



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

Società Italiana di **MEDICINA GENERALE**

Journal of the Italian College of General Practitioners
and Primary Care Professionals

1
2017

SUPPLEMENTO

**Depressione dell'anziano nell'ambulatorio
del medico di medicina generale:
dai sintomi alla terapia**

G. Biggio, O. Brignoli, A.C. Bruni, M.T. Dotti,
D. Fornasari, F. Neviani, G. Pigato, A. Pirani,
C. Vampini, O. Zanetti

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

www.simg.it

Depressione dell'anziano nell'ambulatorio del medico di medicina generale:

dai sintomi alla terapia

G. Biggio¹, O. Brignoli², A.C. Bruni³, M.T. Dotti⁴, D. Fornasari⁵, F. Neviani⁶, G. Pigato⁷, A. Pirani⁸, C. Vampini⁹, O. Zanetti¹⁰

¹Institute of Neuroscience, National Research Council of Italy Monserrato, Cagliari, Italy; Department of Life and Environmental Sciences, Section of Neuroscience and Anthropology, University of Cagliari, Monserrato, Italy; ²MMG Brescia SIMG (Italian College of General Practitioners and Primary Care); ³Regional Neurogenetic Centre, ASP CZ, Lamezia Terme, Catanzaro, Italy; ⁴Department of Medicine, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Siena, Italy; ⁵Department of Medical Biotechnology and Translational Medicine, University of Milan and Institute of Neuroscience, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milan, Italy; ⁶Department of Geriatrics, Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino Estense", Modena and Reggio Emilia University, Modena; ⁷Department of Mental Health, Azienda Ospedaliera Università di Padova, Padova, Italy; ⁸MMG Ferrara SIMG (Italian College of General Practitioners and Primary Care); ⁹Department of Mental Health, Ospedale Civile Maggiore and ULSS 9-Scaligera, Verona, Italy; ¹⁰Alzheimer's Research Unit-Memory Clinic, IRCCS Centro "S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli", Brescia, Italy.

Introduzione

L'invecchiamento mondiale della popolazione si accompagna anche nel panorama europeo a un aumento della popolazione *over 65* anni che, dal 22% dell'anno 2000, salirà al 30% nel 2025¹. In Italia, i soggetti *over 65* rappresenteranno, nel 2065, circa il 33% della popolazione totale², procedendo di pari passo, in uno scenario preoccupante, con l'incremento esponenziale delle patologie età-correlate, quali demenza, malattie cardiovascolari, tumori e depressione. Si stima che nel 2020 la numerosità dei casi di depressione sarà seconda solo alle patologie cardiovascolari³ conferendo un rischio quasi doppio di mortalità^{4,5}. Il medico di medicina generale (MMG), figura fondamentale per il rapporto di fiducia continuativo e diretto con il paziente, deve divenire consapevole dell'entità del problema e sviluppare la capacità di identificare segni e sintomi "sentinella" per un corretto *case finding*. Tuttavia, il MMG ha difficoltà a orientarsi correttamente per la mancanza di strumenti^{6,7} e criteri diagnostici adatti all'assistenza primaria per cui, in alcune situazioni, può incorrere in sovra-diagnosi e conseguente over-treatment della depressione⁸.

Inoltre, in età avanzata i bisogni sono generalmente complessi a causa della frequente coesistenza di disabilità e malattie fisiche che, riducendo l'autonomia della persona, contribuiscono ad aumentare il senso della solitudine a cui le reti di supporto familiare e sociale, spesso disgregate, non riescono a far fronte. Le due condizioni più frequenti nell'anziano – la depressione e il deterioramento cognitivo – sono spesso coesistenti o variamente embricate e questo rende ragione della grande difficoltà alla diagnosi di entrambe le condizioni come patologie autonome. Se la depressione sia un fattore di rischio per la demenza o ne rappresenti una fase clinica prodromica è problematica ancora non risolta e spesso difficile da affrontare, anche nella pratica clinica quotidiana di contesti specialistici⁹⁻¹¹. I familiari hanno necessità di riconoscere sintomatologie sfuggenti e di apprendere comportamenti di aiuto per i congiunti e di sostegno per se stessi. Lo strumento della formazione specifica diviene dunque fondamentale, ma non scindibile dallo sviluppo dei nuovi modelli gestionali di presa in carico che prevedono una forte integrazione tra tutte le componenti sociali e sanitarie del sistema curante.

Obiettivo di questo *position paper* è fornir

re alla rete assistenziale che si occupa del paziente anziano con depressione (MMG *in primis*) un documento basato sulla letteratura più aggiornata che possa essere d'aiuto nella pratica clinica per la diagnosi grazie a scale di valutazione di rapida applicazione e alla gestione terapeutica con specifiche indicazioni di trattamento.

Epidemiologia

Una metanalisi, che comprende 19 studi condotti in 12 paesi Europei tra cui l'Italia su oltre 50.000 soggetti *over 65*, rileva dati di prevalenza di disturbo depressivo maggiore (DDM) del 3,3% (diagnosi categoriale con DSM-IV o ICD-10), percentuale che sale al 27% negli *over 85*, e di DDM precedentemente diagnosticata del 16,5%¹². In studi effettuati mediante scale dimensionali, la prevalenza di diagnosi dimensionale di DDM raggiunge valori del 19,5% (21% in Italia)^{12,13}. Nonostante nella maggior parte dei paesi sviluppati la prevalenza si mantenga costante¹⁴, in Italia si è riscontrato un aumento del DDM negli *over 65*, con valori del 9,2% nel 2007 e del 13% nel 2012, ponendosi al nono posto fra le patologie più comuni in Medicina Generale (MG) e con più fre-

quenti visite (nel 47% una volta/mese, nel 37% più volte/mese)¹⁵.

Netta la prevalenza del DDM nelle donne (11,2%) rispetto agli uomini (7,3%), dato che conferma come il genere rientri tra i fattori di rischio principali. Il DDM negli anziani si associa ad alta comorbidità: polipatologia nell'88% dei casi (58% malattie cardiovascolari, 69% osteoarticolari, 25% respiratorie, 20% dolore, 10% cancro, 17% diabete) con una sola malattia nell'11%, due nel 21%, ≥ 3 nel 56%¹⁴. Inoltre, il DDM si presenta di frequente in comorbidità con diversi sintomi e malattie neurologiche, quali insonnia (40%), Parkinson (40%), epilessia (20-40%)¹⁵⁻¹⁶. Il DDM, oltre a essere associato a ridotti livelli di qualità di vita e a disabilità, è causa comune di mortalità, responsabile dell'80% dei suicidi nei soggetti *over 74*¹⁷. In Italia sono riportati bassi livelli di decessi per suicidio ma, analogamente al contesto mondiale, la quota maggiore interessa gli *over 65*: un suicida su 3 ha oltre 70 anni, senza differenze di genere¹⁸.

Oltre al DDM, sono rilevanti nell'anziano la depressione mascherata (4,9%) e la minore/sottosoglia (10,4% nei pazienti ambulatoriali, 14,4% negli istituzionalizzati, 20% nei casi con *Mild Cognitive Impairment* (MCI)¹⁹. I fattori di rischio per la depressione minore includono l'età, il sesso femminile, le malattie cerebrovascolari, il disturbo d'ansia, la solitudine, nonché l'istituzionalizzazione. Il rischio di mortalità della depressione minore, che rappresenta peraltro un frequente evento predittivo di depressione maggiore, è poco inferiore al DDM; il trattamento ne riduce la mortalità del 7%, così come avviene nel DDM²⁰.

A differenza della genesi funzionale nell'adulto, il DDM nell'anziano riconosce per lo più una base organica¹⁶⁻¹⁷, che può essere prodromica²¹ o di corteo alla demenza, in particolare la forma vascolare²². Recentissime ricerche condotte negli USA e in Olanda – metodologicamente sovrapponibili (scala CES D) – hanno individuato nel DDM grave e progressivo la forma maggiormente correlata con la demenza¹⁰⁻²³. Nei paesi sviluppati, gli anziani depressi si rivolgono soprattutto alla MG, ottenendo una diagnosi corretta in meno del 50% dei casi, con percentuali maggiori nelle forme più lievi⁶⁻²⁴.

Nonostante in Italia si registri un migliore

riconoscimento del DDM negli *over 65* da parte della MG, che assume sempre più un ruolo di riferimento per la popolazione anziana, sono necessari interventi mirati per ottimizzare il processo diagnostico-terapeutico: il 35% dei farmaci antidepressivi è prescritto a falsi positivi e il 62% dei soggetti depressi risulta non trattato⁸⁻¹⁵⁻²⁵.

Quadri clinici

Sebbene l'approccio categoriale del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dell'*American Psychiatric Association*, giunto alla quinta edizione (DSM-5²⁶), mal si presti a "etichettare" l'ampio ventaglio delle espressioni sintomatologiche della depressione senile, esso rappresenta comunque un punto di riferimento culturalmente imprescindibile, peraltro in sintonia con il modello medico dominante.

A rendere complessa la diagnosi di depressione nell'anziano contribuiscono molti fattori psicologici, relazionali e socio-ambientali: la rarefazione delle reti sociali, i lutti, la solitudine non voluta dei luoghi di cura, la deafferentazione sensoriale (quella dovuta a malattie degli organi di senso, in particolare vista e udito), l'embricarsi di sintomi fisici con quelli psicologici, la tendenza a mascherare questi ultimi con problemi somatici, la compresenza di patologie croniche, la disabilità, il combinarsi di deficit cognitivi con le fragilità che nell'età avanzata tendono ad accumularsi²⁷. Gli *stressor* a significato depressogeno più frequenti in età avanzata sono rappresentati dai problemi coniugali o familiari, che includono separazioni o difficoltà relazionali con i figli, dal pensionamento e dalla perdita di ruolo sociale, nonché dal cambio di residenza. La condizione più frequente in assoluto è la comparsa di una malattia fisica con conseguente disabilità, perdita dell'autonomia e della dipendenza. Secondo il DSM-5 i disturbi depressivi dell'anziano includono il DDM, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo altrimenti specificato, il disturbo depressivo senza specificazione. La caratteristica comune a tutti questi disturbi è la presenza di umore triste o di perdita d'interesse e piacere, accompagna-

to da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo. Le differenze tra essi consistono nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta etiologia.

