

**DISTURBI PSICHICI E COGNITIVI**  
comuni substrati multidisciplinari

**15/16 Dicembre 2017**  
Firenze, Convitto della Calza

# I disturbi dell'umore nel grande anziano

*Carlo Adriano  
Biagini*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

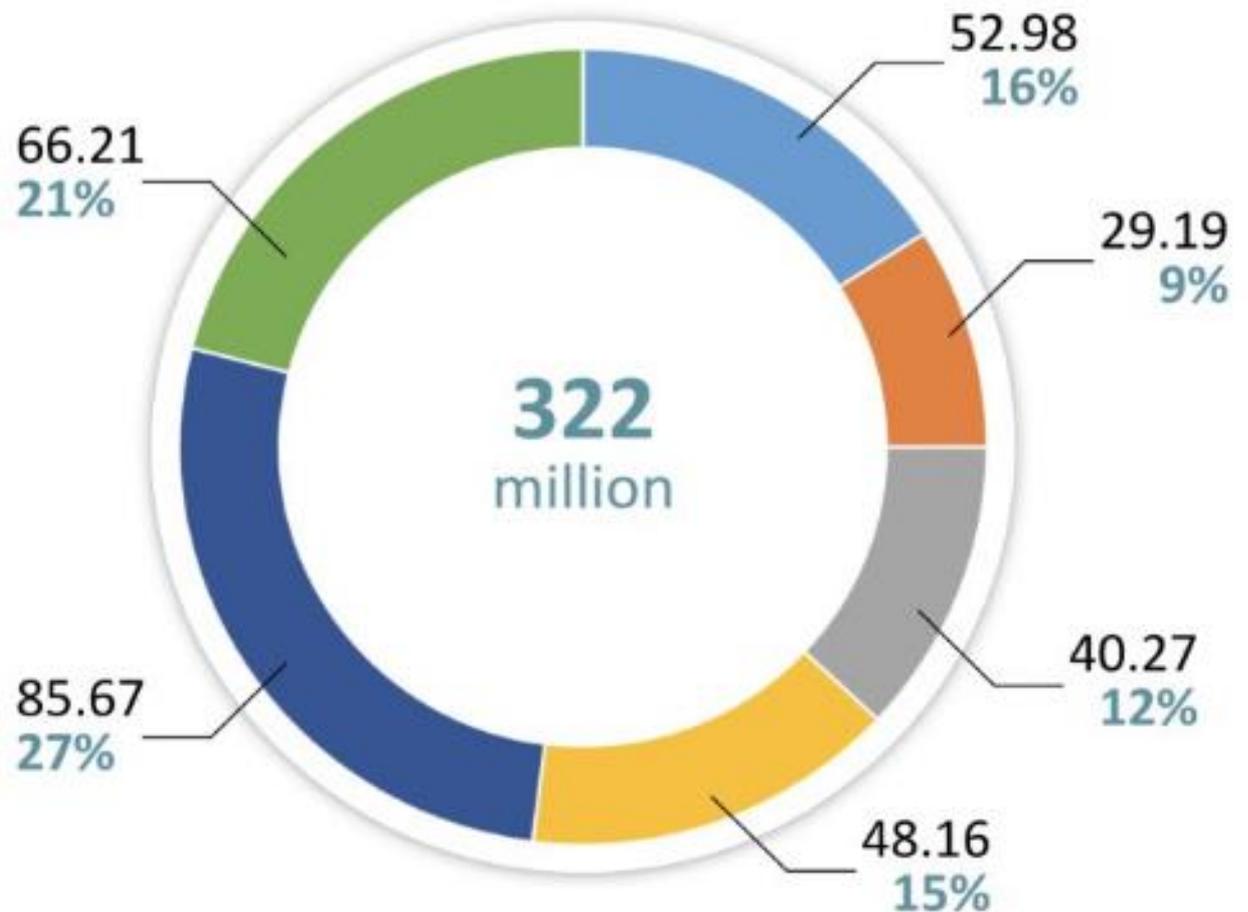


# Disturbi depressivi in Regioni OMS

Secondo posto tra le cause di invalidità dopo le malattie cardiovascolari

- African Region
- Eastern Mediterranean Region
- European Region
- Region of the Americas
- South-East Asia Region
- Western Pacific Region

Dal 2005 al 2015 aumento del 18%



Fonte: Dati dell'OMS del 2017 (Global Health Estimates)

# Stime depressione in Italia

---

- Circa 1,5 milioni di persone soffrono di depressione
- Il 12% della popolazione (più di 7 milioni) ne ha sofferto, nel corso della vita, almeno una volta.
- Le sindromi depressive colpiscono soprattutto la popolazione anziana (maggiormente nelle strutture residenziali e in contesti ospedalieri)
- Le donne sono più colpite degli uomini (tra i 40 e i 50 anni in misura doppia).
- Se una persona ha avuto un episodio depressivo, nel 50% dei casi ne avrà un altro nell'arco della sua vita. Se ne ha avuti due, la probabilità che ne abbia un terzo sale al 75%. La percentuale raggiunge il 90% se la persona ne ha avuti tre.



