



## **Qualità di vita e disturbo ansioso-depressivo dopo trapianto cardiaco. Valutazione di due coorti di pazienti a breve e lunga distanza dall'intervento**

Cristina Grazia Catania<sup>1</sup>, Lucia Petrucci<sup>2</sup>, Valentina Martinelli<sup>3</sup>, Pierluigi Politi<sup>3</sup>,  
Carlo Pellegrini<sup>4</sup>, Catherine Klersy<sup>5</sup>, Daniele Berwick<sup>4</sup>, Serena Monteleone<sup>2</sup>,  
e Gruppo di Lavoro sulla Qualità di Vita dopo Trapianto Cardiaco<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia,

<sup>2</sup>Servizio di Medicina Fisica e Riabilitativa, <sup>3</sup>Attività di Psicologia Medica,

<sup>4</sup>Divisione di Cardiocirurgia, <sup>5</sup>Servizio di Biometrica e Statistica, e <sup>6</sup>Divisione di Cardiologia,  
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

---

### ***Qualità di vita e disturbo ansioso-depressivo dopo trapianto cardiaco. Valutazione di due coorti di pazienti a breve e lunga distanza dall'intervento***

Il trapianto cardiaco è un intervento dagli importanti risvolti psicologici. Oggi, l'attenzione nel post-operatorio, non è più soltanto sulla sopravvivenza e va oltre i tradizionali risultati clinici di morbidità e mortalità, includendo stato fisico, stato psicologico e interazioni sociali. I disturbi ansiosi e depressivi sono le complicanze psichiatriche di più frequente riscontro in questi pazienti. La letteratura dimostra che questi sono correlati alla qualità di vita e alla capacità funzionale, e che le variabili psicosociali sono indicatori critici dell'utilità del trapianto cardiaco e fattori predittivi di morbidità e mortalità del periodo post-operatorio. Vengono qui presentati i dati preliminari relativi ad uno studio trasversale di due coorti di pazienti, rispettivamente trapiantati da un periodo inferiore a 2 anni e superiore a 10 anni.

### ***Quality of life and mixed anxiety-depressive disorder in heart-transplanted patients comparing two groups with short and long follow-up after operation***

Heart transplantation causes important psychological implications. Today the attention is not only focused on the post-operative survival and goes beyond traditional clinical outcomes of morbidity and mortality, including physical, psychological state and social interactions. Anxiety and depressive disorders are psychiatric complications most frequently present in these patients. The literature shows that depressive symptoms and anxiety are correlated to the quality of life and functional capacity, and that psychosocial variables are critical indicators of the usefulness of heart transplantation and predictors of morbidity and mortality of post-operative period. Here are presented preliminary data related to a cross-sectional study of two groups of patients, respectively transplanted from a period of less than 2 years and more than 10 years.

---

## **Introduzione**

Il trapianto è un intervento dagli importanti risvolti psicologici, soprattutto il trapianto di organi maggiori. Quanto più l'organo è investito di un significato simbolico, tante più fantasie psicologicamente rilevanti esso porta con sé, con ricadute sulla prognosi. Infatti, per quanto riguarda il cuore, sin dall'antichità «il battito che da esso proviene, che ciascuno può percepire, segna l'inizio e la fine della vita, ne ha fatto il centro vitale dell'essere umano, ancora prima che al cuore venisse riconosciuto il ruolo di assicurare la circolazione del sangue» [1].

### ***Aspetti generali del trapianto cardiaco***

#### ***Epidemiologia, valutazione e selezione dei candidati al trapianto***

In Italia, dal 2009 al 2011, sono stati eseguiti 3021 trapianti di cuore in adulto. Di tutti i pazienti in lista d'attesa, quelli per trapianto di cuore sono il 7.8%. Il tempo medio in lista è di 2.5 anni, con una mortalità dell'8.22%. (Sistema informativo trapianti - Ministero della Salute, 2011). Per poter inserire un paziente in lista d'attesa occorre che venga eseguita un'accurata valutazione con l'obiettivo di dimostrare l'esistenza di una cardiopatia terminale, con scadente qualità di vita, refrattaria alla terapia medica massimale e non trattabile mediante un approccio interventistico o cardiocirurgico conservativo. La cardiomiopatia ischemica e la cardiomiopatia dilatativa costituiscono, attualmente, le più comuni indicazioni al trapianto. Il protocollo di inserimento in lista d'attesa prevede anche una valutazione psichiatrica: questa mira in prima istanza ad una valutazione complessiva delle condizioni dei candidati, in modo da escludere l'esistenza di organizzazioni psichiche potenzialmente patologiche o di esplicite condizioni di interesse psichiatrico o psicosociale che potrebbero pregiudicare la collaborazione del paziente alle complesse e impegnative procedure post operatorie [2].

