte ad individuare i problemi assistenziali della persona e/o della sua famiglia puntando alla loro risoluzione. Inoltre, oltre ad essere incentrato sulla persona e ai suoi problemi assistenziali: fornisce sicurezza alla persona assistita, aumenta la partecipazione della persona all'assistenza, ne promuove l'autonomia e la salute ed è anche utile per migliorare la qualità delle cure(47).

Il Processo di Nursing, come ogni metodo scientifico, è composto da varie fasi. Fondamentalmente sono suddivise in 2 momenti basilari:

1) Stima del problema grazie all'accertamento, alla raccolta dati, al colloquio, all'esame fisico e all'osservazione dell'assistito. Susseguentemente si otterranno le Definizioni dei problemi assistenziali e le relative Diagnosi Infermieristiche dopo aver analizzato e interpretato gli elementi. Questo punto è il più delicato del Processo di Nursing poiché in base alla diagnosi vengono previsti gli obiettivi e gli interventi da effettuare. "L'infermiere raccoglie i dati sullo stato di salute dell'assistito". (48)

2)Management:fase gestionale del processo in cui si individuano,tramite un'accurata e chiara descrizione, gli obiettivi e si pianificano gli interventi che successivamente si andranno ad attuare sulla persona o sulla comunità.(49)

Come è stato detto precedentemente la formulazione della Diagnosi Infermieristica è il punto più delicato della catena di fasi. Per questo motivo una Diagnosi presuppone un'analisi e un'interpretazione dei dati corretti. Una documentazione sbagliata può causare eventi avversi.(50)

Per organizzare i dati e poterli quindi interpretare correttamente l'infermiere è in grado avvalersi dei modelli di riferimento tra cui il modello dell'accertamento fisiologico sviluppato da Marjori Gordon.

La Gordon (Cleveland 10/11/1931- Massachusetts 29/04/2015), famosa teorica e professoressa infermieristica (51), nel 1985 stila il profilo funzionale del malato al momento del ricovero particolarmente completo e dettagliato in cui suggerisce che l'infermiere ponga i dati raccolti in 11 diverse aree modello e in seguito li analizzi per poi determinarne il modello funzionale o non funzionale.(52)

Molto importante è considerare che questi 11 modelli funzionali proposti dalla Gordon hanno carattere prettamente olistico cioè incentrati completamente all'unicità e alla complessità della singola persona. (51)

I modelli Funzionali specificati da Gordon includono:

- Percezione e gestione della salute: mira sulla percezione e visione della salute che la persona ha di sé.
- Nutrizionale e metabolico: si basa sulle abitudini alimentari e sul consumo di cibi e liquidi riguardo ai bisogni metabolici.
- Eliminazione: interessa le funzioni escretorie dell'intestino, vescica e pelle e si basa sulle funzioni e le abitudini dell'assistito.
- Attività ed esercizio fisico: descrive le abitudini circa l'attività sportiva ,tempo libero e pratiche ricreative.
- Riposo e sonno : riguarda i modelli di sonno e riposo tra cui anche le abitudini notturne.
- Cognitivo percettivo: analizza le funzioni cognitive come l'orientamento,la memoria,il linguaggio e le abilità sensoriali.
- Percezione di sé e concetto di sé: valuta la capacità dell'assistito sulla consapevolezza del suo essere e della sua immagine corporea.
- Ruoli e relazioni: si occupa del modo,dei ruoli e dei tipi di relazioni con gli altri.

- Sessualità e riproduzione: valuta l'espressione sessuale in base all'età, alla sua soddisfazione e allo stadio riproduttivo.
- Coping e tolleranza allo stress: questo modello si concentra sulla capacità dell'assistito di riuscire a sostenere e controllare le difficoltà stressogene nel corso della propria vita.
- Valori e convinzioni: processa le credenze, i valori e le convinzioni che accompagnano la persona nella vita. (53)

Tramite quest'organizzazione concettuale è possibile rilevare i modelli funzionali e disfunzionali dell'utente. (54)

Nella pratica clinica sono numerosi i modi di utilizzare questi modelli. Questo ha comportato lo sviluppo del linguaggio e della tassonomia infermieristica (NANDA) (55).