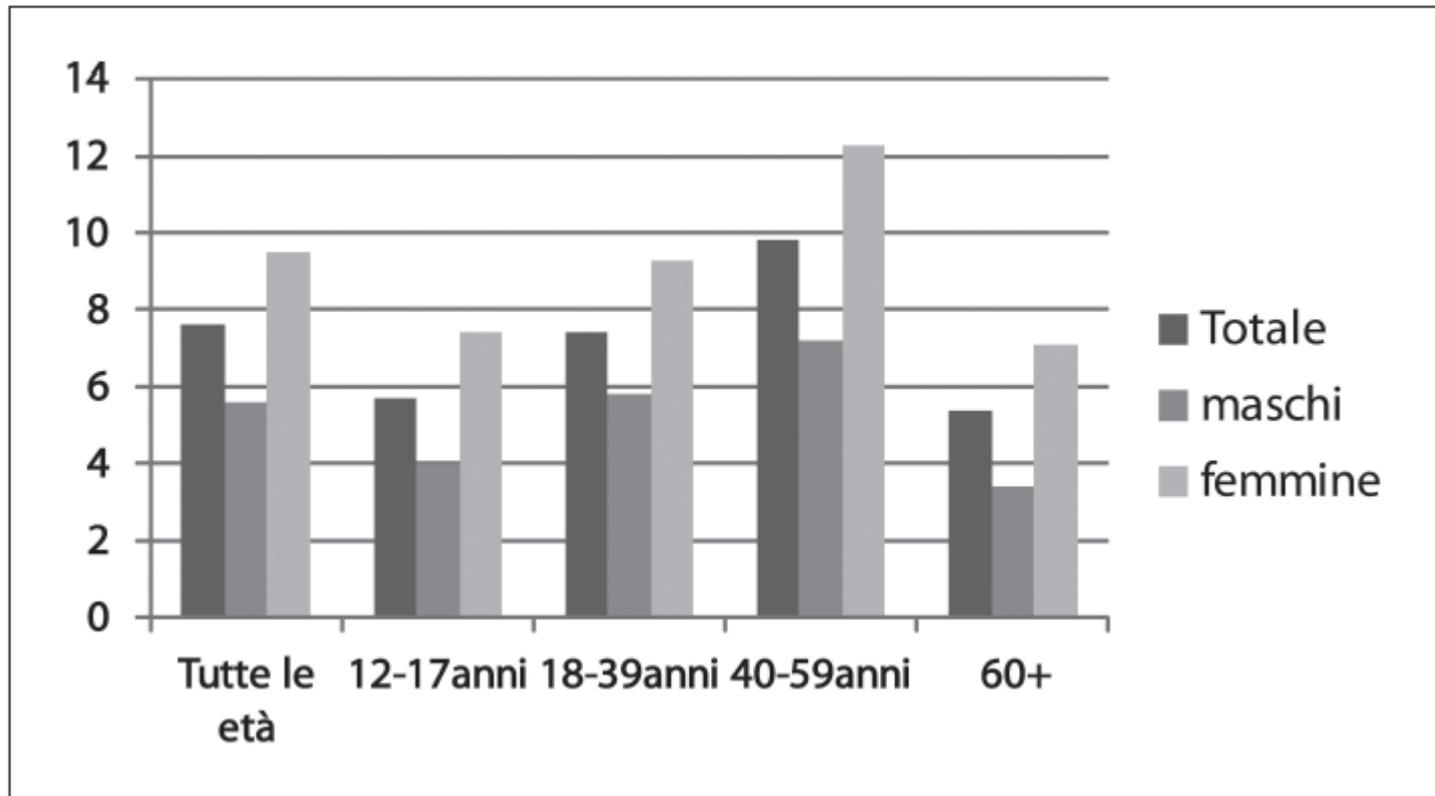
# Epidemiologia depressione nell'anziano

---

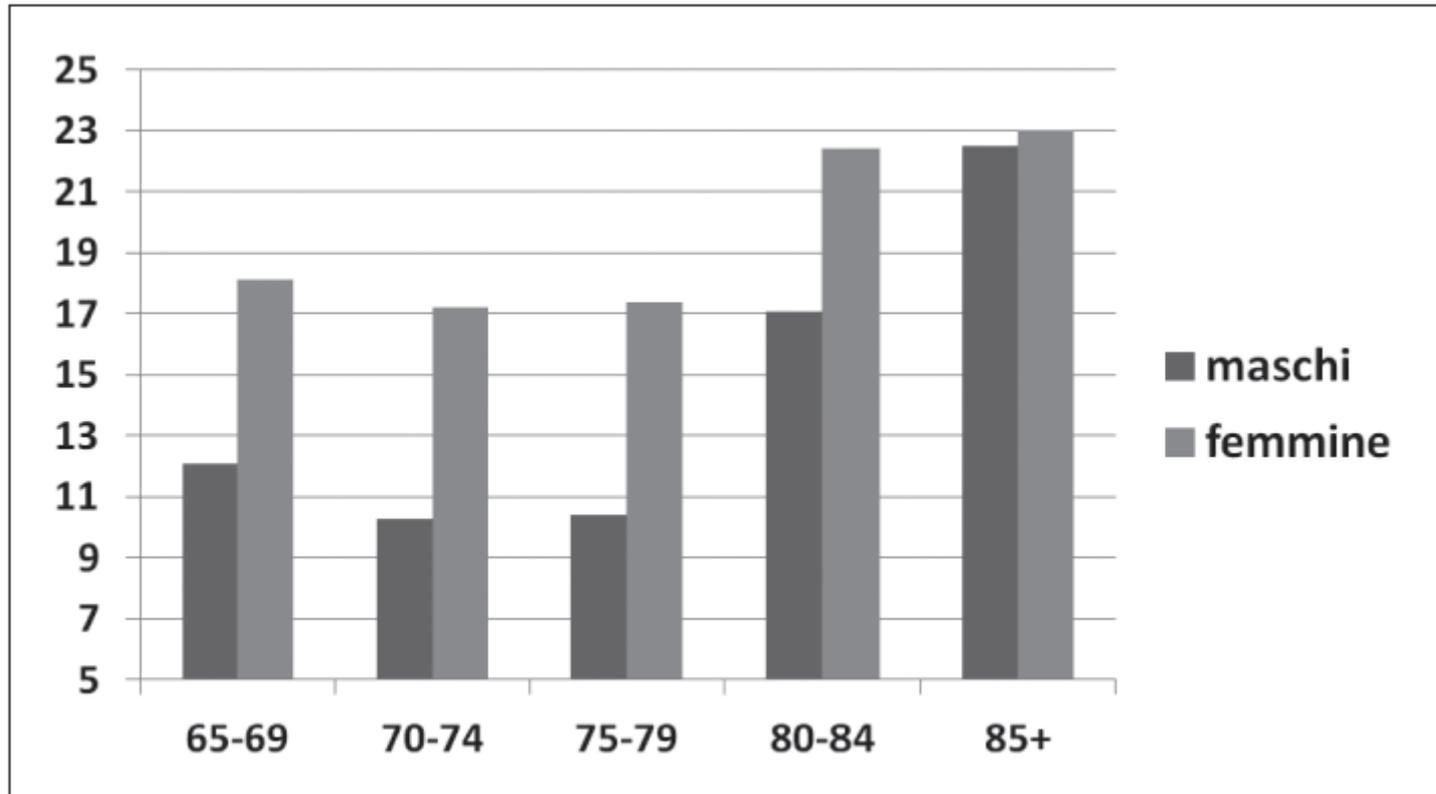
Nella prassi la diagnosi di depressione può avvenire in base a specifici criteri diagnostici (DSM, IDC...), oppure sospettata e ricercata in rapporto alla frequenza dei sintomi presentati (impiego di scale).