Esiste tuttavia una relativa carenza di linee guida condivise per lo screening psicosociale e comportamentale pre-trapianto. Generalmente, vengono considerate controindicazioni assolute al trapianto: attuale dipendenza/abuso di droghe e alcol, schizofrenia in fase attiva, storia di numerosi tentativi di suicidio, attuale idea suicida e demenze [3].

#### ***Periodo di attesa***

Diversi studi hanno evidenziato che pazienti in lista d'attesa devono far fronte soprattutto a sentimenti di abbandono, depressione, perdita di speranza, ansia e riduzione dell'autostima [1-2]. Spesso questo periodo viene vissuto con ambivalenza: «la prima comunicazione medica della necessità del trapianto, o la prima fantasia relativa a tale possibilità, suscita inquietanti angosce di morte, che fanno oscillare il paziente tra sentimenti di disperazione e speranza, attivando spesso il diniego del pericolo reale» [4]. I pazienti riferiscono sentimenti di sollievo quando vanno incontro al trapianto. La possibilità dell'intervento, investito di intensa speranza, attenua i sentimenti negativi di questo periodo [5].

#### ***Periodo perioperatorio e primo anno successivo al trapianto***

Nella fase immediatamente successiva all'intervento in alcuni pazienti si ha quella che alcuni autori definiscono luna di miele: una sensazione transitoria di rinascita che può assumere le caratteristiche di uno stato di ipomaniacalità reattiva alla condizione di grave angoscia provata prima dell'intervento [2, 6].

A distanza di un anno dal trapianto i dati rivelano un aumento significativo delle funzioni fisiche. In particolare l'83% dei sopravvissuti non ha alcuna limitazione funzionale, mentre il 10% dei pazienti afferma di aver bisogno di assistenza nelle attività quotidiane.

Per quanto riguarda le patologie psicotiche come schizofrenia, mania e depressione psicotica, si manifestano solo in quei pazienti che sviluppano tali patologie già prima del trapianto, a differenza dei disturbi depressivi e d'ansia. La diagnosi di disturbi ansiosi e depressivi è più frequente durante il primo anno dopo il trapianto rispetto agli anni successivi, ed è più frequente rispetto al resto della popolazione e rispetto a un campione di soggetti affetti da altre patologie croniche. Il disturbo post-traumatico da stress correlato al trapianto, sebbene meno comune, è stato osservato nel 15% dei pazienti [7]. Esiste anche una ricca letteratura in grado di documentare vari gradi di sintomi psicologici. I pazienti manifestano angoscia e sintomi subclinici naspecifici che generalmente riflettono sintomi ansiosi, depressivi e somatici. Il grado di questi disturbi è elevato prima dell'intervento e si riduce subito dopo [8].

#### Periodo a lungo termine

Sebbene i pazienti mantengano uno stile di vita moderatamente attivo per 9 anni dopo il trapianto, il miglioramento nelle capacità di esercizio non porta a raggiungere i normali valori riportati da soggetti sani della stessa età.

A 3-5 anni dal trapianto i pazienti riportano un'accettabile funzionalità fisica. In particolare, il 96% dei riceventi afferma che lo stato di salute è migliore rispetto al periodo precedente il trapianto, riportando nessuna o poche limitazioni nelle attività quotidiane.

Ad una media di 6 anni dal trapianto, invece, i pazienti riferiscono una iniziale riduzione delle capacità fisiche. Col passare del tempo, i pazienti trapiantati vanno incontro a ospedalizzazione per complicanze tardive come rigetto, infezione, ipertensione e diabete mellito, con maggior frequenza rispetto alla popolazione normale. Queste complicanze sono le cause più frequenti di morte [9].