4.3 Bisogni d'assistenza e modelli alterati

L'infermiere di salute mentale a contatto con un utente affetto da disturbo depressivo maggiore post Tec/Tms deve essere emotivamente molto attivo quindi, oltre alla somministrazione corretta della terapia, deve anche soddisfare tutti i bisogni dell'assistito. In base alla raccolta di tutti i bisogni dell'assistito si potrà in seguito attuare un piano terapeutico infermieristico basato sul modello assistenziale di Gordon. I bisogni di un soggetto affetto da disturbo depressivo maggiore dopo la somministrazione della Tec/Tms sono correlati alle proprie caratteristiche;sono:

- Necessità di una migliore cura del sé;
- Coping efficace;
- Miglioramento della concezione della propria autostima;
- Migliore e ottimale gestione della propria casa;
- Assenza di rischio suicidario;
- Necessità di sonno adeguato;
- Nutrizione equilibrata;

- Efficace autogestione della salute;
- Favorire le interazioni sociali;
- Evitare uno stile di vita sedentario;
- Presenza di una vita sessuale attiva ed equilibrata;
- Corretta aderenza farmacologica;
- Senso d'impotenza;
- Disponibilità ad aumentare la speranza;
- Stato di memoria alterato;

Il piano terapeutico infermieristico assistenziale vede come punto di partenza la formulazione della diagnosi infermieristica per poi procedere alla fissazione degli obiettivi e concordare gli interventi relativi ai bisogni sopra elencati.

Modello di percezione e gestione della salute:

*Inefficace gestione del regime terapeutico (00078)** correlata a errata interpretazione delle informazioni/scarsa motivazione/presenza di timore verso i presunti effetti collaterali dei farmaci/sfiducia verso il regime*

** Diagnosi NANDA-I

terapeutico,manifestato con mancanza di miglioramenti e persistenza di sintomi della patologia.(24)

Risultato NOC = Conoscenza farmaci(1808)* livello di comprensione manifestato riguardo l'uso sicuro dei farmaci.

Interventi NIC = Insegnamento farmaci prescritti (5616)* (56)

Attività: Stabilire un rapporto di fiducia, determinare la motivazione ad apprendere specifiche informazioni (per esempio convinzioni riguardanti la salute,non adesione nel passato oppure esperienze negative di assistenza ed educazione sanitaria), insegnare alla persona a saper riconoscere le componenti del farmaco,educare la persona sull'azione e lo scopo di ciascun farmaco, educare la persona sui possibili effetti avversi di ciascun farmaco,educare la persona sui provvedimenti da prendere nel caso che compaiano effetti collaterali, informare la persona delle possibili interazioni tra alimenti e farmaci e sulle conseguenze di una mancata assunzione,dare alla persona informazioni scritte sull'azione e lo scopo dei farmaci prescritti, coinvolgere i familiari o altre persone significative se appropriato.* (57)

* Center for Nursing Classification and clinical Effectiveness

Inefficace mantenimento della salute (00099**) correlato a senso di impotenza/esperienze negative/sfiducia negli operatori sanitari /sostegno familiare insufficiente si manifesta con peggioramento dello stato di salute.
(24)

Risultato NOC = Stato nella cura di sé (0313)* capacità di svolgere in modo autonomo le attività di base per la cura personale e le IADL.

Interventi NIC = Assistenza nella cura di sé (1800)* (1805)*(56)

Attività: Insegnare ai genitori/familiari a incoraggiare l'indipendenza e a intervenire solo quando l'assistito non è in grado di effettuare un determinata attività, fissare una routine per le attività finalizzate alla cura di sé e tenere conto dell'età della persona, ripetere costantemente la routine legata alla salute in modo che possa diventare un'abitudine consolidata, incoraggiare la persona a effettuare le attività della vita quotidiana al proprio livello di capacità, fornire un ambiente familiare e terapeutico adatto al fine di assicurare un'esperienza calorosa rassicurante rilassata riservata e personalizzata, determinare se le capacità fisiche o cognitive sono stabili o in declino ed essere pronti ai cambiamenti nei due casi, lodare gli sforzi compiuti nel cercare di gestire la propria salute in autonomia. (57)

** Diagnosi NANDA-I

* Center for nursing Classification and Clinical Effectiveness

Modello di coping e tolleranza allo stress

*Coping inefficace (00069)** correlata a scarsa autostima/senso di impotenza/considerazione di sé negativa/mancanza di motivazione per reagire/scarsa capacità di problem solving e bassa resilienza alle frustrazioni si manifesta con peggioramento dello stato emotivo.(24)*

Risultato NOC = Coping efficace (1302)* azioni dirette a fronteggiare gli agenti stressanti che sollecitano in maniera rilevante l'attivazione delle risorse di un individuo.