La grande variabilità dei metodi adottati, anche a prescindere dalle differenze geografiche e culturali delle popolazioni esaminate, tende a rendere difficilmente comparabili i risultati ottenuti e spiega l'enorme variabilità delle prevalenze riportate in letteratura, con un **intervallo compreso tra il 5 e il 50%**.

# Percentuale di depressione maggiore stratificata per età e sesso (United States, 2009–2012)



# Prevalenza di sintomatologia depressiva grave in ultrasessantacinquenni stratificati per età e sesso



Nota: Definizione di sintomi depressivi gravi: quattro o più sintomi di una serie di otto sintomi depressivi della versione abbreviata del Centro di Studi Epidemiologici Depression Scale (CES-D), adattato dalla Health and Retirement Study.

I dati si riferiscono ad una popolazione residente al proprio domicilio (non istituzionalizzata).

Fonte: Health and Retirement Study.

# Fattori predisponenti la depressione nell'anziano

<b>Biologici</b>	Storia familiare (predisposizione genetica) Episodi depressivi anamnestici Modificazioni neurotrasmettitoriali correlate all'invecchiamento
<b>Fisici</b>	Malattie specifiche (ad es: ipotiroidismo, COPD, cancro) Condizioni cliniche croniche (specialmente se associate a dolore o disabilità) Farmaci Deprivazione sensoriale (vista e udito) "Impairment" funzionale
<b>Psicologici</b>	Conflittualità non risolta (eg: ira, senso di colpa) Deficit mnesico, demenza Disturbo di personalità
<b>Sociali</b>	Perdita di familiari o amici (lutto) Isolamento, solitudine Perdita del lavoro Povertà

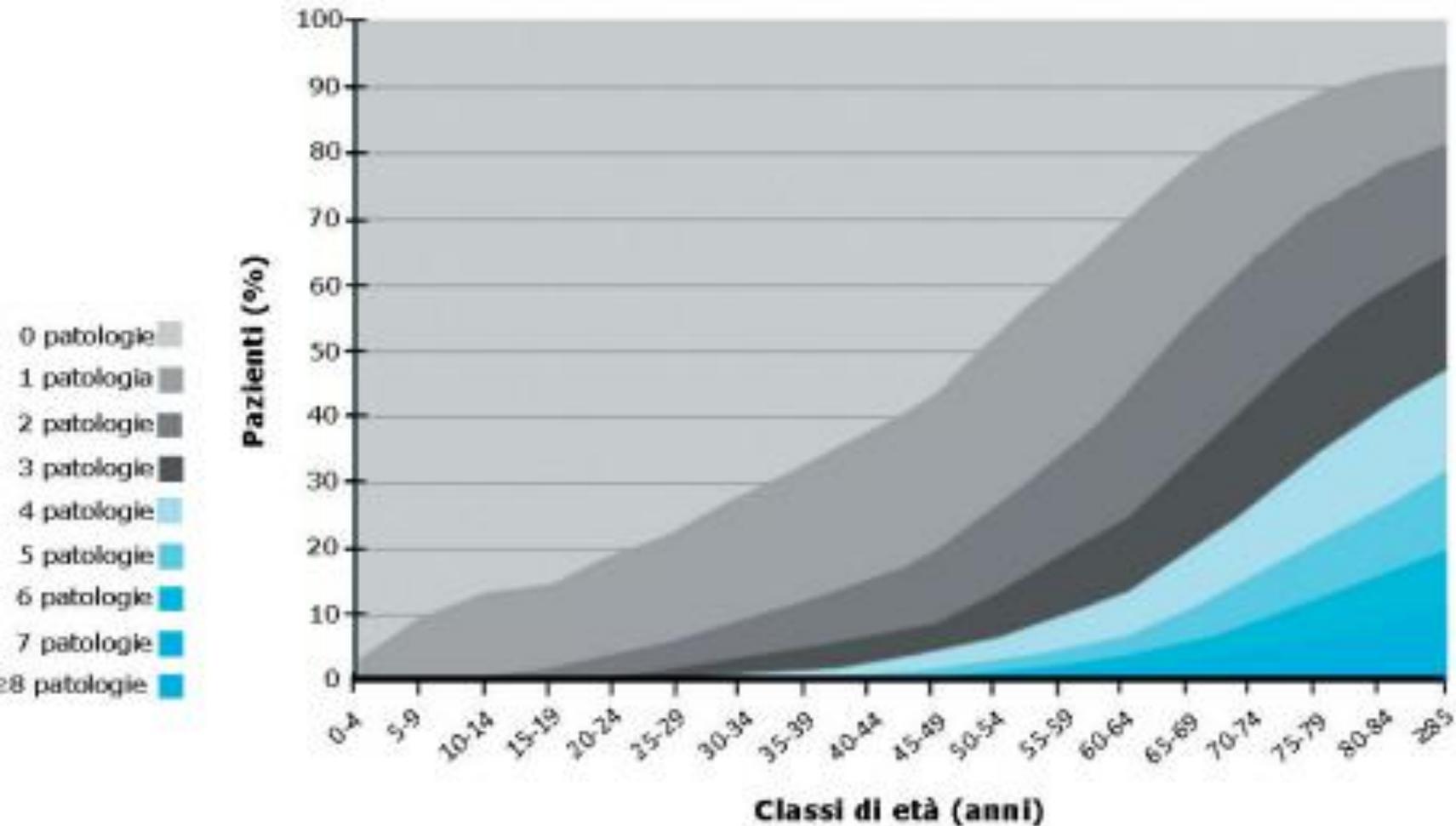
# Depressione – malattie somatiche - disabilità

