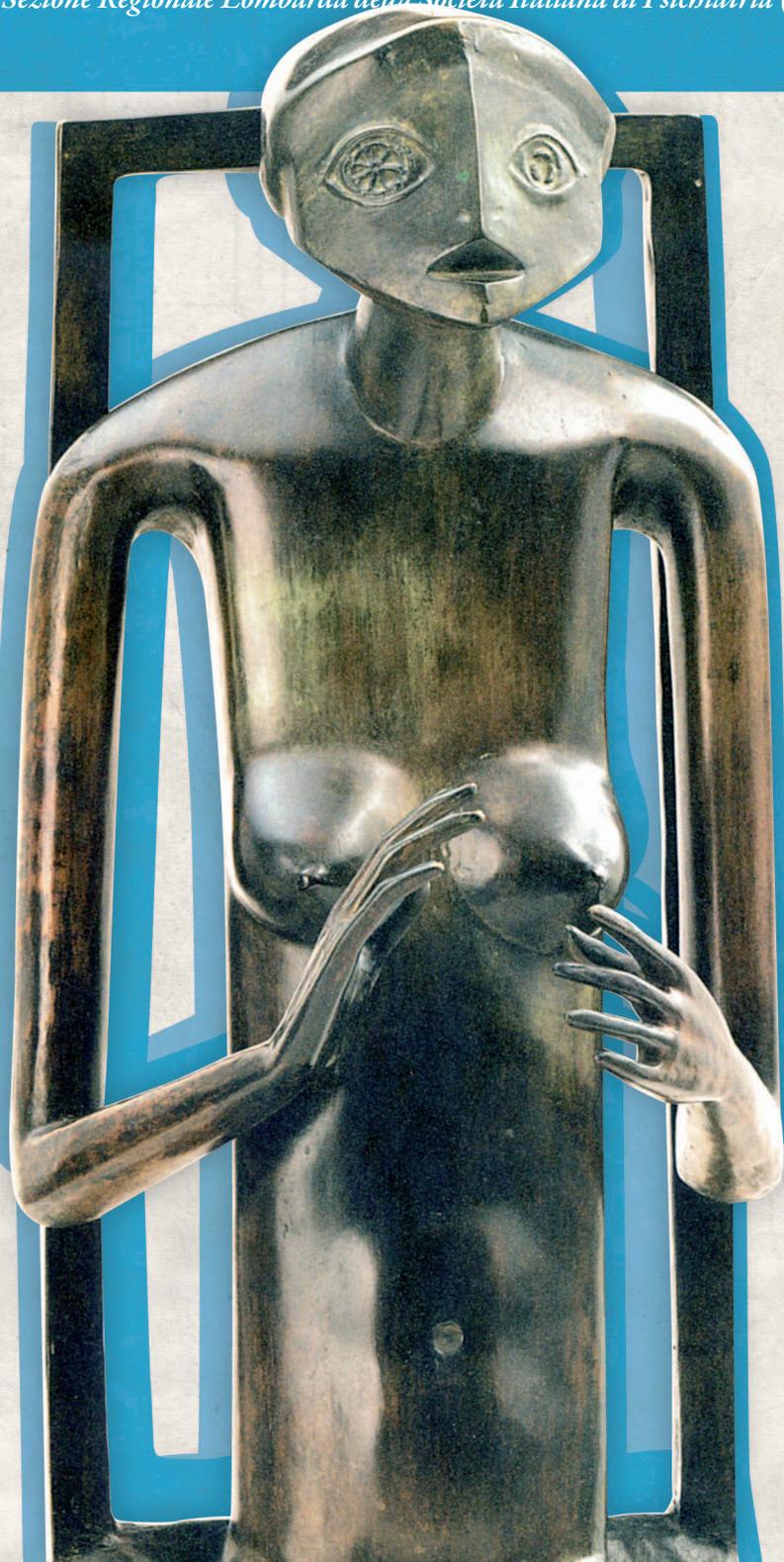




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXV • n. 1-2 • giugno-dicembre

IN PRIMO PIANO

2 L'attualità della paranoia
di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

13 Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi
di G. Tomaselli, S. Fenaroli, O. Papetti, G. Biffi, G. Cerati, M. Clerici, G. De Paoli, C. Mencacci, M. Percudani, M. Rabboni

24 Dalla qualità percepita alla qualità partecipata
Utenti e operatori in un percorso di miglioramento della qualità
di G.P. Frediani, A. Scaramellini, G. Cerveri, C. Mencacci