Il **DDM** è caratterizzato da episodi distinti della durata di almeno due settimane, che comportano nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative, e remissioni inter-episodiche. È possibile effettuare la diagnosi sulla base di un singolo episodio, nonostante nella maggior parte dei casi il disturbo sia ricorrente (Tab. I).

Il quadro clinico del DDM varia in modo considerevole lungo l'arco della vita, in particolare tra coloro che hanno avuto una depressione a esordio precoce (*early-onset depression*, EOD) o a esordio tardivo, cioè dopo i 50 anni (*late-onset depression*, LOD). In quest'ultima, i quadri clinici sono variabili e si caratterizzano più spesso per la presenza di apatia, deficit neuropsicologici inclusa la disfunzione esecutiva, nonché modificazioni psicomotorie²⁸⁻²⁹. La depressione senza tristezza è più comune negli anziani e una "sindrome da deplezione" caratterizzata da ritiro, apatia, astenia e adinamia è stata descritta come una delle manifestazioni della depressione senile³⁰.

Negli ultimi vent'anni sono stati fatti significativi progressi nella comprensione della neurobiologia della depressione, sia EOD che LOD, evidenziando il ruolo patogenetico di anomalie funzionali o strutturali nell'ambito di circuiti chiave fronto-sottocorticali. Inoltre, nuovi modelli biomedici hanno incluso, oltre alle alterazioni dei tradizionali sistemi monoaminergici, disfunzioni dei sistemi endocrinologici e immunologici, dei processi infiammatori, dei sistemi delle neurotrofine e alterazioni nell'espressione genica. In particolare, si ritiene che nella LOD una serie di fattori specifici di tipo vascolare e neurodegenerativo contribuiscano alla varietà delle manifestazioni fenotipiche in merito alla patogenesi della depressione. Nell'anziano depresso senza evidente compromissione cognitiva (comunque non affetto da demenza), sono spesso presenti lievi deficit cognitivi compatibili con MCI quali difficoltà di concentrazione e deficit delle funzioni esecutive, nonché rallentamento ideo-motorio³¹. Questi sintomi possono migliorare – anche se non del tutto – dopo la remissione dell'episo-

TABELLA I.**Criteria diagnostici del disturbo depressivo maggiore (DDM).**

A. Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

- 1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni
- 2) marcata diminuzione di interesse o piacere per le attività quotidiane
- 3) significativa perdita di peso o aumento di peso (un cambiamento superiore al 5% in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito
- 4) insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni
- 5) agitazione o rallentamento psicomotori
- 6) faticabilità o mancanza di energia
- 7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti)
- 8) ridotta capacità di concentrarsi, o indecisione
- 9) pensieri ricorrenti di morte (o suicidari) o un tentativo di suicidio

B. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale o lavorativo.

C. L'episodio non è attribuibile a effetti di sostanze o a un'altra condizione medica

dio depressivo e possono essere il sintomo sentinella di una successiva evoluzione in demenza. La depressione con sintomi psicotici si identifica per la presenza di deliri e/o allucinazioni le cui tematiche riguardano classicamente la rovina e la colpa (contenuti congrui all'umore) ma anche temi di ipocondria, gelosia e talora persecuzione (contenuti incongrui all'umore).

Da una metanalisi che ha posto a confronto i sintomi del DDM tra la popolazione dei giovani adulti e quella degli anziani, è emerso come i soggetti in età più avanzata presentino in modo significativo maggiore agitazione, maggiore ipocondria e più frequenti sintomi somatici, minori vissuti di colpa e minore perdita di interesse sessuale³².

Il **disturbo depressivo persistente**, una forma di depressione cronica, può essere diagnosticato quando l'alterazione dell'u-

more ha una durata di almeno 2 anni (Tab. II). La diagnosi del DSM-5 include le categorie diagnostiche del DDM cronico e distimia del DSM-IV.

Il **disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci** può essere correlato a numerosi composti di comune impiego clinico. I più frequentemente citati comprendono benzodiazepine, neurolettici e antipsicotici atipici, beta-bloccanti, steroidi, farmaci anti-Parkinson, estrogeni, progesterone e tamoxifene. Nel **disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica** la variabile chiave è l'eziologia, cioè la relazione causale con un'altra condizione medica. Vi sono chiare associazioni tra depressione e ictus, malattia di Huntington, morbo di Parkinson e danno cerebrale da trauma. Tra le condizioni neuroendocrine, quelle strettamente associate

alla depressione sono il morbo di Cushing e l'ipotiroidismo. Nell'anziano anche l'ipertiroidismo può associarsi a depressione (*apathetic hyperthyroidism*), così come l'ipoparatiroidismo, l'infarto miocardico, le neoplasie (tumore del pancreas, leucemie, linfomi), l'influenza, il deficit di folati o di vitamina B12 e la malnutrizione. Il **disturbo depressivo altrimenti specificato** e il **disturbo depressivo senza specificazione** si applicano alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo depressivo, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi depressivi. Nel primo il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo depressivo, mentre nel secondo la ragione non viene specificata.

Depressione sottosoglia

La prevalenza nella popolazione anziana della depressione sottosoglia (DSS), termine che include sia la depressione minore, sia le subsindromiche, è in genere 2-3 volte più elevata rispetto al DDM (*point-prevalence* mediana: 9.6%). La fenomenologia della DSS comprende tipicamente forme mono- o paucisintomatiche in cui, di volta in volta, l'anedonia, la tristezza, l'apatia o l'ansia/agitazione possono rivestire il ruolo chiave. Il decorso della DSS appare più favorevole rispetto a quello del DDM, ma è lontano dall'essere benigno, con un tasso annuale mediano di remissione sintomatologica completa pari solamente al 27%. Per di più, circa l'8-10% delle persone anziane con DSS sviluppa una depressione maggiore nell'arco di un anno. Alla stregua del DDM, la DSS è associata a un incremento di numero e di gravità di patologie somatiche croniche, a limitazioni funzionali, a un maggior ricorso ai servizi sociosanitari e a un accresciuto rischio di mortalità^{33 34}.

Depressione e demenza

La depressione è oggi riconosciuta sia come fattore di rischio, sia come manifestazione prodromica delle demenze degenerative, malattia di Alzheimer *in*

TABELLA II.**Criteria diagnostici del disturbo depressivo persistente.**

A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno 2 anni. Presenza (quando depresso) di due (o più) dei seguenti sintomi:

- 1) scarso appetito o iperfagia
- 2) insonnia o ipersonnia
- 3) scarsa energia o astenia
- 4) bassa autostima
- 5) difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
- 6) sentimenti di disperazione

*primis*³⁵. Sintomi appartenenti alla costellazione depressiva, non necessariamente inquadrabili nelle rigide maglie categoriali del DSM, appartengono quasi invariabilmente al quadro d'esordio delle demenze degenerative e possono anche anticipare i deficit della sfera cognitiva di alcuni anni, sotto forma di apatia, ritiro sociale, umore deflesso, irritabilità³⁶. Ciò implica un atteggiamento proattivo dei clinici verso un *follow-up* neuro-cognitivo nelle depressioni *late-onset*. La prevalenza di depressione nelle persone affette da malattia di Alzheimer si attesta attorno al 17% (i dati oscillano tra 0 e 75%, a testimoniare le difficoltà di rilevamento); maggiore risulta la prevalenza nelle demenze sottocorticali³⁷. La diagnosi di depressione nei pazienti anziani dementi è complicata da molti fattori, in particolare dal fatto che i due disturbi condividano alcuni sintomi (cognitivi, psicomotori e vegetativi), dal polimorfismo delle manifestazioni depressive lungo il decorso della malattia e dalla progressiva perdita, da parte del paziente, della capacità di riferire i propri sintomi³⁸. L'osservazione prolungata e l'uso di informazioni derivate sia dai pazienti che dai familiari può migliorare la capacità del clinico di identificare la depressione nei pazienti dementi. La depressione viene oggi riconosciuta come un'importante causa di disabilità nelle demenze, in associazione a una ridotta qualità di vita, a un incremento di carico emotivo per i *caregiver* e a un più precoce inserimento istituzionale.

Depressione vascolare

Il termine "depressione vascolare", sul quale a tutt'oggi non esiste concordanza in letteratura, è stato proposto per definire un sottogruppo di depressioni, prevalentemente *late-onset*, caratterizzate da sottili anomalie della sostanza bianca e della sostanza grigia profonda, di possibile origine vascolare, rilevabili alla RMN come lesioni da iperintensità. Non vi è attualmente un consenso sugli aspetti patognomonici della depressione vascolare. Oltre alle lesioni alla RMN, è stata proposta la presenza di fattori di rischio vascolare e di sintomi quali ridotta ideazione depressiva, rallentamento psicomotorio, apatia e deficit della funzione esecutiva. L'ipotesi patogenetica della

depressione vascolare fa riferimento a una lesione delle endoarteriole che irrorano il circuito cortico-striato-pallido-talamo-corticale, coinvolto nella modulazione del tono dell'umore. Un elemento importante per la ricerca è quello di esaminare l'impatto che le alterazioni del SNC (sistema nervoso centrale) di origine vascolare possono avere sull'*outcome* della depressione. La maggior parte degli studi controllati che hanno valutato l'efficacia dei farmaci antidepressivi in pazienti con diagnosi di depressione vascolare, ha evidenziato una scarsa risposta al trattamento. I meccanismi alla base della relativa farmacoresistenza non sono noti: è ipotizzabile che, in seguito al danno delle vie monoaminergiche, gli antidepressivi (AD) non possano esplicare la loro azione farmacodinamica, oppure che alcuni sintomi residui, quali ad esempio l'apatia, rappresentino alterazioni comportamentali correlate al danno sottocorticale in regione frontale e vengano erroneamente interpretate come deflessione del tono dell'umore.

La depressione del caregiver

I *caregiver* hanno doppia probabilità di incorrere in una condizione depressiva rispetto ai loro pari, rischio che è tanto maggiore, quanto più si prolunga il loro ruolo. Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati dall'essere coniuge e dal sentirsi isolati nella propria funzione; anche in seguito all'eventuale scelta di istituzionalizzare il proprio caro, circa il 25% dei *caregiver* manifesta sintomi depressivi. Il consumo di psicofarmaci è significativamente maggiore fra i *caregiver* di persone con demenza³⁹.