#### **Outcome psicosociali nel trapianto cardiaco**

Nel 2006 il Psychosocial Outcomes Workgroup of the Nursing and Social Sciences Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation ha studiato la letteratura in questo campo identificando 5 grandi gruppi di outcome psicosociali di interesse in pazienti che hanno subito trapianto di cuore: funzionamento fisico, funzionamento psicologico, funzionamento comportamentale, funzionamento sociale e qualità di vita. Le conclusioni del 2006 rimangono valide ancora nel 2012, così come la necessità di studi prospettici per identificare fattori di rischio psicosociali, per valutare la qualità di vita e puntare a migliorare questi risultati [10].

#### Funzionamento fisico

Sia misure oggettive sia misure soggettive hanno rivelato un miglioramento del funzionamento fisico dopo il trapianto. Ma i pazienti continuano a riportare una disfunzione significativa in alcune aree come l'attività sessuale. Descrivono frequentemente nuovi sintomi che causano sofferenza post-trapianto, dovuti primariamente agli effetti collaterali dei farmaci immunosoppressori [9].

#### Funzionamento psicologico

I disturbi dell'umore e d'ansia, come i sintomi psicologici subclinici, sono comuni nel primo anno dopo il trapianto e si riducono l'anno successivo per poi aumentare negli ultimi 5 anni dopo il trapianto. Uno studio che ha indagato l'associazione tra outcome psicosociali, morbilità e mortalità, ha evidenziato che:

- Sintomi depressivi cronici portano a un maggior rischio di rigetto cronico, che a sua volta porta ad un aumento del rischio di mortalità. Lo stesso vale per pazienti che hanno subito un disturbo post-traumatico da stress.
- Un basso stato psicosociale dopo il trapianto corrisponde generalmente a una bassa compliance, e quindi tale stato contribuisce indirettamente alla morbilità e mortalità.

- Gli stessi outcome dopo trapianto possono essere predetti dalla storia psicologica del paziente prima del trapianto [10].

#### Funzionamento comportamentale

La letteratura riporta ampi tassi di non aderenza al regime terapeutico; essi rimangono stabili per almeno 3 mesi e col tempo tendono ad aumentare. Sono inoltre fattori in grado di predire gli outcome clinici [11].

#### Funzionamento sociale

La maggior parte dei pazienti dopo trapianto cardiaco riporta percezioni positive delle relazioni interpersonali, del ruolo sociale e delle attività nel tempo libero. I tassi di lavoro sono molto variabili nei vari studi, andando dal 12 al 74% [10, 12].

#### **Qualità di vita**

Tra i 5 domini psicosociali, quello relativo alla qualità di vita (QoL) è sicuramente il più importante. Negli ultimi anni un numero crescente di studi si sta focalizzando sui determinanti della QoL nelle diverse fasi del trapianto cardiaco. Nel vocabolario medico, infatti, è diventato sempre più frequente l'utilizzo dell'espressione qualità di vita per definire, in modo non sempre uniforme, una serie di aspetti che vanno al di là della tradizionale valutazione clinica e oggettiva dell'intervento medico. Secondo la World Health Organization (WHO), la qualità di vita è la «percezione che gli individui hanno della loro vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard di riferimento e interessi».

I pazienti sottoposti a trapianto cardiaco riportano un'elevata qualità di vita, risultando aumentata rispetto al periodo precedente il trapianto. Lo stesso vale nel lungo termine, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti sociali, familiari ed emotivi della loro vita e meno per quanto riguarda la salute e il funzionamento fisico [13]. A questo proposito, l'insorgenza di disturbi ansioso-depressivi potrebbe giocare un ruolo importante. È stata infatti dimostrata una correlazione tra sintomatologia depressiva e bassa percezione della QoL [14]. Nonostante i pazienti siano soddisfatti della loro qualità di vita, il miglioramento delle capacità fisiche non porta a raggiungere i normali valori riportati da soggetti sani della stessa età [9].