37 La crescita personale come guarigione post-traumatica
di S. Cristinelli, G. Biffi, G. De Isabella

40 Il problema emergente della depressione nell'anziano
di C. Gala, I. Iandoli, C. Redaelli

NOTE DAI CONVEGNI

49 La psichiatria territoriale nel sistema sanitario lombardo
Organizzazioni e competenze per la gestione dei gravi disturbi psichici
di P. Bortolaso, G. Cerveri

53 Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani
di S. Comerio, P. Scovazzi, F. Rosatti, M. Zara, Dr. A. Basilisca, G. Belloni, L. Micheletti, G. Cerati, P. Castiglioni

57 Studio epidemiologico osservazionale sull'innovativo servizio per il trattamento dell'ansia e della depressione presso l'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese
di E. Berto, F. Aletti, F. Marzanati, S. Vender, C. Callegari

62 "Theory of mind training" per pazienti schizofrenici: uno studio pilota
di F. Cocchi, M. Bechi, F. Fresi, M. Bosia, E. Smeraldi, R. Cavallaro

SPAZIO APERTO

68 Progetto un ambulatorio per giovani con disagio psichico e le loro famiglie

69 Attivazione di un servizio per giovani adulti con problemi di dipendenza e narcisismo patologici

71 Progetto di attivazione di un servizio per la diagnosi precoce ed il trattamento ambulatoriale dei Disturbi Affettivi in giovani Adulti in una realtà metropolitana

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Certi (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI
In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN COPERTINA: *L'oggetto invisibile (mani che afferrano il vuoto)*
Alberto Giacometti, 1934
New York - Museum of Modern art

Il problema emergente della depressione nell'anziano

Gala C., Iandoli I., Redaelli C.*

PREMESSA

Sintomi e disturbi depressivi sono causa frequente di sofferenza emotiva e psichica, di diminuita qualità di vita e di aumentato rischio di morte nella popolazione anziana. Gli anziani sembrano mostrare una più elevata vulnerabilità biologica alla depressione e molti studi sottolineano l'importanza di considerare un modello eziologico di tipo bio-psico-sociale (1). Infatti le ricerche finora effettuate sulla depressione late-onset hanno rilevato molteplici fattori causali di ordine biologico, sociale e psicologico che spesso agiscono sinergicamente. Le ricerche contemporanee sulla depressione geriatrica sono infatti rivolte a collegare tra loro le conoscenze sulla genetica, sull'influenza dell'ambiente nell'espressione genica, sulla relazione tra neurofisiologia e specifici sintomi neuropsichiatrici e sul contesto sociale e culturale nel quale si verifica la depressione. Dal punto di vista nosologico non esistono criteri specifici per inquadrare la depressione late-onset, si fa semplicemente riferimento alle sindromi depressive definite sia nel Diagnostic and Statistic Manual dell'American Psychiatric Association che nell'International Classification of Disease che hanno insorgenza in soggetti adulti di età superiore ai 65 anni. In tarda età spesso le sindromi depressive colpiscono soggetti affetti da patologie mediche croniche, da deterioramento cognitivo o disabilità (Alexopoulos, 2003). Oltre alla sofferenza personale e familiare legata alla patologia depressiva è importante ricordare la ricaduta negativa sull'outcome di molti disturbi medici e sul funzionamento con aumento della disabilità. Sebbene siano stati fatti molti progressi nel caratterizzare i pattern di

presentazione della depressione late-life e per migliorarne sia il riconoscimento che trattamento essa continua a congiurarsi come una patologia poco riconosciuta e non adeguatamente trattata caratterizzata da conseguenze individuali e sociali devastanti (4).

ASPETTI DIAGNOSTICI

Affinché sia possibile effettuare una diagnosi di depressione in base ai criteri DSM o ICD è necessario che sia presente o umore depresso o diminuzione dell'interesse o del piacere. Sebbene non facciano parte dei criteri diagnostici, la depressione maggiore in tarda età si associa spesso a problemi di natura organica e a deterioramento cognitivo. Tra i primi si riscontrano frequentemente ipercortisolemia, aumento dell'adiposità addominale, diminuita densità ossea, aumento del rischio di diabete tipo 2 e di ipertensione (5). Per quanto riguarda il secondo aspetto, i soggetti anziani affetti da depressione maggiore, sebbene non dementi, mostrano frequentemente difficoltà di concentrazione e diminuita velocità nella processazione delle informazioni e nelle funzioni esecutive. Tali deficit quasi sempre migliorano, sebbene a volte non si risolvano del tutto, a seguito della remissione dalla patologia depressiva (6). Anche nell'anziano, inoltre, può essere fatta diagnosi di depressione psicotica laddove le tematiche deliranti saranno soprattutto di colpa, ipocondriache, nichiliste, persecutorie e talvolta di gelosia. Il disturbo distimico è invece una comune sindrome depressiva di grado lieve o moderato che deve durare da almeno due anni. La depressione minore si associa nell'anziano a disabilità funzionale e circa il 25% dei soggetti sviluppano entro due anni una forma di depressione maggiore (7). Nel paziente molto anziano è frequente osservare una lunga fase subsindromica che precede l'insorgenza di depressione maggiore conclamata, che può durare più di tre anni (8). Nella *Tabella 1* vengono riportati i segni clinici frequentemente osservabili nella depressione senile.