Interventi NIC = Miglioramento del coping (5230)* (56)

Attività: Valutare l'impatto delle situazioni di vita della persona sui ruoli e le sue relazioni, incoraggiare la persona a identificare una descrizione realistica dei cambiamenti di ruolo, valutare e discutere di risposte alternative alla situazione, usare un approccio calmo e rassicurante, assicurare un'atmosfera di assistenza, aiutare la persona a fare una valutazione oggettiva degli eventi, incoraggiare un atteggiamento di speranza realistica come modo di affrontare il senso di impotenza, far fronte ai sentimenti ambivalenti della persona, incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti percezioni e paure, incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse capacità, educare la

** Diagnosi NANDA-I

* Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

persona sull'uso delle tecniche di rilassamento, aiutare la persona a chiarire concetti sbagliati. (57)

Rischio di suicidio (00150)** correlato a mancanza di speranza/sistemi di sostegno insufficienti/abuso di sostanze/lutto.(24)

Risultati NOC = Autocontrollo dell'ideazione suicidaria (1408)* capacità di astenersi da gesti tentativi di suicidio.

Interventi NIC = Prevenzione del suicidio (6340)* Sorveglianza (6650)*

Sostegno emozionale (5270)* (56)

Attività: Determinare il rischio suicidario, considerare il ricovero della persona che è a serio rischio suicidio, somministrare farmaci per ridurre l'ansia e l'agitazione se necessario, proteggere la qualità della vita e sostenere gli argomenti correlati al controllo del dolore, interagire con la persona a intervalli regolari per fornire assistenza e apertura e per darle un'opportunità di parlare dei suoi sentimenti, incoraggiare la persona perché si sforzi di cercare il personale d'assistenza per parlare della sua necessità di infliggersi ferite, discutere piani di comportamento in occasioni di future idee suicidarie, considerare strategie per ridurre l'isolamento e le occasioni di rimuginare su pensieri suicidari, spiegare le precauzioni da adottare per evitare le ideazioni suicidarie, favorire il sostegno

** Diagnosi NANDA-I

* Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

alla persona da parte di familiari e amici, migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale, abbracciare o toccare la spalla della persona per esprimergli sostegno, discutere delle possibili conseguenze nel non affrontare il rimorso e la vergogna, incoraggiare la persona a parlare o piangere come mezzo per diminuire la risposta emozionale, assicurare il proprio sostegno in fasi di elaborazione del lutto quali la negazione, la collera, il patteggiamento e l'accettazione, aiutare la persona a prendere decisioni. (57)

Modello di percezione di sé concetto di sé

*Autostima cronicamente scarsa (00119)** correlata a perdita di più funzioni organiche/deturpazione corporea/insuccesso personale/disoccupazione/senso di abbandono/invecchiamento/perdite di persone importanti/liti coniugali si manifesta con una valutazione negativa di sé e delle proprie capacità.(24)*

Risultati NOC = Autostima(1205)* giudizio personale di considerazione e di autostima aumentati.

Interventi NIC = Miglioramento dell'autostima(5400)* Potenziamento della consapevolezza di sé (5390)*(56)

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

Attività: Monitorare le affermazioni della persona riguardo al proprio valore, determinare la fiducia della persona nel proprio giudizio, incoraggiare la persona a identificare i propri punti di forza, incoraggiare la persona a parlare di sé e a verbalizzare affermazioni positive su un proprio diario, evitare le critiche negative, aiutare la persona a fissare obiettivi realistici, indagare sulle ragioni dell'autocritica e sui sensi di colpa, esortare la persona ad accettare nuove sfide, fare affermazioni positive sull'assistito, monitorare il livello di autostima se migliorato nel tempo, aiutare l'assistito ad accettare la dipendenza da altri se necessario, condividere le osservazioni o i pensieri relativi al comportamento o alle risposte della persona, facilitare i normali livelli di risposta in base alle situazioni in cui ci si trova, aiutare la persona ad identificare le priorità nella vita, esprimere a parole se la persona sta negando la realtà, aiutare la persona a identificare le situazioni che suscitano ansia, aiutare la persona a identificare fonti di motivazione, aiutare i suoi familiari a identificare le ragioni che possono portare a un miglioramento. (57)

Mancanza di speranza (00124)** correlata a rassegnazione/scarsa motivazione/compromessa capacità di affrontare le situazioni/abbandono e separazione da persone significative/incapacità di realizzare gli obiettivi considerati importanti/deterioramento delle condizioni fisiche.(24)

** Diagnosi NANDA-I

Risultato NOC = Speranza (1201)* condizione interiore di ottimismo ,ossia di soddisfazione personale e sostegno vitale.

