

PROGETTO MA.RE.A.: UNO STUDIO PILOTA NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (ICR)

Michela Fortugno¹, Cinzia Ginevri Blasi¹, Silvio Di Stante², Alessandra Monti³,
Noemi Ronchini⁴ e Francesco Emanuele Profumo⁵

¹ Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera AST Pesaro Urbino

² Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi AST Pesaro Urbino

³ “Training School” Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell’adulto e dell’età evolutiva - Jesi

⁴ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) - Ancona

⁵ Istituto “Psicoterapia, intervento sul disagio in ambito organizzativo e valorizzazione della persona” (PSIOP) – Padova

Corrispondenza

Noemi Ronchini

E-mail: noemi.ronchini@virgilio.it

Riassunto

Oggetto: lo studio valuta l'impatto e l'andamento delle dimensioni psicologiche (ansia, depressione e qualità della vita) in un campione di pazienti affetti da Insufficienza Renale Cronica (IRC) in fase pre-dialitica (Stadio V), inseriti nel percorso assistenziale multidisciplinare dell'ambulatorio del Progetto Ma.Re.A. (Malattia Renale Avanzata) presso l'Ospedale Santa Croce di Fano. L'obiettivo generale era verificare se il supporto psicologico potesse favorire un migliore adattamento alla malattia, promuovere l'aderenza terapeutica e ritardare l'ingresso in dialisi.

Metodo: si tratta di uno studio pilota retrospettivo con un disegno a misurazioni ripetute pre-test/post-test (Rilevazione I e Rilevazione II) eseguito su un unico gruppo di 17 pazienti (età media 67,4 anni), senza gruppo di controllo. La prima rilevazione è avvenuta tra settembre 2022 e aprile 2023, mentre il follow-up è stato effettuato dopo circa 18-24 mesi (ottobre-dicembre 2024). L'intervento psicologico si è basato sulla Psicologia della Salute e sull'approccio Cognitivo-Comportamentale (CBT). Gli strumenti psicometrici utilizzati sono stati lo STAI X 1 e 2 per l'ansia di stato e di tratto, la SVEBA per la depressione e il QL-INDEX per la qualità della vita; le analisi dei dati sono state puramente descrittive (MS Excel).

Risultati: l'analisi descrittiva mostra trend differenti: per l'Ansia di Stato si è osservata una riduzione dei livelli moderati (dal 14% allo 0%) e un aumento dei livelli normali (dal 14% al 56%) e lievi. Al contrario, l'Ansia di Tratto e lo stato depressivo (SVEBA) hanno evidenziato un lieve peggioramento, con una contrazione della fascia di normalità depressiva (dal 53,8% al 43,8%) e un incremento dei livelli borderline e patologici. Per la qualità della vita (QL-INDEX) si è riscontrata una polarizzazione dei punteggi attorno al valore intermedio (valore 7) nella seconda rilevazione.

Conclusioni: i risultati suggeriscono che l'inserimento in un percorso strutturato possa aiutare a modulare la tensione emotiva acuta (ansia di stato). Tuttavia, il progressivo carattere degenerativo della patologia e l'effettivo ingresso in emodialisi di alcuni pazienti durante il follow-up spiegano il fisiologico incremento della sintomatologia depressiva e dell'ansia di tratto. Lo studio presenta rilevanti limiti metodologici (campione ridotto, assenza di gruppo di controllo, variabili confondenti cliniche) e non ha

DOI: 10.36131/COGNCL20260101

RICEVUTO IL 3 OTTOBRE 2025, ACCETTATO IL 14 GIUGNO 2026

raccolto dati oggettivi sulla compliance terapeutica o sui tempi di transizione alla dialisi, rendendo tali obiettivi speculativi.

Parole chiave: insufficienza renale cronica (ICR), supporto psicologico, ansia, depressione, qualità della vita

PROJECT MA.RE.A.: A PILOT STUDY IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)

Abstract

Objective: The study evaluates the trends in psychological dimensions (anxiety, depression, and quality of life) among a sample of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) in the pre-dialysis phase (Stage V) enrolled in the multidisciplinary care pathway of the Ma.Re.A. Project (Advanced Kidney Disease) at the Santa Croce Hospital in Fano. The main goal was to assess whether psychological support could foster disease adjustment, promote treatment adherence, and delay the initiation of dialysis.

Method: This is a retrospective pilot study with a pre-test/post-test repeated measures design (Time 1 and Time 2) conducted on a single group of 17 patients (mean age 67.4 years), without a parallel control group. The first assessment took place between September 2022 and April 2023, with a follow-up after 18–24 months (October–December 2024). The clinical intervention was grounded in Health Psychology and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) principles. Psychometric instruments included the STAI X 1 and 2 (state/trait anxiety), SVEBA (depression), and QL-INDEX (quality of life), analyzed through purely descriptive statistics.

Results: Descriptive data indicated diverging trends: State Anxiety showed a reduction in moderate levels (from 14% to 0%) and an increase in normal (from 50% to 56%) and mild levels. Conversely, Trait Anxiety and depressive status (SVEBA) registered a slight worsening, with a contraction of the depression normality range (from 53.8% to 43.8%) and an increase in borderline and pathological levels. Regarding the quality of life (QL-INDEX), scores clustered around the mid-point value of 7 during the second assessment.