La depressione da lutto

Considerata l'elevata prevalenza del lutto nella popolazione anziana, i clinici sono invitati a mantenere un atteggiamento di "critica vigile" rispetto al potenziale incremento di casi di DDM attribuiti a una fisiologica risposta di lutto. Di fatto, in una nota a pie' di pagina, lo stesso DSM-5 si appella al "giudizio clinico" in tal senso, ma la risposta della comunità psichiatrica a questo approccio è a tutt'oggi variegata³⁰.

Strumenti diagnostici

La diagnosi di DDM è difficile per la complessità della terminologia impiegata per

descrivere la psicopatologia, per la diversità dei criteri diagnostico-nosografici di riferimento per gli psichiatri e la MG, nonché per l'incompleta sovrapposizione tra il DSM-5 (più usato in psichiatria) e l'ICD-10 (di applicazione standard in MG). La gestione della depressione nell'anziano si articola in due momenti: 1) la **fase diagnostica**, che a sua volta comprende il *case finding* o riconoscimento della malattia nell'ecosistema biopsicosociale, che dovrà considerare come i criteri del DSM-5 non siano specifici per l'anziano e come i sintomi cognitivi possano essere prominenti⁴⁰ e la diagnosi secondo la nosografia più recente e accettata in MG, e 2) la **presa in carico** che include l'elaborazione e la conduzione di un piano terapeutico appropriato (informazione, educazione, counselling, terapia farmacologica, psicoterapia, monitoraggio, consulenza psichiatrica mirata).

Riconoscimento

Il *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2; Allegato 1) è un breve questionario derivato dal *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)⁴⁰⁻⁴³. Il PHQ-2, dotato di una sensibilità del 100%, una specificità del 77% e un valore predittivo positivo del 14%, è indicato per individuare pazienti anziani ad alto rischio di depressione⁴⁴. Se il punteggio è ≥ 3 è indicato formalizzare la diagnosi con il PHQ-9⁴⁵. La presenza di sintomi depressivi può essere rilevata e proposta al medico non solo dal paziente, ma anche dal familiare, che rappresenta in ambito clinico la fonte essenziale di informazioni per la corretta diagnosi (Fig. 1).

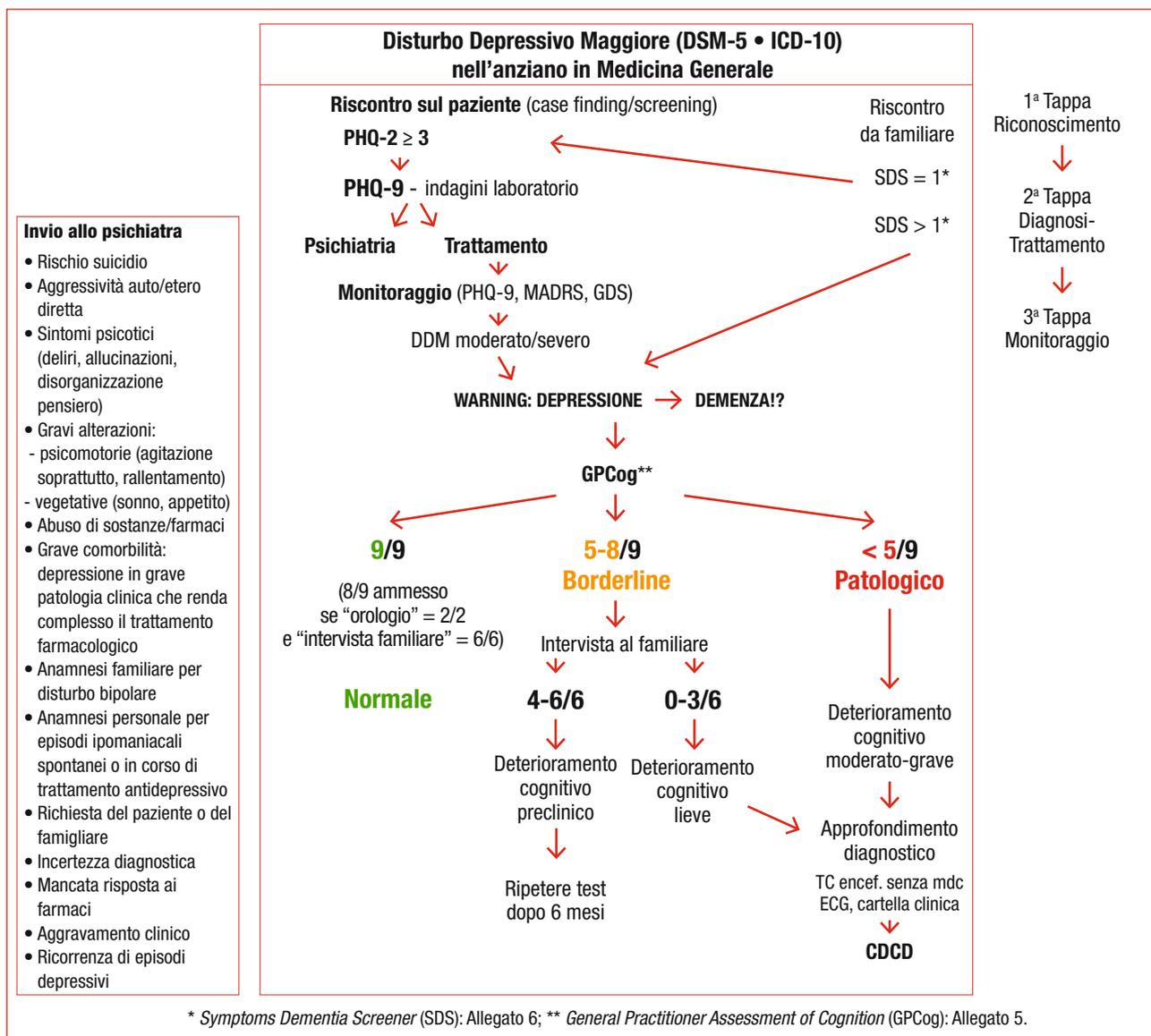
Diagnosi

Il *Patient Health Questionnaire-9* è un questionario (Allegato 2), utilizzato per la diagnosi categoriale, dimensionale⁴⁶ e per il monitoraggio della depressione in MG^{47 48} e in Geriatria⁴⁰. Oltre che in MG, il PHQ-9 è stato validato internazionalmente in diversi *setting* clinici e popolazioni (sensibilità: 92%; specificità: 80%)⁴⁷. Il PHQ-2 e il PHQ-9 sono strumenti auto- ed etero-somministrati, adatti pertanto sia per lo *screening* che per il *case finding*. Entrambi sono validati in lingua italiana e già ampiamente utilizzati in studi epidemiologici^{13 49-51}.

FIGURA 1.

Algoritmo diagnostico del disturbo depressione maggiore (DDM) nell'anziano in Medicina Generale.

Un valore ≥ 3 del PHQ-2, utilizzato per il case-finding di sintomi depressivi nell'anziano, indica la necessità di formalizzare la diagnosi con il PHQ-9. Una volta definito il grado di depressione, il paziente andrà monitorato e, se necessario, seguito da uno specialista. In particolare, deve essere valutato lo stato mentale attraverso test psicometrici, quali GPCog e check-list, (ad es. SDS), qualora vi siano disturbi cognitivi riportati dai familiari. Valori borderline del GPCog (5-8/9) richiederanno il sub test "Intervista al familiare" del paziente: se il punteggio del subtest è 4-6/6, compatibile con deterioramento cognitivo preclinico, si suggerisce rivalutazione del paziente con GPCog dopo sei mesi. Se il sub test "Intervista al familiare" riporta punteggio di 0-3/6, compatibile con deterioramento cognitivo lieve, o il GPCog $< 5/9$, compatibile con deterioramento cognitivo moderato-grave, andranno effettuati ulteriori approfondimenti diagnostici.



Inoltre, il PHQ-9 consente di armonizzare la diagnosi tra i sistemi DSM e ICD, in quanto sovrapponibile al modulo A per la depressione del *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI), questionario psichiatrico strutturato che soddisfa i criteri sia del DSM⁵², sia dell'ICD 10⁵³. Il punteggio del PHQ-9 inquadra 5 diversi livelli di depressione: 0-4: assente; 5-9: sintomi depressivi

minimi/depressione sottosoglia; 10-14: DDM lieve; 15-19: DDM moderato; ≥ 20 : DDM severo^{42,54}. È importante, nell'anziano, individuare la depressione subsindromica-sottosoglia che spesso include disordini dell'adattamento o sintomi ansiosi, può causare disabilità funzionali e nascondere una DM che non rientra negli attuali criteri diagnostici⁴⁰.

Monitoraggio

Anche il monitoraggio può essere effettuato con strumenti semplici quali PHQ-9^{40,55,56} o più articolati come la scala dimensionale *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS, Progetto Psiche – SIMG, Allegato 3)^{57,58}, in uso routinario nel gestionale Millewin, o la categoriale *Geriatric Depression Scale* (GDS, Allegato 4)⁵⁹.

Diagnosi differenziale

La depressione può precedere non solo la demenza conclamata, ma anche il *Mild Cognitive Impairment* ²¹: il 53 % degli anziani con demenza di Alzheimer utilizza farmaci psicotropi (17% antipsicotici, 32,5% antidepressivi, 44,4% benzodiazepine) già un anno prima della diagnosi contro il 33% della popolazione anziana ⁶⁰. In particolare, la depressione grave fin dall'esordio o in costante peggioramento deve essere valutata per la possibile presenza di decadimento cognitivo e, in caso negativo, monitorata regolarmente per un più elevato rischio di comparsa di demenza ^{10 23}. La diagnosi differenziale dovrà quindi comprendere:

- valutazione clinica e laboratoristica (TSH reflex, B₁₂, calcio, funzionalità epato-renale, elettroliti, esame urine, emocromo) ⁴⁰;
- valutazione dello stato mentale con brevi test psicometrici (Fig. 1) quali il GPCog ^{61 62} (Allegato 5) o check-list (SDS, Allegato 6) qualora i disturbi cognitivi siano riportati dai familiari (www.demenzemedicinagenerale.net). Qualora GPCog e/o SDS e l'anamnesi familiare riscontrino una compromissione cognitiva, il medico di MG valuterà se il suo paziente necessita di approfondimento diagnostico presso un CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze).