Interventi NIC = Ispirare speranza (5310)* (56)

Attività: Informare la persona per aiutarla a capire se la situazione attuale è temporanea o meno, dimostrare speranza riconoscendo il valore intrinseco della persona considerando la malattia come parte di esso, evitare di mascherare la realtà, facilitare il rivivere e l'assaporare risultati ed esperienze passate piacevoli, dare alla persona e ai suoi familiari possibilità di coinvolgimento in gruppi di sostegno, sviluppare un piano di assistenza che implichi un certo grado di conseguimento degli obiettivi, aiutare ad ampliare il sé spirituale della persona, ampliare il repertorio di meccanismi di coping di cui dispone l'assistito.
(57)

Modello cognitivo e percettivo

*Compromissione della memoria (00131)** correlato ad amnesie secondarie a trattamento Tec si manifesta con incapacità di ricordare avvenimenti passati.(24)*

Risultato NOC = Funzione cognitiva (0900)* abilità di operare processi mentali complessi.

* Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

** Diagnosi NANDA-I

Interventi NIC = Stimolazione cognitiva (4720)*(56)

Attività: Consultarsi con i familiari per stabilire la base cognitiva prima del trattamento, informare l'assistito di eventi recenti che non costituiscono una minaccia, fornire un calendario, stimolare la memoria, orientare nel tempo nello spazio e in rapporto alle persone, incoraggiare l'utilizzo del programma di stimolazione multipla per promuovere e proteggere la capacità cognitiva, collocare fotografie e oggetti familiari nell'ambiente dell'assistito, dare indicazioni verbali e scritte, parlare all'assistito, fare uso della radio/della televisione o della musica come programma della stimolazione sensoriale.(57)

Modello di riposo e sonno

*Disturbato modello del sonno (00198)** correlato a ipersonnia/insonnia secondaria a depressione.(24)*

Risultati NOC = Sonno (0004)* periodica sospensione dello stato di coscienza in cui il corpo recupera le proprie energie.

Interventi NIC = Miglioramento del sonno (1850)*(56)

Attività: Determinare il modello di sonno/attività della persona, determinare gli effetti dei farmaci assunti dalla persona sul modello del sonno, introdurre particolari accortezze sull'ambiente che circonda il letto dell'assistito, incoraggiare l'assistito a stabilire delle attività routinarie all'ora di coricarsi per

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

incentivare il passaggio dalla veglia al sonno, aiutare la persona a eliminare le situazioni di stress prima di coricarsi, insegnare all'assistito delle tecniche di rilassamento muscolare autogeno o ad adottare altre forme non farmacologiche di induzione del sonno, regolare gli stimoli ambientali per mantenere un normale ciclo giorno/notte, discutere con l'assistito e i suoi familiari delle tecniche per favorire il sonno.(57)

Modello nutrizionale e metabolico

*Nutrizione squilibrata (00002)** superiore/inferiore al fabbisogno correlata ad aumento/diminuzione dell'appetito secondaria a depressione.(24)*

Risultato NOC = Appetito (1014)* desiderio ad alimentarsi correttamente.

Interventi NIC = Gestione della nutrizione (1100)*Monitoraggio nutrizionale (1160).(56)

Attività: Rilevare le preferenze alimentari della persona,determinare lo stato nutrizionale dell'assistito e la capacità di soddisfare le esigenze nutrizionale, educare la persona sui bisogni nutrizionali, garantire un ambiente ottimale per la consumazione dei pasti, garantire che il cibo sia servito in modo ottimale, offrire spuntini se appropriato, determinare il numero di calorie e il tipo di nutrienti necessari per soddisfare il fabbisogno nutrizionale, fornire presenza se

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

appropriato, monitorare la tendenza al calo o all'aumento ponderale, monitorare lo stato mentale e il peso corporeo.(57)

Modello di attività ed esercizio fisico

*Deficit nella cura del sé correlata (00108)(00109)** a deficit*

cognitivi/confusione mentale/scarsa motivazione secondaria a depressione si manifesta con incapacità di lavarsi/vestirsi adeguatamente/assumere farmaci/gestire la propria abitazione(24)

Risultati NOC = Capacità di svolgere in modo autonomo e adeguato le attività di base per la propria cura personale (0313)*.