Conclusions: Findings suggest that integration into a structured care pathway may help modulate acute emotional distress (state anxiety). However, the degenerative nature of CKD and the transition of some participants into hemodialysis during the follow-up period account for the observed increase in trait anxiety and depressive symptoms. The study is constrained by major methodological limitations (small sample size, lack of a control group, unmonitored clinical confounding variables) and lacked direct quantitative indicators to verify treatment adherence or delayed dialysis entry, leaving these outcomes speculative.

Key words: chronic kidney disease (CKD), psychological support, anxiety, depression, quality of life

Introduzione

Nel contesto ospedaliero, la Psicologia si occupa dei disturbi psicologici (nella loro accezione più generale: neuropsicologici, intellettivi, cognitivi ed affettivi) e delle difficoltà emotive e relazionali delle persone che, a causa di una patologia organica acuta e cronica, vi afferiscono in degenza o ambulatorialmente; pertanto si configura come una disciplina di interfaccia psicosomatica e di psicologia della salute (Health Psychology), con l'obiettivo di integrare il modello biopsicosociale (Engel, 1977) all'interno dei percorsi di cura ospedalieri. Il Servizio di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino svolge il proprio intervento psicologico in differenti reparti ospedalieri; tuttavia, la presenza dello psicologo nel reparto di Nefrologia e Dialisi è tutt'ora in fase di consolidamento. Questo ritardo istituzionale contrasta nettamente con la complessità delle sfide che i pazienti devono gestire. Colui che si trova a convivere con la progressione della malattia renale affronta, infatti, un'esperienza che ha i toni di una profonda

sofferenza cognitivo-emotiva. La specificità della patologia e, successivamente, dei trattamenti emodialitici comporta una severa compromissione dell'integrità fisica del soggetto, ma anche del suo ruolo lavorativo, identitario, familiare e sociale (Boaretti et al., 2006; Arora & Batuman, 2025).

La letteratura scientifica internazionale evidenzia come la Malattia Renale Cronica (MRC) sia sistematicamente associata a un'elevata prevalenza di disturbi psicopatologici, configurandosi come una vera e propria "crisi biografica". Tra le manifestazioni più diffuse si riscontrano l'ansia e la depressione, con tassi di prevalenza significativamente superiori rispetto alla popolazione generale. La depressione, in particolare, è considerata la complicanza psichiatrica più comune nei pazienti nefropatici, impattando negativamente non solo sulla qualità della vita, ma anche sulla sopravvivenza stessa, a causa della sua associazione con una ridotta aderenza alle terapie e con alterazioni immunologiche ed endocrine (García-Llana et al., 2014; e Palmer et al., 2013).

Dal punto di vista psicologico clinico, è possibile rilevare variazioni significative nel livello di ansia percepita dal paziente, che in letteratura fanno riferimento a due specifiche forme (Spielberger, 1970; Huang et al., 2021): l'ansia di tratto, riferita a come il paziente si sente abitualmente e stabilmente, e l'ansia di stato, legata al valore dell'ansia attribuito dal soggetto in una specifica situazione, variabile quindi in intensità e durata. Nei pazienti con MRC, l'ansia di stato tende a piccare nei momenti di transizione clinica, come la comunicazione della diagnosi o l'imminenza del trattamento sostitutivo.

A queste condizioni si aggiunge il concetto di *distress emotivo* o *kidney disease distress*, una reazione da stress specifica per la malattia che racchiude le preoccupazioni quotidiane legate al regime dietetico rigido, alla gestione dei farmaci, alla minaccia costante della dialisi e alla percezione di perdita di controllo sul proprio corpo e sul proprio futuro. L'adattamento psicologico a questa condizione cronica è un processo dinamico e multifattoriale: strategie di coping disfunzionali (come l'evitamento o la negazione) si correlano a esiti clinici peggiori, mentre un buon supporto sociale e una solida resilienza favoriscono un miglior *adjustment* (adattamento) psicologico.

A fronte di tale carico psicopatologico, la ricerca ha ampiamente dimostrato l'efficacia di differenti protocolli di intervento psicologico adattati al contesto nefrologico (Engel, 1977; Natale et al., 2019):

- **Supporto psicologico clinico e counselling:** offrono uno spazio di ascolto e di elaborazione del lutto legato alla perdita della salute, sostenendo il paziente e i familiari nella ristrutturazione dell'identità personale e dei ruoli familiari.
- **Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT):** si è strutturata come il *gold standard* per il trattamento della depressione e dell'ansia nei pazienti con insufficienza renale. La CBT agisce ristrutturando i pensieri catastrofici legati alla malattia, riducendo l'ansia procedurale (es. paura degli aghi o dei macchinari) e migliorando i livelli di attivazione emotiva.
- **Interventi psicoeducativi:** focalizzati sull'alfabetizzazione sanitaria e sulla gestione emotiva della terapia, questi interventi aumentano l'empowerment del paziente, riducendo l'incertezza e la percezione di impotenza.

La collaborazione tra i Servizi di Psicologia e i reparti di Nefrologia richiede un'attenzione costante, orientata al perfezionamento delle modalità operative e alla rilevazione tempestiva delle domande d'aiuto da parte dei pazienti, dei loro familiari e del personale sanitario. La natura della relazione tra pazienti e operatori in questo setting è infatti caratterizzata da un'intensità, costanza e continuità uniche, che possono beneficiare enormemente della mediazione psicologica.