Consulenza psichiatrica

La richiesta di una consulenza psichiatrica – anche urgente in pronto soccorso – si giustifica sulla base di criteri clinici quali il riscontro di sintomi gravi, inusuali, di idee o piani suicidari, o di significativa compromissione funzionale, sul piano personale/relazionale/lavorativo ^{23 42 54 57} (Fig. 1). È da sottolineare come la depressione non debba essere una diagnosi di esclusione e come il suo riconoscimento implichi una gestione del paziente anziano basata su un approccio multidisciplinare integrato. Lo psichiatra può intervenire sia per consulenza (revisione diagnostica e/o gestione della resistenza al trattamento), sia per monitoraggio (ad es. casi gravi che richiedano ospedalizzazione e attivazione di risorse socio-assistenziali extra-ospedaliere ⁶³).

Il trattamento farmacologico

Indicazioni al trattamento

Il consenso è unanime rispetto alla necessità di trattare un soggetto anziano con un quadro di DDM; nelle forme sottosoglia (PHQ 9: 5-9) o nelle depressioni "lievi" (PHQ 9: 10-14) a insorgenza più recente invece, l'esigenza di un trattamento farmacologico non sembra essere supportata da forti evidenze in letteratura. In generale, si sconsiglia l'uso routinario di antidepressivi a favore di un atteggiamento di "attesa vigile", con interventi psicosociali che includano un supporto psicologico costante e attività psico-educazionali rivolte sia ai pazienti, sia ai *caregiver*. In caso di mancato miglioramento dopo 4-6 settimane, di elementi anamnestici, familiari o personali, di tipo affettivo o di eventi stressanti persistenti, è buona pratica iniziare un trattamento con antidepressivi ^{17 64} (Tab. III).

Principi di trattamento

La scelta di un antidepressivo dovrà necessariamente tenere conto della risposta a precedenti trattamenti, delle eventuali farmacoterapie concomitanti, del rischio potenziale di sovradosaggio, nonché del tipo di depressione (ansiosa, inibita, psicotica, bipolare, ecc.). Il trattamento con antidepressivi si dimostra efficace anche in quadri di comorbilità con patologie sistemiche, nei quali richiede però una maggiore attenzione al fine di evitare che la terapia stessa possa determinare un peggioramento della malattia o che possa indurre effetti collaterali rischiosi. In particolare, composti con marcata azione anticolinergica o antiadrenergica – come i triciclici – possono peggiorare le demenze, le cardiopatie, il diabete e la

malattia di Parkinson. È importante, infine, minimizzare le interazioni farmacologiche (farmacodinamiche e farmacocinetiche), particolarmente probabili negli anziani per la frequente politerapia.

Scelta dell'antidepressivo

Sei metanalisi condotte negli ultimi 15 anni hanno documentato come farmaci antidepressivi di I e II generazione siano superiori al placebo ed equivalenti tra loro nell'indurre la remissione di episodi depressivi maggiori ⁶⁵⁻⁷⁰. Alcuni studi documentano, peraltro, che gli AD triciclici sono più efficaci degli SSRI in pazienti con DDM grave. Oltre all'efficacia antidepressiva, espressa dalle variazioni dei punteggi globali delle *rating scale* utilizzate negli RCT, è di grande rilevanza, nella pratica clinica, la valutazione di una eterogeneità nello spettro di efficacia da parte dei vari antidepressivi, in relazione ai principali ambiti dimensionali della depressione senile. *Essi rappresentano di fatto, al di là di ogni formalizzazione categoriale, la peculiare espressione della malattia depressiva nel singolo individuo e pertanto, sono da considerarsi i bersagli clinici elettivi di un trattamento mirato alla remissione sintomatologica*. La scelta dell'antidepressivo si deve basare sul miglior profilo di effetti indesiderati e sul più basso rischio di interazioni farmacologiche ⁷¹. Nella Tabella IV sono elencati gli antidepressivi più utilizzati negli anziani, i relativi dosaggi e gli effetti indesiderati più rilevanti, osservati nella pratica clinica e riportati dalla letteratura ^{64 72 73}.

Il dosaggio terapeutico andrà raggiunto iniziando da una dose anche più bassa di quella indicata nel range terapeutico e titolando gradualmente sino a entrare in range.

TABELLA III.

Elementi per valutare la gravità della depressione e la necessità di un trattamento farmacologico.

1	L'entità della deflessione timica e/o dell'anedonia
2	La comparsa o il peggioramento di disturbi del sonno, dell'appetito, astenia /adinamia
3	Variazioni circadiane della sintomatologia con peggioramento al mattino
4	La presenza di agitazione o rallentamento psicomotorio
5	Una durata dell'episodio di almeno 2 settimane
6	Sintomi psicotici concomitanti

Ulteriori incrementi andranno effettuati in base alla risposta terapeutica e alla tollerabilità individuale.

All'interno della classe degli SSRI, sia la fluoxetina, sia la paroxetina, sono poco raccomandate per la terapia antidepressiva negli anziani: la prima per la lunga emivita e per i prolungati effetti indesiderati; la

seconda per gli eventuali effetti anticolinergici. Citalopram, escitalopram, sertralina (a basse dosi), venlafaxina, mirtazapina, bupropione e trazodone offrono, tra gli antidepressivi di seconda generazione, il miglior profilo per quanto riguarda le interazioni farmacocinetiche. Al contrario, fluoxetina, fluvoxamina e paroxetina presentano

un rischio maggiore di interazioni farmacocinetiche⁷⁴.

Gli AD triciclici vengono attualmente indicati come terapia di seconda linea nel trattamento della depressione senile, in considerazione del rapporto rischio-beneficio meno favorevole. In particolare, i composti aminici secondari quali nortriptilina e desi-

TABELLA IV.

Antidepressivi più utilizzati negli anziani.

Classe e Composti	Dose iniziale indicativa (mg)	Ambito di dosaggio terapeutico nell'anziano (mg)	Effetti indesiderati comuni	Effetti indesiderati meno comuni
SSRI				
Citalopram	10	20	Nausea, disfunzioni sessuali cefalea, sindrome da attivazione, insonnia	Iponatriemia, EPS, sanguinamenti anomali, apatia
Escitalopram	5	10	Nausea, disfunzioni sessuali cefalea, sindrome da attivazione, insonnia	Iponatriemia, EPS, sanguinamenti anomali, apatia
Sertralina	25	50-200	Nausea, disfunzioni sessuali, diarrea, cefalea, sindrome da attivazione, insonnia	Iponatriemia, EPS, sanguinamenti anomali, apatia
SNRI				
Duloxetina	30	60-120	Nausea, cefalea, sindrome da attivazione, insonnia, disfunzioni sessuali, stipsi, secchezza delle fauci	Iponatriemia, EPS, sanguinamenti anomali
Venlafaxina	37,5	150-225	Nausea, cefalea, sindrome da attivazione, insonnia, sudorazione, disfunzioni sessuali, stipsi, secchezza delle fauci, ipertensione arteriosa (dose-dipendente)	Iponatriemia, EPS, sanguinamenti anomali
NaSSa				
Mirtazapina	15	30-45	Sonnolenza, secchezza delle fauci, incremento ponderale	Tremore, iponatriemia
SARI				
Trazodone	25	75-300	Sonnolenza, cefalea, secchezza delle fauci, vertigini, ipotensione ortostatica, nausea	Iponatriemia, priapismo, aritmie
DARI o DNRI				
Bupropione	150	150-300	Ansia, agitazione, cefalea, insonnia, tremori	Crisi epilettiche (dose-dipendente)
Antidepressivi triciclici				
Desipramina	10-25	50-150	Effetti anticolinergici centrali e periferici (deficit cognitivo, secchezza delle fauci, stipsi, deficit di accomodazione), ipotensione ortostatica, tachicardia, disfunzioni sessuali	Deficit di conduzione cardiaca, aritmie
Nortriptilina	10-25	50-100		
Antidepressivi multimodali				
Vortioxetina	5	5-10	Nausea, sogni anormali, capogiro, diarrea, costipazione, vomito, prurito	Rossore, sudorazione notturna

pramina, rappresentano i triciclici d'impiego più documentato negli anziani grazie alla minore collateralità di tipo autonomico; sono invece sconsigliati i composti aminici terziari (amitriptilina, clomipramina, imipramina, ecc.)⁷².

Trazodone

Il trazodone è un farmaco scoperto dalla ricerca Angelini negli anni '60 e tuttora utilizzato con successo nella terapia della depressione. Nonostante svolga un'azione sul sistema serotoninergico, il trazodone si differenzia da altri antidepressivi, quali SSRI e SNRI, che intervengono essenzialmente aumentando il neurotrasmettitore. Trazodone, infatti, è un farmaco antidepressivo multifunzionale che agisce in maniera dose-dipendente⁸². Oltre ad aumentare la disponibilità della serotonina a livello delle sinapsi (mediante l'inibizione della sua ricaptazione), trazodone blocca alcuni recettori specifici per la serotonina (5-HT_{2A} e 5-HT_{2C}) ed esercita anche un modesto effetto antistaminico e anti- α -adrenergico⁸¹. Le caratteristiche farmacodinamiche del trazodone lo rendono, per alcuni aspetti, vantaggioso rispetto ad altri antidepressivi mostrando, già a basso dosaggio, una rapida efficacia su molti dei sintomi target caratterizzanti il disturbo depressivo. Inoltre, trazodone è ben tollerato e determina raramente sintomi quali disfunzione sessuale, aumento di peso, attivazione e/o viraggi maniacali⁸¹; non causa, in genere, effetti extrapiramidali o anticolinergici di rilievo e non è controindicato nel glaucoma e nei disturbi minzionali. Pertanto, il farmaco, nelle sue varie formulazioni, ha trovato valido impiego in psicogeriatrica, in particolare nel trattamento della depressione senile associata a sintomi dell'ansia, dell'insonnia e/o disturbi comportamentali in corso di demenza⁸³⁻⁸⁵.

Dosaggi

La dose iniziale raccomandata degli antidepressivi nell'anziano dovrebbe corrispondere alla metà di quella prescritta in un adulto giovane, al fine di minimizzarne il rischio di eventuali effetti collaterali. L'incremento di questi ultimi è verosimilmente dovuto alla riduzione del metabolismo epatico in età senile, a malattie somatiche intercorrenti e a interazioni farmacologiche. Oltre a seguire la tradizionale raccomandazione *start*

Trazodone cloridrato è considerato il capostipite di una classe di farmaci antidepressivi denominata SARI (*Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor*).