---

Numerosi studi hanno sottolineato la stretta relazione tra depressione e malattie fisiche; in altri è stato rilevato che nell'età avanzata la disabilità è la più importante determinante sia dello sviluppo che del decorso della depressione.

Circa il 20-30% dei pazienti con una patologia somatica lamenta sintomi depressivi di entità più o meno rilevante; la prevalenza di depressione in pazienti con problemi medici è notevolmente superiore rispetto a quella della popolazione generale; per tale motivo non è infrequente che uno stato depressivo trattabile venga trascurato o che una malattia somatica in un soggetto depresso sia curata in modo non ottimale

# Numero di condizioni patologiche croniche per gruppo di età



Modificata da Barnett, 2012

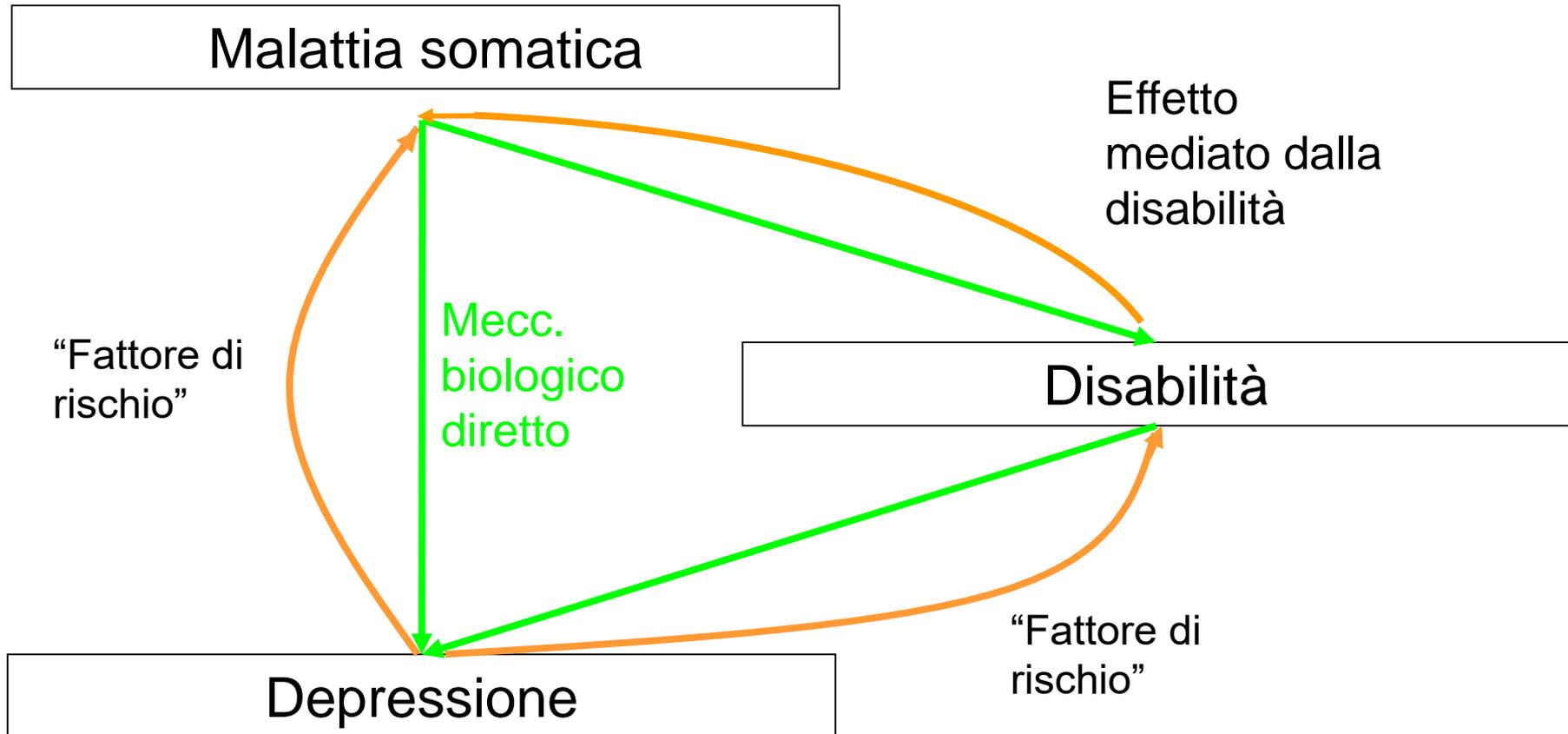
# Malattie somatiche - Depressione – Disabilità

---

La relazione tra malattie e depressione è particolarmente rilevante per le patologie con un impatto diretto sulla disabilità.

Ad es. la depressione insorgente dopo lo stroke riconoscerebbe un substrato biologico nei primi mesi mentre, successivamente, sarebbe indotta dalla disabilità determinata dallo stroke stesso.