Interventi NIC = Assistenza nella cura del sé (1800)* Assistenza nella cura di sé: bagno (1801)* Assistenza nella cura di sé: vestirsi cura dell'aspetto (1802)*.(56)

Attività: Considerare l'età dell'assistito, fornire gli oggetti necessari per la cura personale(bagnoschiuma,spazzolino ecc.), assicurare assistenza alla persona finché non è in grado di farlo da sola, incoraggiare la persona ad effettuare le attività in maniera autonoma, fornire un ambiente caldo ed accogliente, aiutare se necessario, adottare tecniche per migliorare le funzioni cognitive, verificare che l'illuminazione in casa sia adeguata, instaurare nella persona una routine quotidiana per cucinare/fare le pulizie/igiene personale, verificare che la persona

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

sia in grado di aprire correttamente le confezioni dei farmaci, segnalare la persona a parenti o membri della comunità, monitorare costantemente il grado di pulizia e igiene personale, mantenere le abitudini e le consuetudini giuste di igiene personale.(57)

Stile di vita sedentario (00168)** correlato a mancanza di motivazione secondario a depressione si manifesta con riluttanza a muoversi.(24)

Risultati NOC = Capacità di muoversi in modo volontario e autonomo nel proprio ambiente (0208).

Interventi NIC = Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221) *

Promozione dell'attività fisica (0200)*.(56)

Attività: Fare indossare alla persona abiti che non stringano, esortare la persona ad alzarsi e camminare, aiutare la persona nei trasferimenti se necessario, assistere la persona nell'uso di calzature comode e adeguate, incoraggiare la persona ad alzarsi quando lo desidera, determinare il livello di motivazione nella deambulazione/attività fisica, incoraggiare la persona ad iniziare un programma di attività fisica, aiutare la persona a sviluppare una routine per l'attività fisica, monitorare l'adesione della persona al programma di attività fisica, fornire dei riscontri positivi che sollecitino a continuare l'attività fisica.(57)

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

Modello di ruoli e relazioni

*Lutto complicato (00135)** correlato a perdita di una persona cara si manifesta con tristezza/senso di colpa/pianto/rabbia/disperazione/ansia/sensazione che niente abbia valore(sfociante nella depressione maggiore).(24)*

Risultati NOC = Elaborazione del lutto con azioni personali che aiutino a rielaborare pensieri sentimenti e comportamenti connessi a un lutto avvenuto o imminente(1304)*.

Interventi NIC = Facilitazione dell'elaborazione del lutto (5290)* Ascolto attivo (4920)* Sostegno emozionale (5270)* Ispirare speranza (5310)*(56)

Attività: Assistere la persona a identificare la natura della perdita, assistere la persona identificare la reazione iniziale alla perdita, ascoltare la persona che esprime il proprio dolore, fare affermazioni piene di empatia riguardo al dolore della persona, sostenere la persona durante tutte le fasi del processo di lutto, coinvolgere altre persone significative nelle decisioni e nelle discussioni se appropriato, rinforzare i progressi nel processo di luto, discutere delle possibili conseguenze del non affrontare il rimorso o la vergogna, incoraggiare l'espressione dei sentimenti, dare indicazioni per il counseling, aiutare la persona nel prendere decisioni, assicurare il sostegno personale e familiare nelle

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

fasi di elaborazione del lutto (negazione, collera, patteggiamento, accettazione) dell'assistito.(57)

Interazioni sociali compromesse (00052)** correlata ad alienazione dagli altri secondaria a tendenze a lamentarsi continuamente/ansia grave/tendenza a rimuginare/depressione si manifesta disagio in situazioni sociali.(24)

Risultato NOC = Coinvolgimento sociale interazioni sociali di un individuo con persone gruppi ,organizzazioni(1503)* .

Interventi NIC = Miglioramento della socializzazione (5100)* Sostegno nella modifica del comportamento: abilità sociali Potenziamento dei sistemi di sostegno (5440)* (56).