Efficace nel trattamento dei disturbi depressivi, compresa la depressione associata ad ansia e disturbi del sonno, agisce come inibitore del *reuptake* della serotonina e come antagonista dei recettori 5-HT₂, la cui attivazione è comunemente associata a insonnia, ansia, agitazione e ad alterazioni della funzione sessuale. Oltre all'azione serotoninergica il trazodone ha un'azione antagonista sui recettori H₁ e α 1-adrenergici.

Nell'attuale pratica clinica, soprattutto se riferita al paziente anziano, trazodone tende ad essere più frequentemente prescritto a bassi dosaggi (50-150 mg/die), già dimostrando una rapida efficacia nel miglioramento sintomatico della depressione senile associata ad ansia, insonnia e/o disturbi comportamentali in corso di demenza.

Incrementando le dosi di trazodone (150-300 mg) l'azione combinata di antagonismo 5HT_{2A} e di blocco del SERT contribuiscono in modo determinante all'azione antidepressiva. A livello di alcune aree specifiche, quali corteccia frontale, ippocampo e nucleo accumbens, il blocco dei recettori 5HT_{2A} e 5HT_{2C} si traduce in una facilitazione del rilascio di dopamina e/o noradrenalina correlato con un marcato miglioramento della funzione cognitiva e impedisce l'insorgere di apatia e appiattimento emozionale, possibile con l'utilizzo degli SSRI. A livello ippocampale l'aumento dei livelli sinaptici delle catecolamine potenzia, con un meccanismo sinergico, la stimolazione della neurogenesi indotta dalla selettiva attivazione dei recettori 5HT_{1A}. Il potenziamento del processo di neurogenesi, si traduce in un miglioramento delle capacità cognitive e del tono dell'umore.

Le diverse formulazioni e i diversi dosaggi del farmaco rispondono infatti a diverse esigenze cliniche nell'approccio alla depressione con positive implicazioni cliniche di efficacia e tollerabilità: da un lato i bassi dosaggi (50-150 mg/die) e i rilasci immediati garantiscono un'azione precoce sulla dimensione sintomatica della depressione associata ad ansia e disturbi del sonno, grazie all'azione recettoriale antagonista (5HT_{2A/2C}, H₁ e α 1); dall'altro i dosaggi più elevati (150-300 mg/die) e le formulazioni a rilascio prolungato (RP) e la più innovativa Contramid) consentono un approccio farmacologico appropriato sul nucleo serotoninergico della depressione con migliorata tollerabilità.

La compromissione del ritmo sonno-veglia tipica del paziente depresso rappresenta una condizione particolarmente stressante per l'omeostasi funzionale dei neuroni. Ripristinare un fisiologico ritmo sonno-veglia svolge quindi un ruolo cruciale nella modulazione della sfera cognitiva, affettiva ed emozionale. La peculiare efficacia di trazodone nel normalizzare il ritmo sonno-veglia nel paziente depresso, già a basso dosaggio, rappresenta un importante valore aggiunto utile a rendere più efficace, soprattutto a livello cognitivo, il trattamento a lungo termine dei disturbi depressivi.

Gli effetti indesiderati registrati in pazienti trattati con trazodone sono stati riportati in Tabella IV. Studi negli animali hanno dimostrato che trazodone è meno cardiottossico degli antidepressivi triciclici e studi clinici suggeriscono che è meno probabile che causi aritmie cardiache nell'uomo. Studi clinici in pazienti con malattie cardiache preesistenti indicano che trazodone può essere aritmogeno in alcuni pazienti di quella popolazione.

low and go slow l'obiettivo del clinico deve essere quello di incrementare il dosaggio dell'antidepressivo regolarmente a intervalli di 1-2 settimane, a seconda della tollerabilità individuale, con l'obiettivo di raggiungere una dose terapeutica il più rapidamente possibile, comunque entro un mese⁷⁵. La variabilità individuale nell'assetto farmacocinetico, al netto dell'invecchiamento, può far sì che alcuni soggetti possano richiedere dosaggi più elevati della media dei loro coetanei. Se non vi è alcun miglioramento apprezzabile dopo 3-4 settimane a dosaggi adeguati, è improbabile che il paziente

possa ottenere una risposta terapeutica dal trattamento in atto e si pone il problema di un cambiamento dell'antidepressivo. La tecnica di cambiamento più corretta è la *cross-titration*, che consiste nella riduzione graduale del primo antidepressivo scelto e nel progressivo aumento di dosaggio del secondo.

Sindrome da sospensione

L'interruzione brusca degli antidepressivi, in particolare di paroxetina e di venlafaxina, può indurre una sindrome da sospensione che include ansia, insonnia, vertigini,

irritabilità, nausea, vomito e sintomi simil-influenzali. In considerazione del quadro descritto, la sospensione del trattamento dovrà avvenire gradualmente, nell'arco di alcune settimane. Tutti i pazienti cui viene prescritto un antidepressivo, e i loro eventuali *caregiver*, dovrebbero essere informati del rischio di questa sindrome⁷⁶.

Durata del trattamento

La durata del trattamento con antidepressivi negli anziani va correlata al numero degli episodi depressivi pregressi (Tab. V) e alla presenza di fattori di rischio significativi (tentativi anticonservativi, *stressor* psicosociali, malattie somatiche croniche, grave disabilità, ecc.)⁷⁷⁻⁷⁸. Il trattamento continuativo ha evidenziato una riduzione del 28% nel rischio assoluto di recidiva⁷⁹. È importante sottolineare come durante il trattamento a lungo termine sia consigliato mantenere i dosaggi impiegati nella fase acuta, in quanto una loro riduzione nella fase di mantenimento corrisponderebbe a una riduzione di efficacia nella prevenzione delle ricadute⁸⁰.

From the bed side to the bench

Nei pazienti con episodi depressivi ricorrenti è sempre associata una significativa riduzione dello spessore e del volume delle aree cerebrali coinvolte nella regolazione della sfera affettiva emozionale e cognitiva, suggerendo che l'ipotrofismo neuronale e il conseguente *impairment* funzionale svolgano un ruolo cruciale nella genesi e nella progressiva e ricorrente manifestazione di questa malattia⁸⁶⁻⁸⁷. L'aumentata e persistente ipersecrezione di cortisolo in seguito a una progressiva ed eccessiva attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è ritenuta causa capace di ridurre l'espressione e la sintesi dei fattori trofici con conseguente ipotrofismo neuronale e inibizione della neurogenesi⁸⁸. Dati scientifici degli ultimi

15 anni dimostrano che farmaci antidepressivi, sviluppati per aumentare selettivamente la concentrazione di monoamine a livello sinaptico, associano a tale meccanismo un'azione finora sconosciuta, ma cruciale per la loro efficacia clinica: sono in grado di modulare in modo diretto o indiretto la funzione dei *cluster* di geni coinvolti nell'espressione e nella sintesi di fattori trofici, meccanismo che nel lungo termine permette il ripristino, parziale o totale, dei deficit morfologici e funzionali dei neuroni. Questa evidenza riconcilia l'apparente paradosso tra la capacità degli antidepressivi di aumentare, in poche ore, i livelli sinaptici di monoamine e la loro efficacia clinica evidente solo dopo tempi prolungati di trattamento, che non si potrà limitare quindi alla semplice remissione dei sintomi⁸⁸⁻⁸⁹.

Il trattamento non farmacologico

Il trattamento farmacologico della depressione senile, per la natura intrinsecamente multi-fattoriale (biopsicosociale) della patologia, per la frequente politerapia e per la maggior predisposizione agli effetti collaterali dei soggetti anziani, può richiedere un'integrazione con altre strategie di intervento, di tipo psicologico e/o somatico, che verranno descritte in seguito⁹⁰⁻⁹¹.

Interventi psicologici

Diversi sono gli interventi di tipo psicologico suggeriti per affrontare la depressione nel paziente anziano: le terapie *problem-solving* (TPS) che migliorano le capacità di coping, le terapie cognitivo-comportamentali (TCC) focalizzate al riconoscimento e alla modifica di stili cognitivo-comportamentali maladattativi del paziente⁹², e infine la terapia interpersonale (TIP) che prevede l'elaborazione psicoterapica di tipo pragmatico (supporto psicologico, gioco dei ruoli) – di "focus"

problematici relativi alla vita relazionale del paziente che verosimilmente possono aver influenzato l'inizio e la ricorrenza degli episodi depressivi⁹³.

Va sottolineato come qualsiasi intervento psicologico nell'anziano, soprattutto in presenza di sintomi fisici e/o cognitivi, richieda molta flessibilità e modifiche tecniche che ne facilitino l'applicazione; particolarmente utili risultano semplici misure di supporto integrate nell'ambiente quotidiano (liste di cose da fare, l'utilizzo di strumenti quali calendari o orologi), la rimozione di eventuali barriere fisiche e/o sociali al trattamento, nonché il sostegno emotivo costante da parte dei *caregiver* e il loro coinvolgimento nel percorso di malattia.

Interventi somatici

Le evidenze suggeriscono come l'esercizio fisico possa produrre effetti positivi sulla plasticità cerebrale e sulla cognitività, soprattutto in relazione alle funzioni esecutive, particolarmente colpite nella patologia depressiva⁹⁴⁻⁹⁵. L'associazione di una attività fisica combinata a una terapia antidepressiva è risultata superiore alla sola terapia farmacologica nella remissione dei sintomi depressivi nel paziente anziano⁹⁶. Tuttavia nelle situazioni particolarmente gravi quali la depressione psicotica e catatonica, e ancora nei pazienti con tendenza suicidaria, la terapia elettroconvulsivante (TEC), è risultata particolarmente indicata con un buon profilo di sicurezza, tassi di risposta fino al 70% e con una rapidità d'azione maggiore rispetto al trattamento con antidepressivi⁹⁷⁻⁹⁹.

Conclusioni

L'elevata frequenza e le immense problematiche correlate alla depressione dell'anziano, nelle sue variegata e a volte sfuggenti forme, devono essere attentamente considerate da parte di tutto il sistema curante, società e famiglia comprese. In tale contesto, il MMG dovrà effettuare un monitoraggio costante, in quanto *gatekeeper* del percorso assistenziale, mediante scale di valutazione semplici che possano affiancarlo, sia nel processo di *case finding*, sia nella presa in carico. In questo modo, anche in collaborazione con altre figure specialistiche, potrà meglio definire le strategie terapeutiche, farmacologiche e

TABELLA V.