È precisamente all'intersezione tra la vulnerabilità psicopatologica del paziente e la necessità

di un intervento clinico precoce che si colloca il razionale del progetto Ma.Re.A. (Malattia Renale Avanzata).

L'ambulatorio Ma.Re.A. svolge un ruolo cruciale nel percorso del paziente nefropatico cronico, focalizzandosi sulla fase pre-dialitica (Stadio V). Questa fase rappresenta un momento di estrema delicatezza e fragilità, sia dal punto di vista clinico che umano, configurandosi come uno spartiacque psicologico: il paziente non è ancora in dialisi, ma vive sotto la minaccia imminente del trattamento sostitutivo. Il fragile equilibrio del paziente in questo stadio è mantenuto da uno stretto controllo laboratoristico, visite frequenti e una rigidissima compliance terapeutica e dietetica; un impegno e delle rinunce che richiedono una forte volontà e che generano un elevato distress emotivo.

Se la letteratura dimostra che l'ansia e la depressione minano la compliance, l'inserimento dello psicologo nel team multidisciplinare (accanto a medico nefrologo, infermieri e dietista) risponde all'obiettivo strategico di intercettare e trattare il disagio psichico prima che si cronicizzi o che comprometta le cure.

Pertanto, gli obiettivi psicologici dichiarati in questo studio (valutare e monitorare i livelli di ansia, depressione e qualità della vita in due rilevazioni temporali) non sono semplici misurazioni descrittive, ma rappresentano gli indicatori diretti dell'efficacia di un modello assistenziale integrato. Dimostrare la variazione e il potenziale miglioramento di tali indici psicometrici nel tempo permette di verificare se il supporto psicologico offerto nell'ambulatorio Ma.Re.A. sia in grado di favorire un migliore adattamento alla malattia, promuovere la compliance terapeutica e, di conseguenza, migliorare la qualità della vita globale, ottimizzando la gestione clinica della fase pre-dialitica e l'eventuale transizione al trattamento sostitutivo.

La malattia renale cronica rappresenta una condizione clinica di crescente rilevanza a livello globale, sia per la sua elevata prevalenza sia per il suo impatto sulla morbidità e mortalità della popolazione generale. Essa viene definita come un'alterazione persistente della struttura o della funzione renale della durata di almeno tre mesi, con implicazioni per la salute dell'individuo (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2013). Tale condizione può essere identificata attraverso una riduzione del filtrato glomerulare (GFR) o mediante la presenza di marker di danno renale, quali albuminuria o anomalie strutturali.

Uno degli aspetti più rilevanti della MRC è il suo carattere inizialmente asintomatico. Nelle fasi precoci, infatti, il paziente spesso non manifesta segni clinici evidenti, rendendo la diagnosi precoce una sfida significativa. Questo contribuisce al fatto che molti casi vengano identificati solo in stadi avanzati, quando il danno renale è già considerevole (Levin et al., 2017).

Dal punto di vista fisiopatologico, la progressione della MRC è sostenuta da meccanismi complessi e interconnessi. In risposta alla perdita di nefroni funzionanti, i nefroni residui aumentano la loro attività filtrante, dando luogo al fenomeno dell'iperfiltrazione glomerulare. Sebbene inizialmente compensatorio, questo adattamento determina un aumento della pressione intraglomerulare che, nel tempo, favorisce lo sviluppo di sclerosi glomerulare e la perdita irreversibile della funzione renale (Webster et al., 2017).

A questo si associano processi di infiammazione cronica e fibrosi interstiziale, mediati da numerosi fattori molecolari. Il sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS) svolge un ruolo centrale in questo contesto, contribuendo sia alla regolazione emodinamica sia alla progressione del danno attraverso effetti pro-infiammatori e pro-fibrotici (Stevens & Levin, 2013). La convergenza di questi meccanismi porta progressivamente alla sostituzione del tessuto renale funzionante con tessuto fibrotico.

Dal punto di vista epidemiologico ed eziologico, la MRC è strettamente associata alla diffusione

di patologie croniche non trasmissibili. In particolare, il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa rappresentano le principali cause nei paesi industrializzati, contribuendo in modo significativo all'aumento dei casi a livello globale (Jha et al., 2013). Altre cause comprendono le glomerulonefriti, le malattie genetiche come il rene policistico e le nefropatie tubulo-interstiziali. Spesso, la presenza concomitante di più fattori accelera la progressione della malattia.

Con l'avanzare della MRC, il quadro clinico diventa progressivamente più complesso. L'accumulo di tossine uremiche determina una sintomatologia sistemica che include affaticamento, nausea e disturbi cognitivi. Parallelamente, si sviluppano alterazioni dell'equilibrio elettrolitico e acido-base, come l'iperpotassiemia e l'acidosi metabolica. La ridotta produzione di eritropoietina da parte del rene contribuisce allo sviluppo di anemia, mentre le alterazioni del metabolismo minerale portano a complicanze ossee, note come osteodistrofia renale (KDIGO, 2013).

Un elemento cruciale nella comprensione della MRC è la sua stretta associazione con il rischio cardiovascolare. I pazienti affetti da MRC presentano infatti una probabilità significativamente maggiore di sviluppare eventi cardiovascolari, che rappresentano la principale causa di morte in questa popolazione. Tale relazione è attribuibile a una combinazione di fattori, tra cui ipertensione, infiammazione cronica e disfunzione endoteliale (Levin et al., 2017).