Attività: Incoraggiare a un maggior coinvolgimento nei rapporti già instaurati, incoraggiare la pazienza nello sviluppo dei rapporti, incoraggiare il rispetto per i diritti delle altre persone, incoraggiare la partecipazione di gruppo, aiutare l'assistito ad accrescere la consapevolezza dei punti di forza e dei limiti nella comunicazione con gli altri, incoraggiare l'assistito a cambiare ambiente uscendo per una passeggiata o per andare al cinema, monitorare la reale situazione della famiglia e della rete di sostegno, erogare i servizi in modo premuroso e solidale, coinvolgere altre persone e spiegare come possono essere

** Diagnosi NANDA-I

*Center for Nursing classification and Clinical Effectiveness

d'aiuto, incoraggiare la persona a intraprendere relazioni con gente che abbia
stessi interessi e obiettivi.(57)

Cap 5. DISCUSSIONE

Dalle diagnosi infermieristiche attentamente valutate si evince che i principali problemi della persona post trattamento TMS/TEC sono: gestione della propria salute, percezione del sé, sonno e riposo, modello nutrizionale, metabolico, relazionale e cognitivo.

Un ruolo molto importante sulla gestione di tutti i bisogni di questa tipologia di assistiti può essere svolto dagli infermieri. Una figura chiave può essere l'infermiere di famiglia, che attualmente non è ancora molto sviluppata nel mondo della salute mentale ma che potrebbe rappresentare una risorsa importantissima. *“L'infermiere di famiglia è un professionista sanitario che progetta,attua,valuta interventi di promozione,prevenzione,educazione e formazione. E' colui che si occupa dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività;sostiene interventi di ricerca,indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare promuovendo azioni educative e preventive oltre che curative.”*

L'infermiere nell'ambito della salute mentale è la persona che è a più stretto contatto con l'utente divenendo quindi una figura di riferimento accompagnandolo durante tutto il suo percorso di cura fissando gli obiettivi da raggiungere tramite l'attuazione degli interventi programmati. Il suo ruolo è di supportare le famiglie, le comunità e i singoli individui affetti da patologie o disabilità croniche, lavorando anche nelle loro case monitorando e valutando

costantemente gli interventi che ha deciso di attuare per migliorare lo stato di salute mentale; infine agirà da tramite tra la famiglia, il medico di base e il CSM territoriale.

Nel documento di SALUTE21 (documento di politica sanitaria della regione europea dell'OMS in cui è introdotto l'infermiere di famiglia) nell'obiettivo numero sei si parla proprio del miglioramento della salute mentale che rende i servizi e l'assistenza più accessibili e completi entro il 2020. Purtroppo nell'attuale realtà italiana il senso di diffidenza verso l'autonomia di pensiero e di competenze che ha raggiunto questa figura assistenziale non permettono lo sviluppo di tutte le sue potenzialità.(58)

Un altro modo che può essere usato per “prendersi cura” dei soggetti affetti da depressione è l'Open Dialogue ossia un dialogo aperto che coinvolge i familiari e unifica i professionisti in collaborazione. Questa pratica nacque a metà anni 80 in Finlandia ma gradualmente sta prendendo sempre più piede anche in Italia. Il dialogo aperto richiede che tutti i presenti siano attenti all'ascolto e in grado di adattarsi ai flussi del dialogo. Lo scambio di idee tra tutti i partecipanti è molto importante poiché aiuta la persona a trovare le parole per esprimere la sua angoscia altrimenti incarnata nella classica sintomatologia depressiva. L'open dialogue si basa su 12 elementi chiave: due o più terapeuti nella riunione di equipe, partecipazione di familiari e rete sociale, usare

domande a risposta aperta, rispondere alle cose dette dal cliente, enfatizzare il momento, sollecitare punti di vista molteplici, uso di un focus relazionale nel dialogo, rispondere ai problemi dialogici e comportamentali con uno stile concreto e attento ai significati, enfatizzare le parole usate dal cliente e le sue storie (non i sintomi), conversazione tra professionisti (riflessioni) nelle riunioni di cura, essere trasparenti, tollerare l'incertezza.(59)

Cap. 6 Conclusione

1-E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo:

“L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2- L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3-L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche; e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4-L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5-La formazione infermieristica post base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree: a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica; b) pediatria: infermiere pediatrico; c) salute mentale: infermiere psichiatrico; d) geriatria: infermiere geriatrico; e) area critica: infermiere di area critica.[...](60)