Durata del trattamento in relazione agli episodi depressivi pregressi.

N. episodi depressivi in età avanzata	Durata del trattamento
1	Almeno 1 anno
2	2-3 anni o più (valutare fattori di rischio)
3 o più	Tutta la vita

non, che aiutino i pazienti a superare, contrastare o contenere queste gravi e invalidanti patologie. Gli estensori del documento, professionisti di varia tipologia ma tutti afferenti al SSN, hanno voluto mettersi a confronto rispetto all'obiettivo "paziente anziano con depressione", armonizzando le proprie e specifiche competenze e costruendo una "rete di conoscenza" proprio allo scopo di favorire questo processo. Lo stesso metodo andrebbe applicato negli ambulatori di qualsivoglia professionista: **condividere conoscenze ed esperienze per il benessere del paziente.**

Bibliografia

- 1 ISTAT. *Tendenze demografiche, trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema di Welfare*. 2014.
- 2 ISTAT. *Italia in cifre*. 2015.
- 3 WHO. www.who.int/mental_health/management/depression.
- 4 Rozzini R, Trabucchi M. *Depressive symptoms, their management, and mortality in elderly people*. J Am Geriatr Soc 2012;60:989-90.
- 5 Kennedy GJ, Castro J, Chang M, et al. *Psychiatric and Medical Comorbidity in the Primary Care Geriatric Patient-An Update*. Curr Psychiatry Rep 2016;18:62.
- 6 Mitchell A, Rao S, Vaze A. *Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age*. Psychother Psychosom 2010;79:285-94.
- 7 Mojtabai R. *Diagnosing depression in older adults in primary care*. N Engl J Med 2014;370:1180-2.
- 8 Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, et al. *Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression*. Psychother Psychosom 2005;74:225-30.
- 9 Bennett S, Thomas AJ. *Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?* Maturitas 2014;79:184-90.
- 10 Kaup AR, Byers AL, Falvey C, et al. *Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia*. JAMA Psychiatry 2016;73:525-31.
- 11 Reppermund S. *Depression in old age-the first step to dementia?* Lancet Psychiatry 2016;3:593-5.
- 12 Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. *The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis*. Ageing Res Rev 2013;12:339-53.
- 13 Contoli B; Gruppo Tecnico Passi d'Argento. *World Mental Health Day 2014. Sintomi depressivi nella popolazione anziana: i dati di Passi d'Argento*. www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/depressione.
- 14 Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, et al. *Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative*. Depress Anxiety 2010;27:351-64.
- 15 Italiano D, Mazzoleni F. *Depressione e comorbidità nel setting della Medicina Generale: dall'appropriatezza prescrittiva all'aderenza terapeutica nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi - Parte I*. Rivista SIMG 2014;5:19-23.
- 16 Alexopoulos GS, Kelly RE Jr. *Research advances in geriatric depression*. World Psych 2009;8:140-9.
- 17 Alexopoulos GS. *Depression in the elderly*. Lancet 2005;365:1961-70.
- 18 Istituto Superiore Sanità. 2014. www.epicentro.iss.it/temi/mentale/SuicidItalia2014.asp.
- 19 Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, et al. *Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review*. J Affect Disord 2014;152-4:28-38.
- 20 Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, et al. *Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both*. Br J Psychiatry 2013;202:22-7.
- 21 Zahodne LB, Stern Y, Manly JJ. *Depressive symptoms precede memory decline, but not vice versa, in non-demented older adults*. J Am Geriatr Soc 2014;62:130-4.
- 22 Diniz BS, Butters MA, Albert SM, et al. *Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies*. Br J Psychiatry 2013;202:329-35.
- 23 Mirza SS, Wolters FJ, Swanson SA, et al. *10-year trajectories of depressive symptoms and risk of dementia: a population-based study*. Lancet Psychiatry 2016;3:628-35.
- 24 Karlsson B, Johnell K, Sigström R, et al. *Depression and Depression Treatment in a Population-Based Study of Individuals Over 60 Years Old Without Dementia*. Am J Geriatr Psychiatry 2016;24:615-23.
- 25 Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D, et al. *Late-life depression in primary care: a nationwide Italian epidemiological survey*. J Am Geriatr Soc 2002;50:77-83.
- 26 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: APA 2013.
- 27 Rozzini R, Vampini C, Ferranini L, et al. *La depressione nella persona che invecchia*. Psicogeriatría 2015;X(Suppl 2):gennaio-aprile.
- 28 Naismith SL, Norrie LM, Mowszowski L, et al. *The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features*. Prog Neurobiol 2012;98:99-143.
- 29 Weisenbach SL, Kumar A. *Current understanding of the neurobiology and longitudinal course of geriatric depression*. Curr Psychiatry Rep 2014;16:463.
- 30 Sachdev PS, Mohan A, Taylor L, et al. *DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview*. Harv Rev Psychiatry 2015;23:320-8.
- 31 Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al. *Practice parameter: early detection of dementia: Mild Cognitive Impairment (an evidence-based review)*. Neurology 2001;56:1133-42.
- 32 Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, et al. *Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis*. Br J Psychiatry 2012;200:275-81. Interview: *Reliability and Validity According to the CIDI*. European Psychiatry 1997;12:224-31.
- 33 Lyness JM. *Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients*. Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:773-81.
- 34 Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, et al. *A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults*. J Affect Disord 2011;129:126-42.
- 35 Byers AL, Yaffe K. *Depression and risk of developing dementia*. Nat Rev Neurol 2011 3;7:323-31.
- 36 Boyle LL, Porsteinsson AP, Cui X, et al. *Depression predicts cognitive disorders in older primary care patients*. J Clin Psychiatry 2010;71:74-9.
- 37 Teng E, Ringman JM, Ross LK, et al.; Alzheimer's Disease Research Centers of California-Depression in Alzheimer's Disease Investigators. *Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria*. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:469-77.
- 38 Enache D, Winblad B, Aarsland D. *Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment*. Curr Opin Psychiatry 2011;24:461-72.
- 39 Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. *Caregiver Burden. A clinica Review*. JAMA 2014;311:1052-9.
- 40 Reuben DB. *Geriatrics at Your Fingertip*. New York: American Geriatrics Society 2016, pp. 78-82.
- 41 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener*. Med Care 2003;41:1284-92.
- 42 MacArthur JD, MacArthur CT. *MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary*

- Care. Depression management tool kit 2009. 2009. www.depression-primarycare.org.
- 43 Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010;8:348-53.
- 44 Li C, Friedman B, Conwell Y, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:596-602.
- 45 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999;282:1737-44.
- 46 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
- 47 Gilbody S, Richards D, Brealey S, et al. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22:1596-602.
- 48 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:345-59.
- 49 Pigni M, Passamonti M, Fraticelli C, et al. (2001). *Epi.So.De. La presentazione somatica della depressione e dell'ansia*. *Rivista SIMG* 2001;(8):10-13.
- 50 Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, et al. *Il Patient Health Questionnaire (Phq) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti dell'intervista clinica strutturata per il DSM-IV asse I (Scid-I)*. *G Ital Psicopatol* 2003;9:235-242.
- 51 D'Argenio P, Minardi V, Mirante N, et al. *Confronto tra due test per la sorveglianza dei sintomi depressivi nella popolazione*. *Not. Ist Sup Sanità* 2013;26:i-iii;
- 52 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
- 53 Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- 54 Trangle M, Gursky J, Haight R, et al. *Adult Depression in Primary Care*. Updated March. Institute for Clinical Systems Improvement 2016, p. 107.
- 55 Löwe B, Unützer J, Callahan CM, et al. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;42:1194-201.
- 56 Park M, Unützer J. *Geriatric depression in primary care*. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:469-87.
- 57 Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- 58 Conti L. *Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria*. Firenze: SEE Editore 1999.
- 59 Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO 3rd, et al. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *Int Psychogeriatr* 1991;3:23-8.
- 60 Tolppanen AM, Taipale H, Koponen M, et al. Cohort profile: the Finnish Medication and Alzheimer's disease (MEDALZ) study. *BMJ Open* 2016;6:e012100.
- 61 Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:530-4.
- 62 Pirani A, Brodaty H, Martini E, et al. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to crossnational implementation of a screening test for dementia in general practice. *Int Psychogeriatrics* 2010;22:82-90.
- 63 Capriotti M, Sampaolo G, Alderuccio C, et al. *Diagnosi e trattamento della depressione in Medicina Generale: criteri orientativi*. *Rivista SIMG* 2005;(2):22-5.
- 64 Taylor WD. *Clinical practice. Depression in the elderly*. *N Engl J Med* 2014;371:1228-36.
- 65 Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, et al. Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD000561.
- 66 Taylor WD, Doraiswamy PM. A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:2285-99.
- 67 Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS. Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:558-67.
- 68 Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1660-8.
- 69 Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord* 2012;141:103-15.
- 70 Calati R, Salvina Signorelli M, Balestri M, et al. Antidepressants in elderly: metaregression of double-blind, randomized clinical trials. *J Affect Disord* 2013;147:1-8.
- 71 Vampini C. *Nuovi antidepressivi e anziani: per un impiego razionale*. *Psicogeriatra* 2010;(1) (Suppl).
- 72 Papakostas GI. *The efficacy, tolerability, and safety of contemporary antidepressants*. *J Clin Psychiatry* 2010;71(Suppl E1):e03.
- 73 Soyinka A, Lawley D. *Antidepressant treatment for depression in the elderly. Midlife and beyond*. *Geriatric Medicine*, 2016;February:61-7.
- 74 Spina E, Trifirò G, Caraci F. *Clinically significant drug interactions with newer antidepressants*. *CNS Drugs* 2012;26:39-67.
- 75 CCSMH - Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. *National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of depression*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health 2006. www.ccsmh.ca/en/guidelines.
- 76 National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). *Clinical Guideline 23. The management of depression in primary and secondary care*. December 2004.
- 77 Old Age Depression Interest Group. *How long should the elderly take antidepressants? A double-blind placebo-controlled study of continuation/prophylaxis therapy with dothiepin*. *Br J Psychiatry* 1993;162:175-82.
- 78 Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF 3rd, et al.; Expert Consensus Panel for Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. *The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. *Postgrad Med* 2001;(Spec No Pharmacotherapy):1-86.
- 79 Kok RM, Heeren TJ, Nolen WA. *Continuing treatment of depression in the elderly: a systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials with antidepressants*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:249-55.
- 80 Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, et al. *Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy*. *Am J Psychiatry* 1999;156:202-8.
- 81 Fagiolini A, Amodeo G, Goracci A, et al. *Trazodone Contramid® nella pratica clinica: strategie per la personalizzazione dell'intervento antidepressivo*. *Rivista di Psichiatria* 2016;51:123-8.
- 82 Stahl SM. *Mechanism of action of trazodone: a multifunctional drug*. *CNS Spectr* 2009;14:536-46.
- 83 Fagiolini A, Comandini A, Catena Dell'Osso M, et al. *Rediscovering trazodone for the treatment of major depressive disorder*. *CNS Drugs* 2012;26:1033-49.
- 84 Bossini L, Casolaro I, Koukouna D, et al. *Off-label uses of trazodone: a review*. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:1707-17.
- 85 Zanetti O. *Ruolo di trazodone nella gestione farmacologica dei disturbi comportamentali associati a demenza*. *InFocus* 2013;XVI(1).
- 86 MacQueen GM, Campbell S, McEwen BS, et al. *Course of illness, hippocampal*

function, and hippocampal volume in major depression. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003;100:1387-92.