# Malattie - Depressione - Disabilità



# LO STATO DI SALUTE NELL'ANZIANO

---



# ASSESSMENT GERIATRICO

(continuativo)

**Interventi di  
prevenzione e  
trattamento  
individualizzati**

**Valutazione  
multidimensionale e  
identificazione  
persone fragili a  
rischio di perdita  
autonomia**

**Rilevamento e gestione di  
eventuale evento acuto**

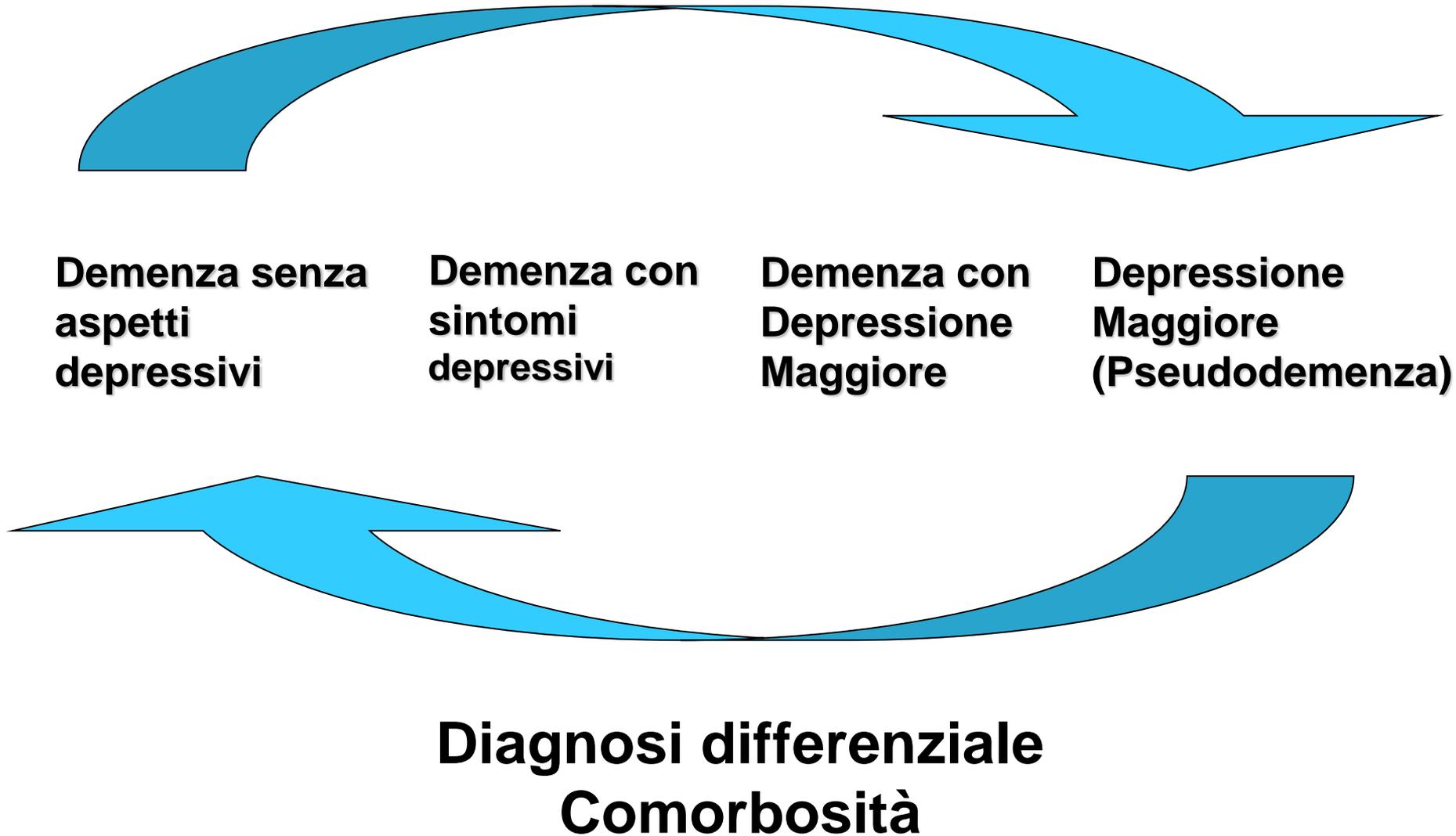
**Rimodulazione  
dell'intervento e trattamento  
continuativo nella cronicità**

**Cultura della prevenzione  
Formazione del personale  
Educazione della famiglia  
Interventi ambientali**



# Depressione e Demenza

---



# Deficit cognitivi: Depressione vs. Demenza di Alzheimer

## Depressione

## Malattia di Alzheimer

Insorgenza rapida, possibilità di miglioramento

Esordio insidioso, decorso progressivo

Melanconia, anedonia

Apatia, labilità emotiva

*Insight* elevato, con tendenza ad enfatizzare i deficit

*Insight* spesso compromesso, con tendenza a sminuire i deficit

Tendenza alla rinuncia nelle prove più impegnative; “non so”

Impegno proporzionale alla prestazione richiesta

Non afasia, aprassia, agnosia

Possibile afasia, aprassia, agnosia

Miglioramento mnesico con suggerimenti (deficit di *retrieval*)

Scarso miglioramento mnesico con suggerimenti (deficit di *storage*)

Spesso rallentamento motorio

No rallentamento motorio all'esordio

Miglioramento dei sintomi cognitivi con gli antidepressivi

Non risposta agli antidepressivi dei sintomi cognitivi

(modificato da Steffens e Potter, *Psychol Med*, 2008)

# DSM-5 "pseudodemenza"

---

- Negli individui anziani, i disturbi della memoria possono rappresentare la lamentela principale e possono essere erroneamente interpretate come i primi segnali di una demenza ("pseudodemenza")
- Quando l'episodio depressivo maggiore viene trattato con successo, spesso i disturbi della memoria scompaiono completamente. Tuttavia, in alcuni individui, in particolare persone anziane, un episodio depressivo maggiore può a volte essere la manifestazione iniziale di una demenza irreversibile