Concludo dicendo che il ruolo dell'infermiere è sempre più importante per gestire al meglio i casi di depressione, in particolar modo dopo la Tec/Tms, e nella gestione del rapporto tra l'utente affetto e la sua famiglia, assumendo maggiore rilievo come mediatore delle esigenze del soggetto affetto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) (EN) *Churchill's Black Dog?: The History of the 'Black Dog' as a Metaphor for Depression (PDF)*, su *Black Dog Institute website*, Black Dog Institute, 2005.
- (2) American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*. Ed. italiana a cura di Massimo Biondi, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014 .
- (3) Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. *Adult Depression in Primary Care*. Updated September 2013.
- (4) British Columbia, Ministry of Health. *Major Depressive Disorder in Adults: Diagnosis & Management*. December 15, 2013. Online all'URL:<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/depression-in-adults?keyword=depressive#six> (ultima consultazione 10/ 2019).
- (5) <http://www.fammedref.org/mnemonic/major-depressive-disorder-diagnostic-criteria-sigme-caps>
- (6) Ministero della Salute, *temi e professioni, Salute Mentale*. Online all'URL:

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=164&area=Disturbi_psichici (ultima consultazione 10/2019).

- (7) W.H.O. Depression. A Global Crisis. World Mental Health Day. October 10, 2012. Online all'URL:

https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?fbclid=IwAR1ggbmqIBXscX9I24OKjeQYj0ksMXFLMkaMqS8Wkwb9vu7V8wlZD7npyrI (ultima consultazione 15 ottobre 2019)

- (8) Hidaka B. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 140(3):205-214.

- (9) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. October 2009. Online

all'URL: [https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-](https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#care-of-all-people-with-depression)

[Guidance#care-of-all-people-with-depression](https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#care-of-all-people-with-depression) ultima consultazione (10/2019).

- (10) University of Michigan Health System (UMHS).

Depression. August 2011. Online all'URL:

<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/depress/depressi>

on.pdf(ultima consultazione 10/2019).

- (11) Jacob V, Chattopadhyay S, Sipe T, Thota A, Byard G, Chapman D. Economics of Collaborative Care for Management of Depressive Disorders. *American Journal of Preventive Medicine*.2012;42(5):539-549.
- (12) Ministero della Salute, temi e professioni, Salute Mentale. Online all'URL:
<http://www.salute.gov.it/portale/salute/p15.jsp?linguaitaliano&id164&areaDisturbipsichici> (ultima consultazione 09/2019).
- (13) Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*.2005;36(01):7-14.
- (14) Ruffilli G. “I disturbi depressivi sul territorio: CSM e MMG, un’esperienza di dialogo nella gestione di una patologia condivisa”, tesi di diploma della Scuola di Formazione Specifica in MG della Regione del Veneto (2012)
- (15) Wagner B, Horn A, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive- behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective*

Disorders.2014;152-154:113-121.

- (16) Peplau H.E. Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Una struttura concettuale di riferimento per un infermieristica psicodinamica. Summa, PD, 1994;
- (17) Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013
- (18) Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013.
- (19) Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013.
- (20) Tarricone R, Fattore G, Gerzeli S, et al. Pharmaco Economics 17: 167-174, 2000
- (21) Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013.
- (22) New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. July 2008.

Online all'URL:

http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/depression_guideline.pdf

- (23) New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. July 2008.

Online all'URL:

http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/depression_guideline.pdf

- (24) Lynda Juall Capernito, RN, MSN, CRNP, *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche 6ª edizione*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2014.

- (25) Paolo Panchieri, *Elettroshock-Universo del corpo*, 1999,
[http://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock_\(Universo-del-Corpo\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock_(Universo-del-Corpo)/) (visitato il 20 ottobre 2019)

- (26) Joel Braslow, *mental ills and bodily cures in the first half of the twentieth century* Berkeley, University of California press, 1997

- (27) The UK ECT Review Group, *Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis*, in *Lancet*, vol. 361, 2003, pp. 799-808.

- (28) Disponibile al sito: <https://www.mentalhelp.net/treatments->

- interventions/electroconvulsive-therapy/ (visitato il 23 ottobre 2019)
- (29) Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, Ufficio VI. La terapia elettroconvulsivante (TEC). Circolare del 15 febbraio 1999.
- (30) Potter et al., 1991; Depression Guideline Panel, 1993
<https://www.mentalhelp.net/treatments-interventions/electroconvulsive-therapy/> visitato il (25 ottobre 2019)
- (31) Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis, The Lancet, Volume 361, Issue 9360, 799 – 808
- (32) Rudorfer, M.V. & Potter, W.Z. CNS Drugs (1997) 7: 273.
- (33) Linee guida dell'Emilia e Romagna per la corretta applicazione della terapia elettro-convulsiva (approvate con delibera G.R. 405/98)
- (34) A. Conca¹, R. Pycha², G. Giupponi³, G. Sani⁴, A. Koukopoulos⁴. Terapia elettroconvulsivante. Razionale per lo sviluppo di future linee guida da parte dell'Associazione Italiana per la Terapia Elettroconvulsivante (AITEC)