⁸⁷ Campbell S, Marriott M, Nahmias C, et al. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004;161:598-607.

⁸⁸ Duman RS, Aghajanian GK. Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science* 2012;338:68-72.

⁸⁹ Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature* 2008;455:894-902.

⁹⁰ Francis JL, Kumar A. Psychological treatment of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36:561-75.

⁹¹ Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, et al. Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 2014;79:160-9.

⁹² Scogin F, Welsh D, Hanson, A. et al. *An Evidence-Based Psychotherapies for Depression in Older Adults*. *Clin Psychol* 2005;12:222-37.

⁹³ Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006;354:1130-8.

⁹⁴ Sjösten N, Kivelä SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:410-8.

⁹⁵ Mura G, Carta MG. Physical activity in depressed elderly. A systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:125-35.

⁹⁶ Belvederi Murri M, Amore M, Menchetti M, et al. Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors (SEEDS) Study Group. Physical exercise for late-life major depression. *Br J Psychiatry* 2015;207:235-42.

⁹⁷ Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:425-34.

⁹⁸ Weiner RD, Coffey CE. *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2001.

⁹⁹ Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *N Engl J Med* 2007;357:1939-45.

¹⁰⁰ Mundt JC, Freed DM, Greist JH. Lay person-based screening for early detection of Alzheimer's disease: development and validation of an instrument. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55:P163-70.

Allegato 1

Patient Health Questionnaire - 2 (PHQ-2) (www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp)

Nelle ultime due settimane, per quanti giorni:	Giorni (Punteggio)	Sub Totale
Ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?	0-1 (0), 2-6 (1), 7-11 (2), 12-14 (3)	
Si è sentito/a giù di morale, depresso/a, senza speranze?	0-1 (0), 2-6 (1), 7-11 (2), 12-14 (3)	
	Totale	

≥ 3: sintomi depressivi

Punteggio per ognuna domanda:

Giorni con sintomi depressivi	Punteggio	Significato
0-1	0	Mai o quasi mai
2-6	1	Diversi giorni
7-11	2	Più della metà dei giorni
12-14	3	Quasi tutti i giorni

I punteggi assegnati alle due risposte sono sommati: **se la somma è ≥ 3**, il rispondente è classificato come persona che presenta sintomi depressivi

Allegato 2

Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)

Il presente questionario è importante perché ci consente di fornirLe la miglior assistenza possibile. Le Sue risposte ci aiuteranno a capire i problemi che Lei può avere. La preghiamo, perciò, di rispondere con la massima precisione possibile.

1. Durante le ultime due settimane, per quanti giorni ...	Mai	Alcuni giorni	Più di metà dei giorni	Quasi tutti i giorni
1a. ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?	0	1	2	3
1b. si è sentito/a giù di morale, depresso/a, senza speranze?	0	1	2	3
1c. ha avuto problemi nell'addormentarsi, o nel rimanere addormentato, o ha dormito troppo?	0	1	2	3
1d. ha avuto sensazione di stanchezza o di poca energia?	0	1	2	3
1e. ha avuto poco appetito o mangiato troppo?	0	1	2	3
1f. si è sentito arrabbiato con se stesso, o di essere un fallito, o di avere danneggiato se stesso o la sua famiglia?	0	1	2	3
1g. ha avuto difficoltà a concentrarsi su qualcosa, ad esempio leggere il giornale o guardare la TV?	0	1	2	3
1h. ha avuto movimenti o parole talmente lenti da poter essere stati notati dagli altri. O, al contrario, è stato talmente irrequieto e instancabile, da muoversi molto più del solito?	0	1	2	3
1i. ha pensato che sarebbe meglio essere morto, di farsi del male in qualche modo?				

_____ + _____ + _____ + _____
= _____

2. Se il paziente riporta uno o più disturbi, chiedere quanto questi problemi abbiano reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa, stare insieme agli altri:

Per niente difficile	Abbastanza difficile	Molto difficile	Estremamente difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et al., con un finanziamento da parte della Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, traduzione, visualizzazione o distribuzione.

Il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) è un breve questionario utilizzato in Medicina Generale⁴⁵ e Geriatria⁴⁰. Il PHQ-9 è composto da due domande. La prima indaga la presenza "nelle ultime due settimane" dei 9 sintomi della depressione secondo il DSM-IV ripresi anche nel DSM-5. Solo la prima domanda determina il punteggio del PHQ-9. Ogni sintomo viene valutato con una scala a 4 punti. La seconda domanda valuta la compromissione funzionale che la depressione causa sul normale svolgimento della vita del paziente. Il punteggio del PHQ-9 ha un range compreso tra 0 e 27. I punteggi compresi tra 0-4 indicano assenza di depressione e 5-9 la presenza di una depressione sottosoglia. Il punteggio di 10 è il cut-off ottimale per evidenziare depressione maggiore⁴⁷ con tre diversi livelli di gravità: 10-14: DM lieve; 15-19: DM moderata; ≥ 20: DM severa^{42,54}.

Allegato 3

Progetto Psiche – SIMG: MADRS

SIMG – PSICHE' (2014). La SIMG in collaborazione con la SIP – Società Italiana di Psichiatria, intende proporre un progetto di presa in carico del paziente con depressione e con disturbo bipolare rivolto al MMG basato sull'utilizzo di strumenti diagnostici e terapeutici condivisi, e valutato attraverso indicatori epidemiologici di processi e di esito. Il progetto si articola in una fase iniziale di formazione di 20 MMG con speciale interesse in ambito neuropsichiatrico che, a loro volta, hanno il compito di formare 500 colleghi, seguito da una fase attuativa a livello locale. In questo modo le conoscenze acquisite verranno utilizzate sul campo nella gestione del paziente con disturbi psichiatrici, rimandando allo specialista nei casi più complessi.

Problemi

- Disturbi psichiatrici quali maggior problema di Sanità Pubblica e il principale predittore di disabilità funzionale e di mortalità;
- difficoltà diagnostica legata alla complessa e diversa classificazione delle malattie psichiatriche e alla loro definizione terminologica;
- criteri diagnostici e nosografici diversi tra specialisti e MMG, conflitto o non completa sovrapposizione tra DSM e le classificazioni più comuni usate in Medicina Generale (ICD IX);
- diversa interpretazione tra psichiatri e psichiatri, tra psichiatri e MMG della gravità della malattia e della difficoltà di trattamento;
- carenza di informazione sulle risorse territoriali e sui metodi di lavoro del DSPC da parte dei MMG;
- difficoltà di comunicazione e relazione con gli psichiatri;
- sostanziale isolamento del MMG soprattutto nel campo della salute mentale.

Obiettivi

- *Approccio e presa in carico del paziente con disturbi depressivi:*
 - riconoscimento dei sintomi e segni suggestivi di depressione;
 - conduzione del colloquio diagnostico mirato alla diagnosi di disturbo depressivo;
 - formulazione della diagnosi di disturbo depressivo in accordo con la nosografia più recente e accettabile in MG;
 - elaborazione e conduzione di un piano terapeutico che utilizzi appropriatamente: informazione, educazione, counselling, terapia farmacologica e psicoterapia;
 - riconoscimento dei casi che richiedono riferimento specialistico;
 - costruzione di una lettera per l'invio allo specialista.
- *Approccio e gestione del paziente con disturbo bipolare:*
 - riconoscere la possibile bipolarità della malattia dell'umore manifestata dal paziente;
 - inviare il paziente dallo specialista per la presa in carico;
 - dare informazioni alla famiglia e contribuire alle necessità psicoeducative che il caso comporta;
 - conoscere le terapie stabilizzanti utilizzate nella prevenzione delle manifestazioni cliniche del disturbo bipolare;
 - essere in grado di intervenire nelle situazioni di urgenza che richiedono un immediato intervento specialistico o il ricovero (TSO).
- *Paziente anziano con disturbo cognitivo o depressione*

MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE MADRS - # 380

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

La valutazione dovrebbe essere basata su un colloquio clinico che va da domande generali sui sintomi, a domande più specifiche, per consentire una precisa valutazione della gravità. L'esaminatore deve decidere se la risposta si colloca esattamente in uno dei punti definiti dalla scala (0, 2, 4, 6) o in un punto intermedio (1, 3, 5).

È eccezionale che un paziente depresso non possa essere valutato sugli item della scala. Se non è possibile ottenere dal paziente risposte chiare, si devono utilizzare, come base per la valutazione, tutte le indicazioni pertinenti e le informazioni ottenute da altre fonti, come generalmente si fa nella pratica clinica.

La scala può essere usata per valutazioni ripetute dopo intervalli di tempo a scelta del valutatore, settimanali o altro, ma è necessario specificare sempre il periodo esplorato.

1 - TRISTEZZA MANIFESTA

Scoraggiamento, depressione e disperazione (qualcosa di più di un semplice abbassamento del tono dell'umore) che traspaiono dal linguaggio, dalla mimica e dalla postura.

Valutare in base alla profondità e all'incapacità a reagire positivamente.

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Assenza di tristezza. | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 Sembra scoraggiato, ma può rallegrarsi senza difficoltà. | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 Appare triste ed infelice per la maggior parte del tempo. | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 Appare infelice per tutto il tempo. Estremamente scoraggiato. | |

2 - TRISTEZZA RIFERITA

Verbalizzazione di umore depresso, indipendentemente dal fatto che sia o meno anche manifesto. Comprende la malinconia, lo scoraggiamento o il sentimento di non poter essere aiutati, di essere senza speranza.