La diagnosi si basa su una valutazione integrata che include esami di laboratorio, come la creatinina sierica e la stima del GFR, l'analisi delle urine per la rilevazione di albuminuria e tecniche di imaging, in particolare l'ecografia renale. In alcuni casi selezionati, la biopsia renale può fornire informazioni diagnostiche fondamentali (Stevens & Levin, 2013).

L'approccio terapeutico alla MRC è orientato principalmente a rallentare la progressione della malattia e a gestire le complicanze. Il controllo dei fattori di rischio modificabili, come l'ipertensione e l'iperglicemia, rappresenta un pilastro fondamentale del trattamento. In questo contesto, i farmaci che agiscono sul sistema RAAS hanno dimostrato un ruolo chiave nel ridurre la progressione del danno renale (Webster et al., 2017). A questi interventi si affiancano modifiche dello stile di vita, tra cui una dieta adeguata e l'attività fisica.

Nelle fasi terminali della malattia, quando la funzione renale è gravemente compromessa, si rende necessario il ricorso a terapie sostitutive come la dialisi o il trapianto renale. Sebbene efficaci nel prolungare la sopravvivenza, queste terapie comportano un significativo impatto sulla qualità della vita e richiedono una gestione complessa e multidisciplinare (Jha et al., 2013).

Infine, la prevenzione rappresenta un elemento chiave nella gestione della MRC. L'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'implementazione di strategie di screening consentono di intervenire tempestivamente, riducendo la progressione della malattia e le sue complicanze. In questo senso, l'educazione sanitaria e il coinvolgimento attivo del paziente assumono un ruolo fondamentale (KDIGO, 2013).

Obiettivi dello studio

L'obiettivo generale dello studio è valutare il miglioramento della condizione psicologica del paziente in Pre-Dialisi, con conseguente maggior aderenza alle terapie mediche e prolungamento del periodo di ingresso al percorso dialitico.

Metodo

Procedura e disegno dello studio

Il presente lavoro si configura come uno studio pilota retrospettivo con disegno a misurazioni

ripetute pre-test/post-test (Ril. I e Ril. II) eseguito su un unico gruppo di pazienti, senza la presenza di un gruppo di controllo parallelo. I dati sono stati raccolti nell'ambito delle attività cliniche routinarie del progetto Ma.Re.A. (Malattia Renale Avanzata) presso l'Ambulatorio dedicato alla Pre-Dialisi dell'Ospedale Santa Croce di Fano.

I pazienti sono stati arruolati in modo consecutivo in collaborazione con il medico nefrologo di riferimento durante le visite ambulatoriali periodiche. La prima rilevazione (pre-test) è stata effettuata in una finestra temporale compresa tra settembre 2022 e aprile 2023. La seconda rilevazione (post-test/follow-up) è avvenuta a distanza di circa 18-24 mesi, tra i mesi di ottobre e dicembre 2024. Tutti i partecipanti hanno espresso il proprio consenso informato scritto prima della somministrazione della batteria psicometrica. L'intervento psicologico integrato nel percorso assistenziale del progetto Ma.Re.A. risponde a precise linee guida operative e teoriche, così strutturate:

Modello teorico di riferimento: L'attività clinica si fonda sul modello della Psicologia della Salute e sull'approccio Cognitivo-Comportamentale (CBT), integrato con tecniche di counselling clinico e della motivazione (colloquio motivazionale). Il focus è orientato all'elaborazione del carico emotivo legato alla malattia cronica, alla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali e al potenziamento delle strategie di coping attive per favorire l'adattamento psicologico e l'aderenza terapeutica.

Tipologia di intervento e modalità operative: Si tratta di un intervento di supporto psicologico clinico individuale e, ove necessario, esteso ai caregiver familiari. I colloqui si svolgono in presenza, in uno spazio dedicato all'interno dell'ambulatorio nefrologico (forse meglio dire un "ambulatorio interno al reparto di Nefrologia", garantendo la continuità assistenziale in concomitanza con le visite mediche. L'intervento prevede tre assi principali:

Accoglienza ed elaborazione del distress: uno spazio di ascolto per la sofferenza emotiva legata alla transizione clinica verso la dialisi.

Psicoeducazione: supporto nell'accettazione del rigido regime dietetico e farmacologico.

Monitoraggio psicometrico: screening di ansia, depressione e qualità della vita.

Numero, frequenza e durata del percorso: trattandosi di un servizio integrato in un ambulatorio per malati cronici riacutizzati, il percorso non ha una durata standardizzata fissa, ma accompagna il paziente per l'intero periodo di permanenza nella fase assistenziale di Pre-Dialisi (Stadio V). La frequenza dei colloqui è sovrapposta al calendario delle visite nefrologiche (in media un colloquio ogni 1-2 mesi per i pazienti stabili), ma prevede una frequenza maggiore (es. colloqui quindicinali o settimanali) nei momenti di forte scompenso emotivo, crisi adattiva o nell'imminenza del posizionamento dell'accesso vascolare per la dialisi.