#### **Ansia e Depressione**

I disturbi depressivi e ansiosi sono le complicanze psichiatriche che più frequentemente si riscontrano in pazienti con disturbi cronici. Il tasso di prevalenza dei disturbi depressivi nelle malattie cardiovascolari va da un 15% a un 25%. In più, il 30-45% dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari soffre di sintomatologia depressiva che però non rientra nei criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore. Tali sintomi possono essere difficili da diagnosticare e si presentano con caratteristiche atipiche, come irritabilità, presenza di disturbi cognitivi, sentimenti di frustrazione, mal di testa, disturbi gastrointestinali, astenia, disturbi del sonno, riduzione dell'appetito e vaghi sintomi somatici. È stato dimostrato inoltre che la depressione che porta all'ospedalizzazione è un fattore di rischio per nuove complicanze cardiache indipendentemente dalle altre comorbidità, soprattutto nella prima settimana successiva al ricovero. Il riscontro di sintomatologia ansioso-depressiva è frequente in pazienti in attesa di trapianto cardiaco o che usufruiscono del supporto di un device di assistenza ventricolare nell'attesa dell'intervento, con tassi di prevalenza per depressione maggiore compresi tra il 23 e il 29% che si riducono al 15%-17% nel primo anno successivo al trapianto. Nonostante la significativa prevalenza di depressione di grado medio e severo in questa popolazione, essa rimane poco diagnosticata e poco trattata [15].

La depressione è un fattore di rischio per la morbilità e la mortalità in pazienti con malattie cardiovascolari. Inoltre, sono emersi alcuni fattori di rischio per depressione, ansia e bassa QoL, che sono: il sesso femminile, il lavoro e la pensione di invalidità, la perdita di peso o l'obesità, un basso livello d'istruzione, episodi di rigetto acuto, terapia immunosoppressiva, complicanze, peggioramento delle malattie precedenti al trapianto, patologie concomitanti e patologia ischemica coronarica.

Poichè un umore depresso predice la QoL, e QoL e benessere psicologico sono correlati alla morbilità e mortalità dopo trapianto, un trattamento effettivo della depressione potrebbe potenzialmente migliorare la QoL e prolungare la sopravvivenza dei pazienti sottoposti a trapianto di cuore. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) e la mirtazapina (NaSSA, noradrenergic and specific serotonergic antidepressants), rappresentano la prima scelta farmacologica per il trattamento della depressione in pazienti che hanno subito un trapianto di cuore. Per i disturbi d'ansia sono meglio tollerate le benzodiazepine a breve emivita. Risultati soddisfacenti sono emersi inoltre dall'impiego di interventi psicologici [14].

## Scopo del lavoro

Questo lavoro riporta i risultati preliminari di uno studio che ha l'obiettivo di misurare qualità di vita e sintomatologia ansiosa e depressiva in un campione di pazienti sottoposti a trapianto cardiaco e verificare se esiste una differenza in base al tempo trascorso dal trapianto. Il piano di analisi è basato su tre punti che verificano:

- se il livello di QoL (SF-36 PCS e MCS) nell'intero campione è comparabile con quello della popolazione generale italiana (sulla base delle tabelle normative);
- se esistono differenze di QoL (SF-36 PCS e MCS) tra i 3 gruppi di pazienti arruolati (LATE, EARLY e LIST);
- se esistono differenze di QoL (SF-36 PCS e MCS), ansia e depressione tra i 3 gruppi di pazienti arruolati (LATE, EARLY & LIST).

## Materiali e metodi

### *Pazienti*

Sono discussi i dati preliminari relativi a due coorti di pazienti, rispettivamente trapiantati da un periodo inferiore a due anni (EARLY) e superiore a 10 anni (LATE).

Il campione oggetto dello studio include i pazienti sottoposti a trapianto di cuore presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia che si sono presentati presso l'ambulatorio di Miocardiopatie e Scopenso Cardiaco della Divisione di Cardiologia (N=58, 62%) e l'ambulatorio di Trapianto di Organi Toracici della Divisione di Cardiocirurgia (N=36, 38%) dal novembre 2012 fino all'8 febbraio 2013.

Ai pazienti è stata somministrata una batteria di test, tra cui un questionario per la valutazione della qualità di vita (SF-36) e uno per identificare la presenza di sintomi di tipo depressivo e/o ansioso in pazienti non psichiatrici (HADS). Per ogni paziente sono state inoltre raccolte variabili sociodemografiche.

## **Strumenti**

### MOS-36-Item Short Form Health Survey: SF-36

L'SF-36 è un questionario articolato attraverso 36 domande che si riferiscono concettualmente ad otto domini di salute. I valori ottenuti possono essere riassunti in due punteggi generali: dominio mentale e fisico della qualità di vita. In particolare tre scale (ruolo fisico, attività fisica e dolore fisico) sono correlate alla componente fisica della salute e contribuiscono primariamente al punteggio dell'indice sommario Physical Component Summary (PCS). Altre tre scale (salute mentale, ruolo emotivo e attività sociale) correlano invece maggiormente con la componente psichica della salute e contribuiscono al punteggio del Mental Component Summary (MCS). Tre scale infine correlano con entrambi le componenti generali dello stato di salute (vitalità, salute in generale, attività sociale).