Valutare in base all'intensità, alla durata ed al grado in cui l'umore, da quanto riferito, viene influenzato dagli eventi.

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Tristezza occasionale in rapporto con le circostanze. | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 Triste o malinconico, ma può rallegrarsi senza difficoltà. | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 Sentimenti pervasivi di tristezza o melanconia. L'umore è ancora influenzato dalle circostanze esterne. | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 Tristezza, disperazione o scoraggiamento permanenti o senza fluttuazioni. | |

3 - TENSIONE INTERNA

Sentimenti di malessere mal definito, irritabilità, agitazione interiore, tensione nervosa crescente fino al panico, al terrore o all'angoscia.

Valutare in base ad intensità, frequenza, durata e grado di rassicurazione richiesta.

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Calmo. Tensione interna solo passeggera. | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 Sensazioni occasionali d'irritabilità e di malessere mal definito. | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 Sensazioni continue di tensione interna o panico intermittente che il paziente può controllare con difficoltà. | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 Continuo stato di terrore o angoscia. Panico opprimente. | |

4 - RIDUZIONE DEL SONNO

Riduzione della durata o della profondità del sonno rispetto al tipo di sonno del paziente quando stava bene.

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Dorme come al solito. | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 Lieve difficoltà ad addormentarsi o sonno leggermente diminuito, superficiale o agitato. | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 Sonno diminuito o interrotto per almeno 2 ore. | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 Meno di 2 o 3 ore di sonno. | |

<p>5 - RIDUZIONE DELL'APPETITO Perdita dell'appetito rispetto a quello abituale. <i>Valutare in base alla perdita del desiderio di mangiare o al bisogno di sforzarsi a mangiare.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Appetito normale o aumentato. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Appetito leggermente ridotto. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Mancanza di appetito. Il cibo non ha sapore. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Bisogna insistere perché mangi qualcosa. <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>6 - DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE Difficoltà a raccogliere le idee che può giungere fino all'incapacità a concentrarsi. <i>Valutare in base all'intensità, alla frequenza ed al grado di compromissione.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Nessuna difficoltà di concentrazione. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Occasionale difficoltà a raccogliere le idee. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Difficoltà a concentrarsi ed a mantenere l'attenzione con riduzione della capacità di leggere o di sostenere una conversazione. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Incapace di leggere o di conversare se non con grande difficoltà. <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>7 - STANCHEZZA Difficoltà a cominciare la giornata o lentezza ad iniziare ed a compiere le attività quotidiane.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Praticamente nessuna difficoltà ad iniziare la giornata. Assenza di lentezza. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Difficoltà ad iniziare un'attività. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Difficoltà ad iniziare attività abituali che vengono eseguite con fatica. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Estrema stanchezza. Incapace di fare alcunché senza aiuto. <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>8 - INCAPACITÀ DI PROVARE SENSAZIONI Esperienza soggettiva di una diminuzione di interesse per l'ambiente circostante o per le attività che normalmente procurano piacere. La capacità di reagire in maniera emotivamente appropriata alle circostanze o alla gente è ridotta.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Normale interesse per l'ambiente circostante e per le persone. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Ridotta capacità di provare piacere per gli interessi abituali. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Perdita d'interesse per l'ambiente circostante. Riduzione dei sentimenti verso amici e conoscenti. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Sentimento di paralisi emotiva, incapacità di provare collera, dispiacere o piacere, completa incapacità, vissuta anche con dolore, di sentire qualcosa per i parenti e per gli amici più stretti. <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>9 - PENSIERI PESSIMISTICI Idee di colpa, d'inferiorità, di autoaccusa, di peccato, di rimorso e di rovina.</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Assenza di idee pessimistiche. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Idee fluttuanti di insuccesso, di autoaccusa o di autosvalutazione. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Persistenti idee di autoaccusa o chiare idee di colpa o di peccato, ma su basi razionali. Pessimismo circa il futuro. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Idee deliranti di rovina, di rimorso o di colpe imperdonabili. Autoaccuse assurde e irremovibili. <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>10 - IDEE DI SUICIDIO Sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta; che la morte naturale sarebbe benvenuta; idee di suicidio e preparativi di suicidio. <i>I tentativi di suicidio non devono, di per sé, influenzare la valutazione.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Si gode la vita o la prende come viene. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Stanco della vita. Fugaci idee di suicidio. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Sarebbe meglio essere morto. Ricorrenti idee di suicidio ed il suicidio è considerato come una soluzione possibile, mancano tuttavia progetti o intenzioni precise. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Progetti espliciti di suicidio se si presentasse l'occasione. Preparativi di suicidio. <input type="checkbox"/> 5</p>

Allegato 4

Geriatric Depression Scale (GDS) ⁵⁹

		Sì	NO
1	È soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	Si annoia spesso?	1	0
5	È di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
6	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
7	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Si sente spesso indifeso, abbandonato?	1	0
9	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
10	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
11	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
12	Si sente un po' inutile così come lei è o vive oggi?	1	0
13	Si sente pieno di energia?	0	1
14	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
15	Pensa che gli altri stiano per lo più meglio di lei?	1	0

Normale = 0-5; Depressione \geq 5

Punteggio _____ /15

Allegato 5

General Practitioner Assessment of Cognition (GPCog)^{61 62}

GPCog (General Practitioner assessment of Cognition). Breve test per valutare le funzioni cognitive in Medicina Generale

Data ___/___/___ Cognome Nome _____ Nato/a ___/___/___ Anni di Scuola : _____

A) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE Salvo indicazione contraria, formulare ogni domanda una volta sola.

RICHIAMO 1° FASE Nominativo ed indirizzo da richiedere nella 2° fase

1. "Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterli subito dopo di me". (Consentire massimo 4 ripetizioni per la memorizzazione: non si assegna punteggio) NUMERO RIPETIZIONI _____

"Mario Rossi, Via Libertà 42, Pavia"

Dopo l'ultima ripetizione "Ricordi questo nome ed indirizzo perché Le chiederò di ripetermeli fra pochi minuti."

ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi? (solo la risposta esatta è valida)

Corretto	Sbagliato
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

3. Per piacere, inserisca tutti i numeri delle ore (devono essere posizionati correttamente)

1	0
1	0

4. Per piacere disegni le lancette in modo che segnino le ore 11.10

INFORMAZIONI 5. Può raccontarmi un fatto di cronaca, una notizia riportata dai telegiornali o dai giornali in questa settimana?

1	0
---	---

RICHIAMO 2° FASE 6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che Le avevo chiesto di ricordare?

Mario	1	0
Rossi	1	0
Via Libertà	1	0
42	1	0
Pavia	1	0
TOTALE		

PUNTEGGIO
9: NORMALE
< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO
5-8: BORDERLINE. passare alla sezione B

Punteggio *DISEGNO DELL'OROLOGIO.* **Domanda 3:** Risposta corretta se i numeri 12, 3, 6 e 9 sono collocati nei quadranti giusti ed anche i restanti numeri delle ore sono inseriti in modo congruo. **Domanda 4.** Risposta corretta se le lancette sono puntate sui numeri 11 e 2 anche se l'esaminato/a non è riuscito a far distinguere la lancetta lunga da quella corta. **INFORMAZIONE.** Non sono necessarie risposte particolarmente dettagliate: l'importante è che l'intervistato dimostri di conoscere un evento recente riportato dai media nell'ultima settimana. Nel caso di risposte generiche, tipo "guerra" "molta pioggia", chiedere ulteriori dettagli: se l'intervistato non è in grado di fornirli classificare la risposta come "sbagliata".

B) INTERVISTA CON IL FAMIGLIARE/CONOSCENTE Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?

SI	NO	Non so	N/A
0	1		

II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?

0	1		
---	---	--	--

III. ..quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?

0	1		
---	---	--	--

IV. ..è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?

0	1		
---	---	--	--

V. ..è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?

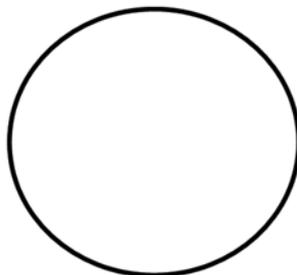
0	1		
---	---	--	--

VI. richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

0	1		
---	---	--	--

PUNTEGGIO
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = ≤ 3 : DETERIORAMENTO COGNITIVO
SEZIONE A) = 5-8 + SEZIONE B) = 4-6 : DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE, pre-clinico (Mild Cognitive Impairment) da monitorare ripetendo il GPCog ogni 6-12 mesi

TOTALE			
---------------	--	--	--



Allegato 6

Symptoms of Dementia Screener (SDS) ¹⁰⁰

S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener modificato

- Istruzioni:**
- l'intervistato, se non è il paziente, deve essere la persona identificata come referente principale del paziente;
 - le domande sono da riferire ad un arco di tempo predefinito superiore a tre mesi;
 - la risposta è da considerare positiva se identifica un cambiamento rispetto al comportamento precedente.

Cognome e Nome: _____ data di nascita: ____/____/____

SINTOMI COMPORAMENTALI	No	SI	
Pazienti anamnesticamente non depressi : E' diventato triste, giù di morale, o piange e si dispera per futili motivi ?	0	1	Non so
Pazienti anamnesticamente depressi : Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato ?	0	1	Non so
Ha perso interesse per le sue attività abituali, per es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	0	1	Non so
E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	0	1	Non so
Sub Totale			

SINTOMI COGNITIVI	No	SI	
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	0	1	Non so
Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	0	1	Non so
E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	0	1	Non so
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	0	1	Non so
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	0	1	Non so
Sub Totale			

SINTOMI FUNZIONALI (IADL, ADL)	No	SI	
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	0	1	Non so
C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? Se non ha la patente si risponde No	0	1	Non so
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, per es. nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi igienici?	0	1	Non so
Sub Totale			

TOTALE _____

Data ____/____/____ Esaminatore : [] MMG; [] Infermiere [] Paziente (auto-somministrato)

Normale = 0;

Border = 1 (depressione); (si consiglia breve test psicometrico per diagnosi differenziale)

Deterioramento cognitivo : ≥ 2/11 (si consiglia breve test psicometrico per conferma)