La natura retrospettiva e pilota di questo studio sul campo comporta alcune importanti limitazioni metodologiche che impongono cautela nell'interpretazione dei nessi causali:

Assenza del gruppo di controllo: Non essendo stato possibile, per ragioni etiche e di natura clinico-organizzativa, privare una parte dei pazienti del supporto psicologico, lo studio è privo di un gruppo di controllo. Di conseguenza, i cambiamenti osservati tra il pre-test e il post-test non possono essere attribuiti in modo univoco e causale all'intervento psicologico effettuato, non potendo escludere l'effetto di variabili spontanee o esterne.

Fattori confondenti storici e clinici: Tra la prima e la seconda rilevazione intercorre un ampio lasso temporale (circa due anni), durante il quale i pazienti sono stati esposti a numerosi fattori di distorsione metodologica. Tra i principali si segnalano:

Progressione della malattia e variazioni cliniche: L'avanzamento biologico dell'insufficienza renale e le fluttuazioni dei parametri uremici esercitano un impatto diretto sul tono dell'umore e sul

distress del paziente.

Ingresso in dialisi: Durante il follow-up, una parte del campione ha iniziato il trattamento sostitutivo emodialitico. Questo evento rappresenta un cambio radicale dello stile di vita e dello stato psicologico, configurandosi come una massiccia variabile confondente sui punteggi di ansia, depressione e qualità della vita.

Modifiche terapeutiche e farmacologiche: Variazioni nei piani terapeutici o l'introduzione di farmaci (inclusi eventuali presidi neuropsicofarmacologici) non sono state controllate.

Effetto placebo e attenzione clinica: Il miglioramento riscontrato in alcuni indici potrebbe riflettere un generico "effetto attenzione" dovuto alla presa in carico multidisciplinare e alla sensazione di monitoraggio continuo da parte dell'équipe, piuttosto che alle componenti specifiche dell'intervento psicologico.

Strumenti

Al fine di rilevare le principali dimensioni psicologiche presenti tra i pazienti che hanno aderito al progetto Ma.Re.A., sono stati utilizzati i seguenti strumenti psicometrici:

STAY X 1 e 2 (CBA) per la valutazione dell'ansia di stato e di tratto e valutazione dell'adattamento;

SVEBA per la valutazione dello stato depressivo;

QL-INDEX per la valutazione della qualità della vita.

Partecipanti

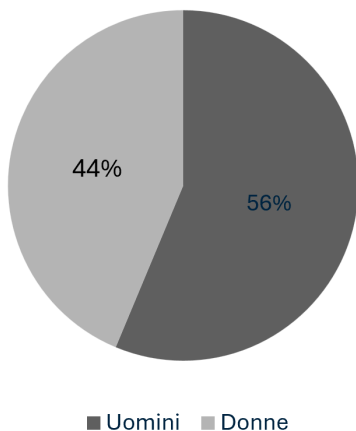
Il campione analizzato, composto da 17 partecipanti (N=17) analizzato è composto per il 56,03% da uomini e per il 43,07% da donne.

L'età media dei partecipanti è di 67,4 anni (DS = 11,8), evidenziando una vasta distribuzione anagrafica all'interno del gruppo. Il partecipante più anziano risulta - infatti - avere 91 anni, mentre il più giovane 45.

La prima rilevazione ha visto coinvolti esclusivamente pazienti in una fase pre-dialitica.

Durante la seconda rilevazione, alcuni di essi, hanno fatto accesso al percorso di dialisi.

Tabella 1. Campione



Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state svolte con l'utilizzo de *software MSeXcel*.

Sono state svolte analisi descrittive attraverso il calcolo della Media, del calcolo percentuale e della Deviazione Standard. Il confronto tra le rilevazioni è stato svolto attraverso l'utilizzo del medesimo applicativo.

Risultati

STAY X 1 e 2 (CBA)

L'osservazione descrittiva dei livelli di Ansia di Stato (tensione percepita in un determinato istante) mostra la

seguente distribuzione della frequenza percentuale tra le due rilevazioni:

Livello normale: si attesta al 50% nella prima rilevazione e al 56% nella seconda.

Livello lieve: registra una frequenza del 29% nella Ril. I e del 38% nella Ril. II.

Livello moderato: passa dal 14% (Ril. I) allo 0% (Ril. II).

Livello grave: si attesta al 7% nella prima rilevazione e al 6% nella seconda.

Nella **tabella 2**, vengono riportati i risultati della prima rilevazione inerente l'Ansia di Stato.

Mentre nella **tabella 4** i risultati della seconda rilevazione inerente l'Ansia di Stato.

Per quanto concerne l'Ansia di Tratto (predisposizione abituale e stabile del soggetto verso l'esperienza ansiosa), le distribuzioni percentuali mostrano variazioni più contenute:

Livello normale: si rileva nel 57,1% dei casi nella Ril. I e nel 50% nella Ril. II.

Livello lieve: presenta una frequenza del 14,3% nella Ril. I e del 31,8% nella Ril. II.

Livello moderato: si attesta al 28,6% nella prima rilevazione e al 18,2% (riportato descrittivamente come 18,8% in alcune sezioni d'archivio) nella seconda.