Tutte le scale vengono trasformate in una scala lineare da 0 a 100, con 100 ad indicare lo stato di salute più favorevole e 0 il meno favorevole. I valori standardizzati, calcolati utilizzando come riferimento la popolazione italiana, vengono confrontati con il valore atteso (50) per la popolazione normale. Punteggi inferiori a 50 sono quindi inferiori al livello atteso per la popolazione normale.

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'HADS è un questionario composto da due scale, una per l'ansia e l'altra per la depressione, ciascuna di 7 item, che misura la gravità del disagio emotivo. Ogni item prevede un punteggio da 0 a 3 punti, con un punteggio complessivo compreso tra 0 e 21 per l'ansia e 0 e 21 per la depressione. Un punteggio <7 per ciascuna sottoscala (ansia e depressione) è considerato nella norma (normale), un punteggio  $\geq 11$  indica la probabile presenza di disturbo dell'umore (caseness) e un punteggio tra 8 e 10 è considerato solo suggestivo della presenza di disagio psicologico (borderline). A differenza delle altre scale, l'HADS è stata specificatamente ideata per pazienti con malattie fisiche.

## **Analisi Statistica**

I dati continui sono descritti con media e deviazione standard (DS). Le variabili categoriche sono riportate come conteggio e percentuale (%). Il confronto verso la popolazione normativa è stato effettuato mediante test t di Student. Data la presenza di una duplice misura di outcome (PCS e MCS), è stata applicata la correzione di Bonferroni e il modello è stato considerato significativo se  $p < 0.025$  (a due code).

## **Risultati**

### **Caratteristiche del campione**

Le caratteristiche sociodemografiche sono riportate in tabella 1.

### **Qualità di vita**

#### Scale SF-36

Per quanto riguarda le otto dimensioni incluse nell'SF-36, l'attività fisica, il ruolo fisico, la salute in generale, il ruolo emotivo e il dominio fisico hanno riportato punteggi significativamente inferiori rispetto alla popolazione sana mentre dolore fisico, vitalità e salute mentale non presentano differenze statisticamente significative rispetto alla norma (Figura 1).

### Qualità di vita (MCS e PCS)

I punteggi relativi al dominio fisico (PCS) e mentale (MCS) della qualità di vita sono risultati pari a 45.15 (95%CI 43.36-46.95) e 50.41 (95%CI 48.55-52.27) rispettivamente. Il valore relativo al dominio fisico è risultato inferiore al valore atteso di 50 per la popolazione generale in modo statisticamente significativo, a differenza del punteggio relativo al dominio mentale, che anzi lo supera.

### **Sintomatologia ansiosa e depressiva**

Il punteggio medio riportato alla sottoscala del questionario HADS relativa alla sintomatologia depressiva è risultato pari a  $5,44 \pm 4,32$  e quello relativo alla sintomatologia ansiosa è di  $6,54 \pm 3,69$ . Diciotto pazienti (20% dell'intero campione) hanno riferito sintomatologia ansiosa clinicamente significativa, con un punteggio alla sottoscala HADS per l'ansia  $\geq 11$ . Undici pazienti (12 % dell'intero campione) hanno riferito sintomatologia depressiva clinicamente significativa, con un punteggio alla sotto scala HADS per la depressione  $\geq 11$  (Figura 2).

### **Confronto tra gruppo EARLY e gruppo LATE**

#### Qualità di vita (MCS e PCS)

Le differenze nel punteggio di PCS ed MCS riscontrate nei gruppi non risultano statisticamente significative.

#### Sintomatologia ansiosa e depressiva

Non sono emerse differenze significative riguardo alla sintomatologia ansiosa e depressiva tra i diversi gruppi di pazienti (Figura 3).

## **Discussione**

Il successo del trapianto cardiaco non dipende solo dal prolungamento della vita ma anche dal miglioramento degli outcome psicosociali e soprattutto della qualità di vita. Numerosi studi mostrano come la QoL migliori significativamente dopo il trapianto e rimanga invariata per tanto tempo, includendo sia un miglioramento globale sia un miglioramento del dominio fisico e un maggior benessere psicologico [9].