# **Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**

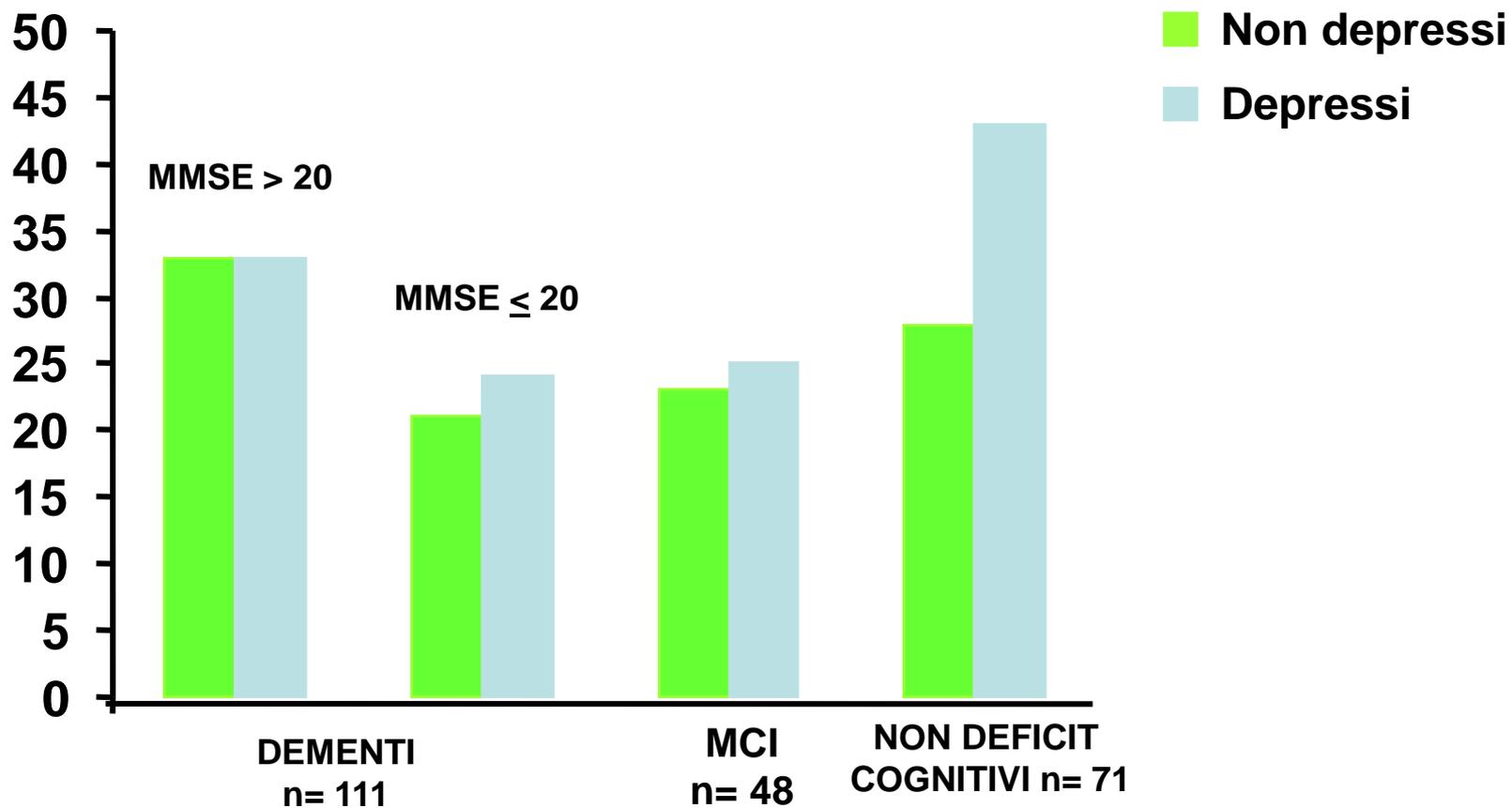
---

**Fulcro di osservazione, valutazione e trattamento di soggetti con problemi cognitivi e psicoaffettivi, comorbidità e polifarmacologia**

# Prevalenza sintomi depressivi

## Centro UVA - U.O. Geriatria di Pistoia

(anno 2002 – 1° semestre)



# Esistono strategie utili a prevenire depressione e demenza nell'anziano

Lifestyle and dementia

Review

## An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia

*Fratiglioni et al., Lancet Neurol, 2004*

- **Attività cognitiva**
- **Attività fisica**
- **Attività sociale**
- **Rete sociale**

# Fenomenologia della depressione nell'anziano - 1

---

- **Nell'episodio depressivo maggiore il paziente descrive il proprio umore come depresso, triste, senza speranza, scoraggiato o "giù di corda".**
- **La riduzione dell'umore può essere meno comune nei pazienti molto anziani, mentre lo è maggiormente l'irritabilità, l'ansia e i sintomi somatici.**
- **Insonnia (o ipersonnia) e stanchezza sono frequenti sintomi d'esordio.**

# Fenomenologia della depressione nell'anziano - 2

---

- **Può riferire di sentirsi meno interessato alle attività della vita quotidiana o non provare alcun gusto nelle attività che prima erano considerate piacevoli.**
- **Può manifestare aumento o riduzione dell'appetito.**
- **Può manifestare agitazione psicomotoria o al contrario rallentamento psicomotorio (parla a bassa voce; anche la varietà e la quantità dei contenuti è povera).**

# **Fenomenologia della depressione nell'anziano - 3**

---

- **Può manifestare senso di autosvalutazione o di colpa**
- **Può riferire di avere un declino cognitivo, una ridotta capacità di pensiero o di concentrazione**
- **Può apparire facilmente distratto o si lamenta della difficoltà di memoria (può essere interpretata come primo segno di demenza).**
- **Pensieri di morte...**

# Scale di valutazione

(screening, supporto al sospetto clinico, efficacia terapia...)