Tabella 2. Risultati della prima rilevazione inerente l'Ansia di Stato

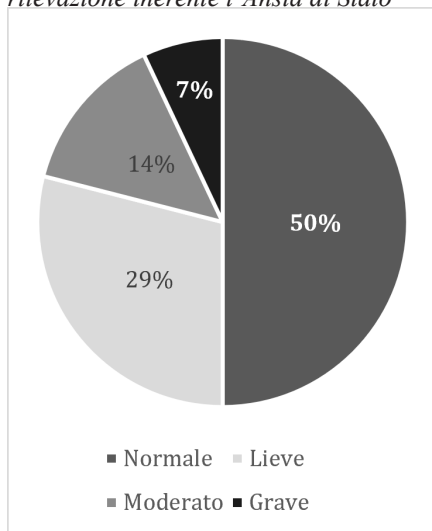
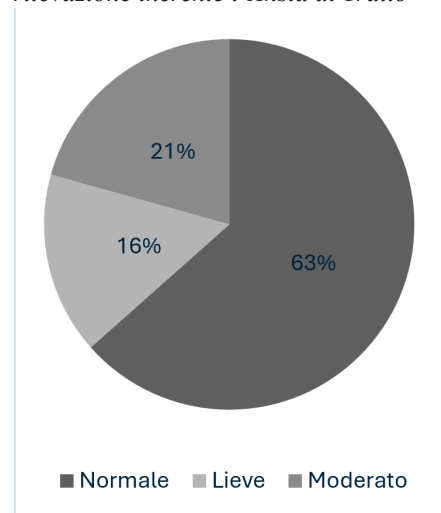


Tabella 3. Risultati della prima rilevazione inerente l'Ansia di Tratto



Nella **tabella 3** vengono riportati i risultati della prima rilevazione inerente l'Ansia di Tratto.

Mentre nella **tabella 5** i risultati della seconda rilevazione inerente l'Ansia di Tratto.

Sotto il profilo puramente descrittivo, il confronto tra i due tempi storici evidenzia una tendenza alla redistribuzione dei punteggi. Nell'Ansia di Stato si osserva uno svuotamento della categoria "moderata" a favore delle fasce "normale" e "lieve". Nell'Ansia di Tratto si rileva un incremento della fascia "lieve" a scapito di quella "normale" e "moderata". In assenza di analisi inferenziali, tali oscillazioni non possono essere considerate espressione di un cambiamento

Tabella 4. Risultati della seconda rilevazione inerente l'Ansia di Stato

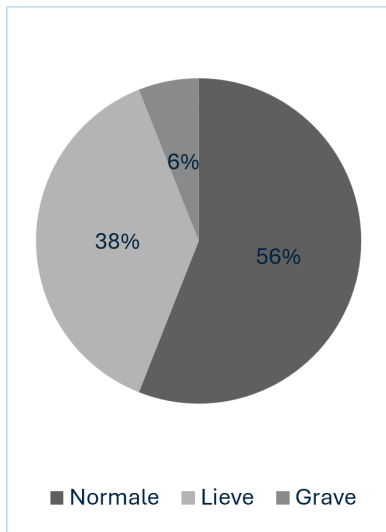
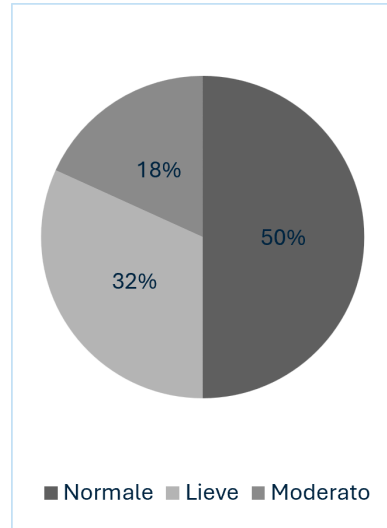


Tabella 5. Risultati della seconda rilevazione inerente l'Ansia di Tratto



statisticamente stabile, rimanendo ascrivibili a possibili fluttuazioni casuali del campione o a variabili confondenti non controllate.

SVEBA

La valutazione descrittiva dello stato depressivo ha evidenziato le seguenti distribuzioni di frequenza nelle due rilevazioni:

Livello normale: 53,8% (Ril. I) rispetto a 43,8% (Ril. II).

Livello borderline: 7,7% (Ril. I) rispetto a 12,5% (Ril. II).

Livello patologico: 23,1% (Ril. I) rispetto a 25% (Ril. II).

Livello clinicamente rilevante: 15,4% (Ril. I) rispetto a 18,8% (Ril. II).

Nella **tabella 6** vengono riportati i risultati della prima rilevazione inerente la SVEBA.

Mentre nella **tabella 7** i risultati della seconda rilevazione inerente la SVEBA.

Il trend evidenziato dai dati d'archivio suggerisce uno spostamento descrittivo verso i livelli di severità superiore (borderline, patologico e clinicamente rilevante) e una contrazione della fascia di normalità. Anche in questo caso, l'andamento osservato descrive una tendenza del campione nel periodo considerato, senza alcuna valenza di significatività statistica.