Nel nostro campione i pazienti hanno riportato una qualità di vita complessivamente buona, anche se solo il dominio mentale (MCS) risulta sovrapponibile a quello della popolazione generale, mentre il punteggio relativo al dominio fisico (PCS) risulta inferiore alla norma, così come mostrato in numerosi studi [13]. Ponendo poi a confronto le due coorti di pazienti EARLY e LATE non emergono differenze statisticamente significative della QoL e dei domini PCS ed MCS. Questo è in contrasto con la maggior parte degli studi presenti in letteratura, che evidenziano differenze in base al tempo trascorso dal trapianto in termini di qualità di vita. È opportuno rilevare, tuttavia, che utilizzando studi longitudinali, ad una media di 6 anni dal trapianto, i pazienti riferiscono una iniziale riduzione delle capacità fisiche [5]. Inoltre, in pazienti tra i 50 e i 64 anni che hanno subito il trapianto da più di 10 anni, lo stato di salute subisce una significativa riduzione in termini di qualità di vita, sia in maniera indipendente dalle complicanze nel lungo termine, sia per la comparsa di complicanze tardive [17]. Nonostante i pazienti siano soddisfatti della loro qualità di vita, il miglioramento delle capacità fisiche non porta a raggiunge i normali valori riportati da soggetti sani della stessa età [9].

L'età media dei soggetti nell'intero campione è pari a  $57,07 \pm 14,94$  anni, 68 (72%) sono maschi e 26 (28%). Per quanto riguarda la sfera lavorativa, dei 94 pazienti, attualmente lavora solo il 29.79% con un 53.85% di soggetti in pensione, nonostante lo stato di salute dopo l'intervento sia buono (62.50% dei soggetti si colloca in Classe NYHA I). Nel nostro campione, la riduzione dell'attività lavorativa

nel post trapianto è attribuibile in parte all'età pensionabile e in parte alla pensione di invalidità. Questo dato risulta di difficile comparazione con quello di paesi dotati di una legislazione completamente differente dalla nostra, per quanto attiene al sostegno sociale.

Il valore medio del numero di comorbidità valutato su tutto il campione è pari a  $2.10 \pm 1.34$ , e il 62.77% dei pazienti presenta due o più comorbidità. Lo studio ha mostrato che la presenza di un numero di comorbidità  $\geq 2$  è statisticamente associata a livelli scadenti di qualità di vita fisica ( $p=0.027$ ), ma non mentale. Pochi studi descrivono la relazione tra qualità di vita e complicanze.

Le indagini focalizzate sulla prevalenza di disturbi dell'umore o di particolari stati psicologici rivelano una significativa prevalenza dei sintomi depressivi e ansiosi, che potrebbero rappresentare una importante fonte di distress psicologico e di riduzione della qualità di vita [13, 18]. Nel nostro studio, il punteggio medio riportato alla sottoscala del questionario HADS relativa alla sintomatologia depressiva è risultato pari a  $5.44 \pm 4.32$  e quello relativo alla sintomatologia ansiosa è di  $6.54 \pm 3.69$ . Dell'intero campione il 19.15% ha riferito sintomatologia ansiosa clinicamente significativa, e l'11.70% sintomatologia depressiva clinicamente significativa, in disaccordo con numerosi studi che riportano un tasso di prevalenza dei disordini depressivi, valido per diverse malattie cardiovascolari, che va da un 15% a un 25% [15]. I punteggi relativi alla sintomatologia ansiosa e depressiva nei due gruppi di pazienti EARY e LATE, non rivelano differenze statisticamente significative. In altri studi, è emerso che la diagnosi di tali disturbi è più frequente durante il primo anno dopo il trapianto rispetto agli anni successivi [19].

## Conclusioni

Il trapianto è un intervento dagli importanti risvolti psicologici, soprattutto il trapianto di organi maggiori. Quanto più l'organo è simbolicamente importante, tante più fantasie psicologicamente rilevanti esso porta con sé, con ricadute sulla prognosi. E se alcuni sanno trovare una via di integrazione, o di non rigetto, per la loro nuova vita per il loro nuovo corpo, altri non vi riescono mai del tutto [1]. Sia subito dopo il trapianto, sia a più di dieci anni dall'intervento, la maggior parte dei pazienti riferisce una qualità di vita soddisfacente. Il confronto tra le due coorti di pazienti in base al tempo trascorso dal trapianto non ha evidenziato alcuna differenza statisticamente significativa, né per quanto riguarda il dominio fisico e mentale della qualità di vita, né per quanto riguarda sintomi ansioso-depressivi.