- (35) Dott. Matteo Pacini, medico chirurgo specialista in psichiatria,
disponibile al sito:
<http://www.psichiatriaedipendenze.it/trattamenti/terapia-elettroconvulsivante-tec/> (visitato il 30 ottobre 2019)
- (36) Lisamby SH, Maddox JH, Prudic J, Devanand DP. The effects of elettroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. Arch Gen Psychiatry 2000;57:581-90.
- (37) Coleman EA, Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP. Subjective memory complaints before and after elettroconvulsive therapy. Biol Psychiatry 1996;39:436-56.
- (38) Abrams R. Elettroconvulsive therapy. 3rd Ed. New York: Oxford university press 1997.
- (39) Lisamby SH, Maddox JH, Prudic J, Devanand DP, Sackeim HA. The effects of elettroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 581-90.
- (40) Fregni, 2007 Technology insight :non invasive brain stimulation in neurology-perspective on the therapeutic potential of rTMS. Nat Clin Pract Neurol, 3: pag 383-93
- (41) Serpelloni, Bricolo, 2008, Elementi di neuroscienze e dipendenze, 89-92, tipolitografia la grafica

- (42) MN Melkerson, *Special Premarket 510(k) Notification for NeuroStar® TMS Therapy System for Major Depressive Disorder (PDF)*, Food and Drug Administration, 16 dicembre 2008.
- (43) Francesco A. Bricolo, Elisa Bellamoli La stimolazione magnetica transcranica cenni storici e funzionamento pag 216.
- (44) Riflessioni del dr Luigi Morticelli psichiatra/psicoterapeuta disponibile al sito: <http://mentelegra.blogspot.com/2010/05/stimolazione-magnetica-transcranica.html> (visitato il 1 novembre 2019)
- (45) Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva per la depressione, 12/2015, NICE, disponibile al sito: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg542/chapter/3-The-procedure> (visitato il 1 novembre 2019)
- (46) Marcolin, M.A. and Padberg, F. Transcranial Brain stimulation for treatment in mental disorders. *Adv Biol Psychiatr Basel Karger*. 2007; 23: 2014 – 225 .
- (47) Giacomo Sebastiano Canova , stato di salute del paziente, 03/04/2018, Disponibile al sito : Nurse 24.it, <https://www.nurse24.it/studenti/risorse-studenti/accertamento-infermieristico-verifica-salute-paziente.html> (visitato il 20 ottobre 2019)

- (48) “L’infermiere raccoglie i dati sullo stato di salute del paziente”
Standard of clinical nursing practice 1988, ana biblio.
- (49) Lusignani M, Mangiacavalli B, Casati M (2001) *Infermieristica generale e organizzazione della professione. Deontologia infermieristica Legislazione professionale Competenze specialistiche*. Ed. Masson, Milano.
- (50) Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, CTRC (2004) *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*. Ministero della Salute, Roma
- (51) Gordon M (1985) *Nursing diagnosis*. Annual Review of Nursing Research, 3, 127-146
- (52) M. Gordon, *Nursing Diagnosis. Process and Application*, St. Louis, Mosby, 1994, terza ed., pp. 69-70.
- (53) M. Gordon, *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSES, 1992
- (54) Wilkinson JM (2004) *Processo infermieristico e pensiero critico*. Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- (55) Addio L, Calamandrei C (2009) *Modelli funzionali della salute di Marjory Gordon: un’esperienza applicative nella formazione infermieristica di base*. Nursing Oggi, 4.

- (56) Marion J., Sue M., Gloria B., Howard B., Meridean M., Elizabeth S.,
Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC sostenere il ragionamento logico e la qualità dell'assistenza, seconda edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2014.
- (57) Gloria M. B., Howard K. B., Joanne M. D., Cheryl M. W.,
Classificazione NIC degli interventi infermieristici, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
- (58) Disponibile al sito:
http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_009_infermieri_di_famiglia.pdf (data ultima consultazione 12/11/2019)
- (59) Disponibile al sito:
<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitistives/opendialogue/> (ultima consultazione 10/11/2019)
- (60) Disponibile al sito:
<http://www.ipasvigorizia.it/numeroRiferimento.php?action=3> (visitato il 12/11/2019)