---

Le più utilizzate in età geriatrica sono:

- Geriatric Depression Scale (GDS)
- Hamilton Depression Rating Scale (HRSD)
- Cornell Scale for Depression in Dementia (CDS)
- “Centro per gli Studi Epidemiologici” scala per la depressione (CES-D)
- Self Rating Depression Scale (SDS)
- Beck Depression Inventory (BDI)

# ***Geriatric Depression Scale***

*(Yesavage et al. 1983)*

---

- ✓ Strumento di screening per la valutazione dei sintomi psichici della depressione.
- ✓ Questionario con risposte dicotomiche.
- ✓ Ampiamente validata e sufficientemente sensibile e specifica nella popolazione geriatrica (sani e malati, a domicilio o ricoverati).
- ✓ Versioni a 30, 15 e 5 item.
- ✓ Non fa diagnosi di depressione, ma è utile per
  - porre il sospetto di un disturbo dell'umore;
  - seguire nel tempo la risposta ad un eventuale trattamento.
- ✓ Non utilizzabile in caso di grave decadimento cognitivo.

# ***Geriatric Depression Scale (15-item) (1)***

---

	<b>Sì – No</b>
In generale è soddisfatto della sua vita?	0 – 1
Ha abbandonato molte delle sue attività e divertimenti?	1 – 0
Le sembra che la sua vita sia vuota?	1 – 0
Si sente spesso annoiato?	1 – 0
Si sente di buon umore per la maggior parte del tempo?	0 – 1
Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1 – 0
Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0 – 1
Si sente spesso privo di aiuto?	1 – 0

# Geriatric Depression Scale (15-item) (2)

	Sì – No
Preferisce stare in casa piuttosto che uscire?	1 – 0
Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte della gente?	1 – 0
Pensa che sia bello stare al mondo adesso?	0 – 1
Le sembra che la sua vita sia inutile così come è oggi?	1 – 0
Si sente pieno di energia?	0 – 1
Le sembra di essere in una situazione senza speranza?	1 – 0
Pensa che la maggior parte delle persone stia meglio di lei?	1 – 0

0-5: *normale*

6-10: *sintomatologia depressiva lieve*

11-15: *sintomatologia depressiva grave*

# DSM-5: Disturbi depressivi

---

Disturbo Depressivo Maggiore (DDM)

Disturbo Depressivo Persistente (Distimia)

Disturbo Depressivo indotto da Sostanze/Farmaci

Disturbo Depressivo dovuto a un'altra condizione medica

Disturbo Depressivo con altra specificazione

Disturbo Depressivo senza specificazione

Modalità di Esordio:

**precoce** (“*early-onset depression*”, EOD)

**tardivo** > 65 anni (“*late-onset depression*”, LOD)

# DSM-5 DDM

**(almeno 5 sintomi in contemporanea per almeno 2 settimane; obbligatori sintomi 1 e/o 2)**

---

1. Umore depresso
2. Ane donia
3. Perdita o aumento di peso (5% in 1 mese)
4. Insonnia o ipersonnia
5. Agitazione o rallentamento
6. Faticabilita o mancanza energia
7. Autosvalutazione o colpa
8. Ridotta concentrazione, capacita di pensare, indec.
9. Pensieri ricorrenti di morte

# **DSM-5 DDP (distimia)**

**(umore depresso per la maggior parte del giorno per almeno 2 anni; presenza di almeno 2 sintomi )**

---

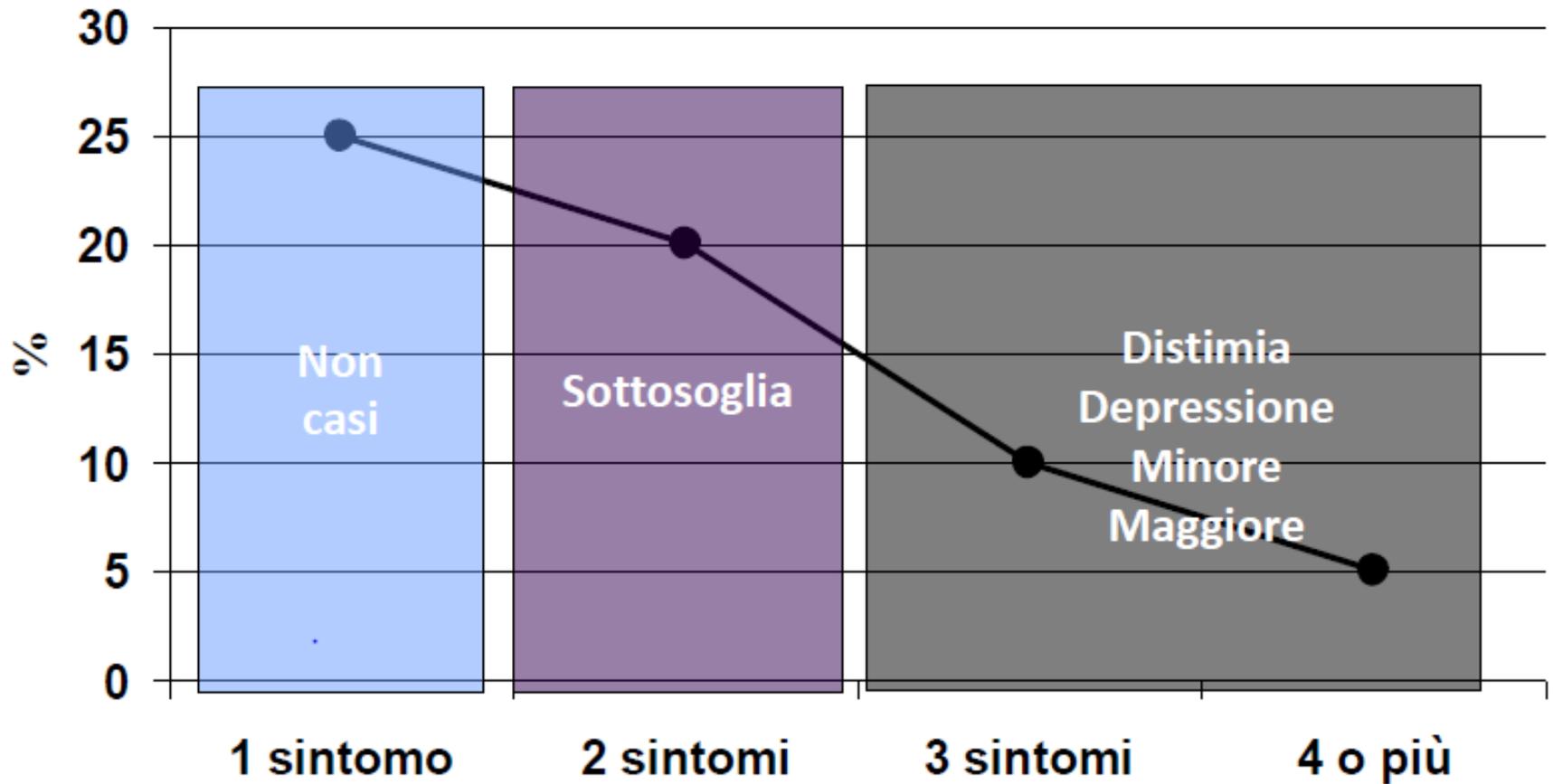
1. scarso appetito o iperfagia
2. insonnia o ipersonnia
3. scarsa energia o astenia
4. bassa autostima
5. difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
6. sentimenti di disperazione