È importante far notare che la presente indagine si basa su dati preliminari derivati da un campione trasversale relativamente contenuto ( $N=94$ ). È necessario attendere i risultati definitivi della ricerca, ancora in corso, per chiarire la relazione tra qualità di vita, disagio psicologico e tempo trascorso dal trapianto.

## Tabelle e figure

**Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche.**

<i>Età(Media±DS)</i>	57.07±14.94
<i>Sesso(M/F)</i>	68/25
<i>Coniugato(%)</i>	64(68.09)
<i>Titolo studio(%)</i>	40(42.5)
<i>Attività lavorativa(%)</i>	27(29.79)
<i>Comorbidità(media±DS)</i>	2.1±1.34



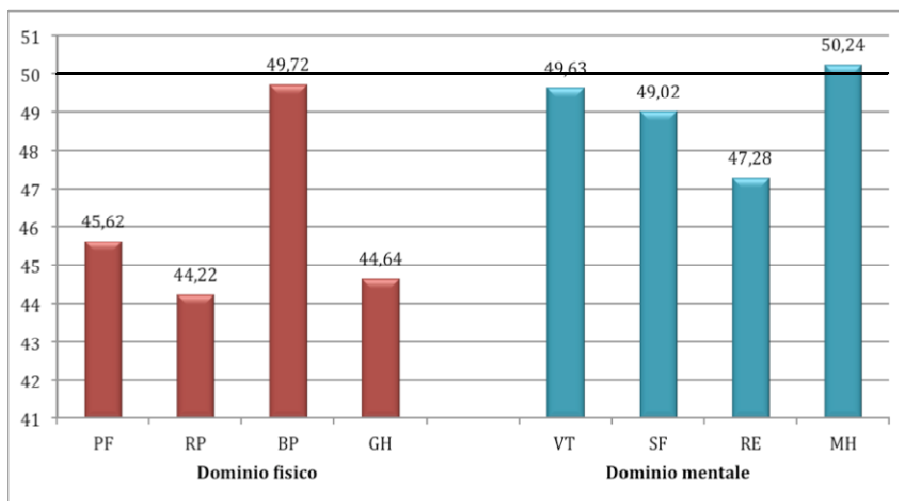


Figura 1. Sottoscale dei domini fisico e mentale dell'SF-36.

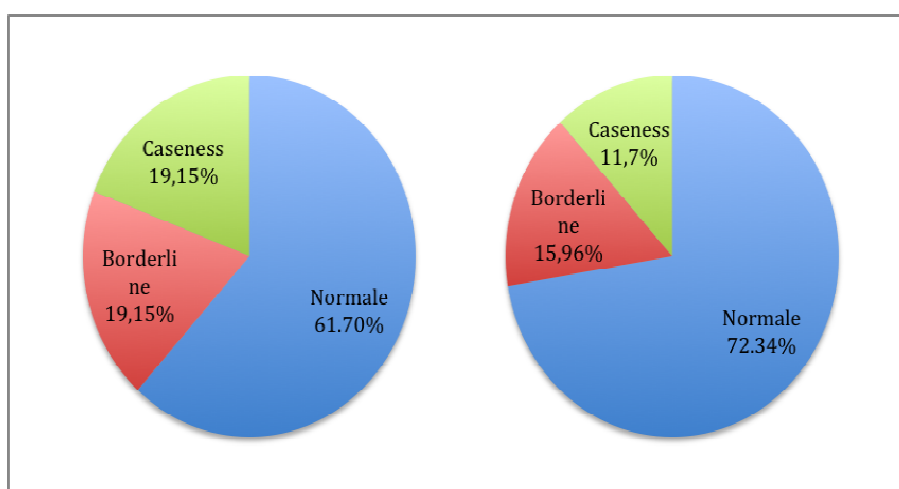


Figura 2. Sintomatologia ansiosa (SX) e depressiva (DX) nei pazienti dopo trapianto cardiaco secondo l'HADS.