Tabella 6. Risultati della prima rilevazione inerente la SVEBA

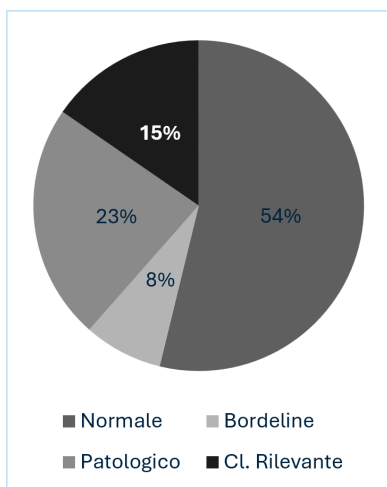
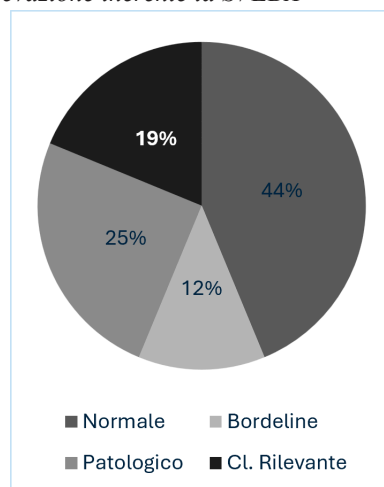


Tabella 7. Risultati della seconda rilevazione inerente la SVEBA



QL-INDEX

I dati relativi alla percezione della qualità della vita, misurata su una scala ordinale da 1 a 10, mostrano una differente configurazione nella distribuzione dei pazienti tra le due rilevazioni:

Nella prima rilevazione (Ril. I), il campione si distribuisce in modo frammentato: un solo paziente registra rispettivamente i valori 4, 5 e 7; due pazienti si attestano sui valori 6 e 8; la frequenza maggiore si osserva sui valori elevati, con tre pazienti sia per il valore 9 sia per il valore 10.

Nella seconda rilevazione (Ril. II), si nota una polarizzazione dei punteggi: due pazienti si registrano rispettivamente per i valori 4, 5 e 8; il valore 7 mostra la concentrazione più elevata con sei pazienti; tre pazienti mantengono il valore 9 e un solo soggetto si posiziona sul valore massimo (10).

Nella **tabella 8** vengono riportati i risultati della prima rilevazione inerente il QL-INDEX.

Mentre nella **tabella 9** i risultati della seconda rilevazione inerente il QL-INDEX.

L'analisi visiva della distribuzione mostra un addensamento dei punteggi attorno al valore centrale-medio (valore 7) nella seconda rilevazione. Data la natura puramente descrittiva dell'analisi, tale fenomeno esprime unicamente una modificazione nella variabilità interna del gruppo e non consente di postulare un effettivo e generalizzato innalzamento o abbassamento dei livelli di qualità della vita statisticamente rilevante.

Discussione

I dati emersi da questo studio offrono una serie di osservazioni esplorative circa l'andamento delle dimensioni psicologiche nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica inseriti nel percorso assistenziale dell'ambulatorio Ma.Re.A.. L'analisi descrittiva delle variazioni tra la

Tabella 8. Risultati della prima rilevazione inerente il QL-INDEX

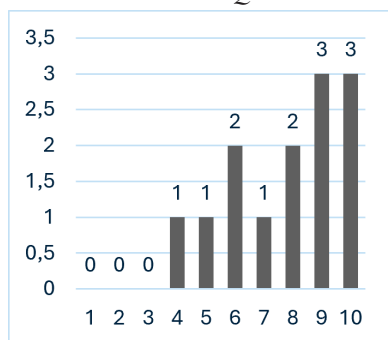
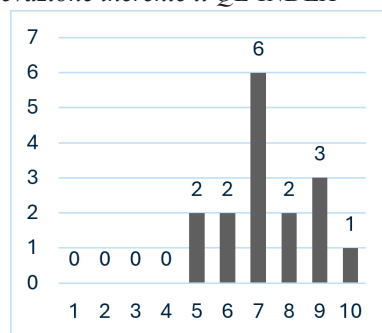


Tabella 9. Risultati della seconda rilevazione inerente il QL-INDEX



prima e la seconda rilevazione suggerisce trend differenti a seconda del costrutto esaminato, che tuttavia richiedono estrema cautela interpretativa a causa della natura preliminare del lavoro. Per quanto riguarda l'ansia percepita al momento della compilazione (Ansia di Stato - STAY X 1), i dati indicano una ridistribuzione delle frequenze con una contrazione dei livelli moderati e gravi. Tale andamento descrittivo potrebbe suggerire che l'inserimento all'interno di un percorso assistenziale strutturato e multidisciplinare possa associarsi a una modulazione della tensione emotiva acuta. Al contrario, l'ansia di tratto (STAY X 2) e lo stato depressivo (SVEBA) mostrano oscillazioni orientate verso un lieve incremento della sintomatologia deflessa e della vulnerabilità ansiosa abituale. Sotto il profilo psicopatologico, questo andamento descrittivo non è inatteso: la MRC è una patologia degenerativa e l'avanzamento biologico della malattia comporta un carico emotivo e un distress inevitabilmente ingravescenti, legati alle crescenti rinunce dietetiche, terapeutiche e alla minaccia dell'imminenza del trattamento sostitutivo. A tal proposito, è fondamentale sottolineare come, tra la prima e la seconda rilevazione, alcuni partecipanti abbiano effettivamente fatto accesso al percorso di emodialisi. Questo evento clinico rappresenta una radicale transizione di vita e una significativa variabile confondente, capace di impattare in modo sostanziale sul tono dell'umore e sui punteggi psicometrici, parzialmente giustificando la tendenza al peggioramento osservata nella scala SVEBA. Infine, per quanto concerne i risultati relativi alla rilevazione del QL-INDEX, la polarizzazione dei punteggi attorno al valore intermedio (valore 7) indica una modifica nella variabilità interna del gruppo nel corso del tempo, che fotografa una parziale stabilità nella percezione della qualità della vita nonostante l'aggravamento del quadro clinico. Sotto il profilo teorico e metodologico, emerge tuttavia una discrepanza tra l'impianto razionale originario dello studio e i dati effettivamente raccolti. Sebbene tra gli obiettivi generali del progetto Ma.Re.A. vi fosse l'ipotesi che il supporto psicologico potesse favorire una maggiore aderenza terapeutica e un conseguente prolungamento del periodo di ingresso al percorso dialitico, il presente studio non ha previsto l'introduzione di outcome specifici e quantificabili per misurare tali variabili cliniche (es. indici biochimici di compliance, registri di aderenza farmacologica o calcolo epidemiologico dei tempi di transizione alla dialisi). Pertanto, tali obiettivi rimangono speculativi e non verificabili attraverso i dati attuali.