# DSM 5: DISTURBO BIPOLARE e d. correlati

---

- Viene separato dai disturbi depressivi e organizzato in una categoria unitaria, collocata tra il capitolo dedicato ai disturbi dello spettro della Schizofrenia e altri disturbi psicotici e i Disturbi Depressivi.
- Considerato disturbo “ a ponte” tra le altre due diagnosi in termini di sintomi, storia familiare e genetica.

# Depressione sottosoglia (Continuum depressivo)



# La depressione nell'età avanzata: quadri clinici

---

- Depressione psicotica ad insorgenza tardiva
- Depressione Mascherata
- Regressione comportamentale
- Rifiuto di alimentazione
- Sintomi cognitivi in corso di depressione
- Disturbo dell'adattamento con umore depresso
- Depressione e lutto

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

---

- Entità della deflessione timica e/o dell'anedonia
- Comparsa o peggioramento di disturbi del sonno, dell'appetito, astenia/adinamia
- Variazioni circadiane della sintomatologia con peggioramento al mattino
- Presenza di agitazione o rallentamento psicomotorio
- Durata dell'episodio di almeno 2 settimane
- Sintomi psicotici concomitanti
- Verificare sempre l'impatto funzionale!

# Psicogeriatría

ANNO X - SUPPLEMENTO - NUMERO 2 - MAGGIO-AGOSTO 2015

La depressione  
nella persona che invecchia



Documento dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

Direttore Editoriale  
Marco Trabucchi

Comitato Editoriale  
Carlo Calzagiona  
Niccolò Marchionni  
Ebezzo Pirfo  
Umberto Sinisi

Coordinatore  
Comitato Scientifico  
Luigi Ferrannini

Segretaria di Redazione  
Angelo Blanchetti  
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico  
Giorgio Annoni  
Raffaella Antonelli Incalzi  
Fabrizio Astoli  
Giuseppe Barbagallo  
Luca Bartorelli  
Giuseppe Bellodi  
Carlo Adriano Biagini  
Enrico Brioli  
Analia Cecilia Bruni  
Fabio Cambrai  
Alberto Caster  
Emilio Costanzo  
Antonio Cotroneo  
Luc Pletzer De Vinuesa  
Fabio Di Stefano  
Anisa Falbo  
Antonio Federico  
Giovanna Ferrandes  
Nicola Ferrara  
Giuseppe Ferrara  
Marino Formilan  
Lodovico Frabola  
Pietro Garzi  
Gianluigi Gigli  
Marcello Giordano  
Guido Geri  
Antonio Guaita  
Marcello Imbriani  
Christian Leerin  
Daniela Letta  
Giancarlo Logrescino  
Maria Lia Lunardi  
Alberto March  
Patrizia Maccos  
Flammetta Monacelli  
Enrico Mossello  
Massimo Musico  
Leo Nahon  
Gianfranco Nuvoli  
Fabrizio Odetti  
Alessandro Padovani  
Luigi Parnigotti  
Nicola Renato Pizio  
Alice Pizzardi  
Paolo Francesco Putzu  
Renzo Rocchi  
Michaela Santoro  
Francesco Scapati  
Oswaldo Scarpino  
Luca Serchisi  
Carlo Serrati  
Sandro Sorbi  
Gianfranco Spalletta  
Anna Laura Spinelli  
Gabriele Tripi  
Claudio Vampini  
Flavio Vichiá  
Oratio Zanetti  
Giovanni Zuliani

## PSICOGERIATRIA

### La depressione nella persona che invecchia

Anno x – supplemento n° 2

Maggio – Agosto 2015

Per far diagnosi e trattare il disturbo depressivo, oltre ai classici manuali diagnostici e terapeutici, occorre probabilmente saper richiamare in servizio un occhio e un orecchio interni che facciano entrare nel rapporto col soggetto ammalato la propria sensibilità anche extramedica, la propria cultura letteraria, musicale, artistica, l'esperienza umana.

# **E soprattutto...**

---

**...Il malato anziano depresso va ascoltato, considerato e curato**

**“tanti medici mi hanno riempito di medicine, ma nessuno mi ha mai chiesto perché sono triste...”**