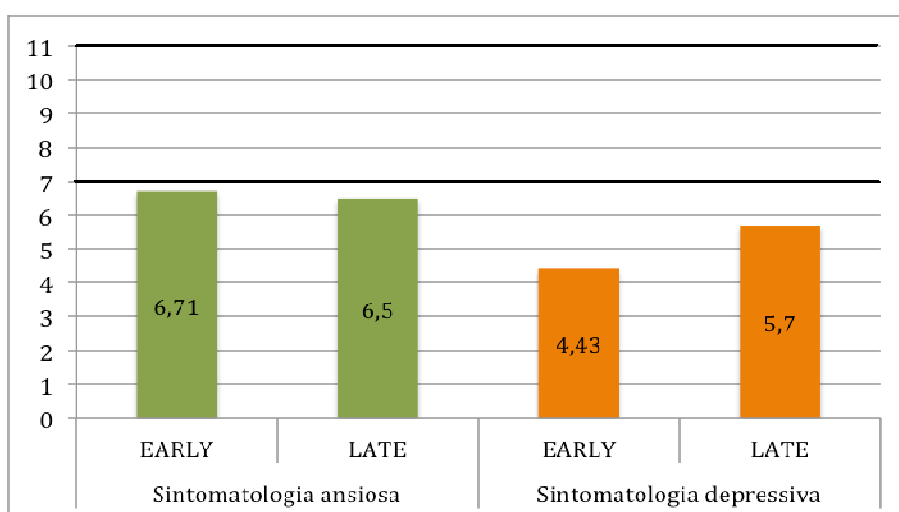


Figura 3. Sintomatologia ansiosa e depressiva: confronto tra due gruppi.

### **Bibliografia**

1. Politi PL. Un Punto di Vista Psicologico sul Trapianto Cardiaco: fra Identità e Cambiamento. Psicoanalisi e Metodo. *La Goliardica Pavese*, Pavia, IT, 2002.
2. Barale F, Magnani G, Politi PL. Il trapianto di cuore nel vissuto del paziente. *Psichiatria e Medicina* 1988;5:43-49.
3. Skotzko CE, Stowe JA, Wright C et al. Approaching a consensus: psychosocial support services for solid organ transplantation programs. *Prog Transplant* 2001;11(3):163-168.
4. Lastrico A, Politi PL, Barale F. Sul vissuto del trapianto cardiaco. *Minerva Psichiatrica* 1994;35(3):139-145.
5. Maria I, Deisiana RF, Mabel LP et al. Quality of life of patients that had a heart transplant: application of Whoqol-Bref scale. *Arq Bras Cardiol* 2011;96(1):60-67.
6. Livi U, Thiene G, Casarotto D. Heart Transplantation in Italy. *Masson*, Milano, IT, 1998.
7. Coffman KL, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Curr Opin Organ Transplant* 2002;7:385-388.
8. Karapolat H, Eyigor S, Durmaz B et al. The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol* 2007;96:593-599.
9. Grady KL, Lanuza DM. Physical Functional Outcomes After Cardiothoracic Transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;20(5s):s43-s50.
10. Rosenberger EM, Fox KR, Di Martini AF et al. Psychosocial factors and quality of life after heart transplantation and mechanical circulatory support. *Curr Opin Organ Transplant* 2012;17:558-563.
11. Grady KL, Jalowiec A, White-Williams C. Patient compliance at one year and two years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1998;17:383-394.
12. White-Williams C, Wang E, Rybarczyk B et al. Factors associated with work status at 5 and 10 years after heart transplantation. *Clin Transplant* 2011;25:E599-E605.
13. Politi P, Piccinelli M, Fusar Poli P et al. Ten years of "extended" life: quality of life among heart transplantation survivors. *Transplantation* 2004;78:257-263.
14. Buendia F, Almenar L, Martinez- Dolz L et al. Relationship between functional capacity and quality of life in heart transplant patients. *Transplantation Proceedings* 2011; 43,2251-2252.
15. Dew MA. Psychiatric disorders in the context of physical illness. *Adversity, stress and psychopathology* 1998;1:177-218.
16. Fusar-Poli P, Picchioni M, Martinelli V et al. Anti-depressive Therapies After Heart Transplantation. *J Heart Lung Transplant* 2006;25:785-793.
17. De Campli WM, Luikart H, Hunt S et al. Characteristics of patients surviving more than ten years after cardiac transplantation. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1995;109(6):1103-1114.
18. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K et al. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *J Heart Transplant* 2003;22:681-686.
19. Dew MA, Di Martini AF. Psychological Disorders and Distress After Adult Cardiothoracic Transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;20(5s):s51-s66.