Limiti dello studio di ricerca

Il presente lavoro presenta rilevanti criticità metodologiche che ne circoscrivono l'impatto e che devono essere accuratamente considerate: Assenza di un gruppo di controllo: Il disegno dello studio è di tipo esclusivamente pre-post sul medesimo gruppo, senza un braccio di controllo parallelo. Di conseguenza, non è metodologicamente possibile stabilire un nesso di causalità né attribuire le variazioni osservate all'intervento psicologico effettuato, in quanto le oscillazioni dei punteggi potrebbero essere interamente riconducibili a fluttuazioni casuali del campione o a fattori esterni. Fattori confondenti non controllati: Tra le due rilevazioni intercorre un ampio lasso temporale, durante il quale i pazienti sono stati esposti a numerose variabili cliniche e terapeutiche (progressione della malattia, variazioni nella terapia farmacologica, avvio della dialisi per una parte del campione) in grado di alterare i costrutti psicologici esaminati indipendentemente dal supporto psicologico ricevuto. Inoltre, non è possibile escludere un "effetto placebo" o un generico effetto di attenzione clinica legato alla presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare. Mancata standardizzazione e campionamento: La numerosità campionaria è estremamente ridotta (N=17), limitando drasticamente la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, l'intervento psicologico oggetto dello studio – pur basandosi sui principi della Psicologia della Salute e dell'approccio Cognitivo-Comportamentale – ha risposto a esigenze cliniche e assistenziali concrete in un setting reale (real-world setting); di conseguenza, non ha seguito un protocollo rigido e standardizzato, presentando variazioni individuali nel numero, nella frequenza e nella durata complessiva dei colloqui. Fattori contingenti e risposte parziali: Come già evidenziato, l'età avanzata di una parte del campione (età media 67,4 anni con punte fino a 91) ha rappresentato in alcuni casi un limite per la tenuta attenta durante la compilazione. Le condizioni di somministrazione non sempre omogenee (es. durante i ricoveri o immediatamente dopo le visite nefrologiche) e la presenza di dati mancanti (pazienti che hanno risposto solo parzialmente alle scale) introducono ulteriori elementi di distorsione descrittiva. Infine, la raccolta dati in tempi diversi è stata condotta da operatori differenti, aggiungendo una potenziale variabilità inter-rater.

Bibliografia

- Arora, P., & Batuman, V. (2025). Chronic kidney disease (CKD). *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/238798-overview?form=fpf>
- International Society of Nephrology. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1–150. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.73>.
- Boaretti, C., Trabucco, T., Rugiu, C., Loschiavo, C., Magagnotti, C., Fontana, L., Bravi, E., Magalini, A., & Lupo, A. (2006). Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare, sociale nel paziente in trattamento dialitico [Dialysis, adaptation, quality of life, and family support]. *Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Società italiana di nefrologia*, 23(4), 415–423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17063442/>.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Garcia-Llana, H., Remor, E., Del Peso, G., & Selgas, R. (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia : publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 34(5), 637–657. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>
- Huang, C. W., Wee, P. H., Low, L. L., Koong, Y. L. A., Htay, H., Fan, Q., Foo, W. Y. M., & Seng, J. J.

- B. (2021). Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 69, 27–40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Zhang, L., Wang, A. Y.-M., & Yang, C.-W. (2013). Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
- Levin, A., Tonelli, M., Bonventre, J., Coresh, J., Donner, J.-A., Fogo, A. B., Fox, C. S., Gansevoort, R. T., Heerspink, H. J. L., Jardine, M., Kasiske, B., Köttgen, A., Kretzler, M., Lameire, N., Levey, A. S., Nangaku, M., Perkovic, V., Perrone, R. D., Remuzzi, G., Wheeler, D. C. (2017). Global kidney health 2017 and beyond: A roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *The Lancet*, 390(10105), 1888–1917. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2)
- Natale, P., Palmer, S. C., Ruospo, M., Saglimbene, V. M., Rabindranath, K. S., & Strippoli, G. F. (2019). Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD004542. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004542.pub3>
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Fishbane, S., & Strippoli, G. F. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney international*, 84(1), 179–191. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stevens, P. E., & Levin, A. (2013). Evaluation and management of chronic kidney disease: Synopsis of the KDIGO 2012 clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)