EPIDEMIOLOGIA

Prima di presentare alcuni dati vale forse la pena fare un breve cenno di riferimento alle terminologie di più frequente uso negli studi epidemiologici. Per prevalenza si intende la frequenza delle persone che soddisfano i criteri per la diagnosi di interesse in un campione significativo ed è la misura più comunemente usata nell'epidemiologia psichiatrica; fornisce una stima dell'attuale carico di una patologia, ma non fornisce informazioni né sull'andamento della malattia, né sui pattern variabili nella frequenza della malattia nel corso del tempo. La prevalenza lifetime indica la frequenza cumulativa di criteri di soddisfazione per un disturbo psichiatrico in qualsiasi momento della vita passata di tutte le persone che fanno parte del campione. L'incidenza completa il dato di prevalenza ed è il numero di nuovi casi di un disturbo che si sviluppano nel corso di un periodo di tempo specificato, di solito un anno, fra persone prive del disturbo all'inizio del periodo specificato. Gli studi sull'incidenza sono molto più difficili da eseguire nell'epidemiologia psichiatrica e pertanto il numero di studi che la riguardano è piuttosto esiguo. Dall'1 al 4% della popolazione generale ha una depressione maggiore, che equivale ad un'incidenza annuale dello 0.15% (9).

Ne sono affette maggiormente le donne rispetto agli uomini con un rapporto di circa 2:1. Sia la prevalenza che l'incidenza di depressione maggiore raddoppiano dopo i 70-85 anni. La prevalenza di depressione minore si attesta in un range compreso tra il 4 e il 13%. Il disturbo distimico si verifica in circa il 2% della popolazione anziana. Le ricerche effettuate finora indicano che un soggetto anziano ha una probabilità maggiore di presentare sintomi depressivi clinicamente significativi rispetto ad un qualsiasi soggetto adulto con età inferiore ai 65 anni (prevalenza 8-16%), ma un soggetto *very old* è particolarmente pronò allo sviluppo del disturbo (l'incidenza per anno di sintomi clinicamente significativi di depressione in soggetti >85 anni può raggiungere il 13%).

La prevalenze di sindromi depressive late-life è molto

Tabella 1. SEGNI DI DEPRESSIONE SENILE

Aspetto	Postura immobile Espressione triste Perdita della capacità di collaborazione Ritiro sociale Ostilità Sospettosità Confusione od obnubilamento Variazioni dell'umore Crisi di pianto o lamenti Perdita di peso Ulcerazioni corneali secondarie a rarefazione del battito palpebrale Trascuratezza personale
Rallentamento psicomotorio	Bradialia Movimenti lenti Inibizione gestuale Lentezza della marcia Mutismo Sopore Cessazione o diminuzione di masticazione e deglutizione Cessazione o rarefazione del battito delle palpebre
Agitazione psicomotoria	Contorcimento delle mani
Disturbi del comportamento	Autolesioni cutanee Minacce o tentativi di suicidio Negativismo Esplosioni aggressive

più elevata se dalla popolazione generale ci spostiamo a setting medici dove rileviamo prevalenze del 10-12% nell'ospedale generale e del 6-9% in medicina generale.

Inoltre, il 6% dei pazienti afferenti alla medicina generale presenta depressione minore, il 10% è invece affetto da depressione subsindromica. Tuttavia, più della metà dei pazienti con tipologie depressive di media o lieve gravità sono ancora depressi un anno dopo (7). La prevalenza di depressione maggiore nei soggetti anziani che vivono in nursing home raggiunge il 12-14%, mentre dal 17 al 35% dei residenti in strutture di degenza a lungo termine presentano depressione minore o sintomi depressivi clinicamente significativi.

CENNI FISIOPATOLOGICI

Disfunzioni a livello frontostriatale possono predisporre all'insorgenza di depressione late onset, il malfunzionamento a livello esecutivo, espressione clinica di anomalie frontostriatali, è frequente nella depressione geriatrica e persiste anche dopo un miglioramento dell'umore. Diminuiti volumi delle strutture frontostriatali unitamente a iperintensità delle strutture sottocorticali e delle loro connessioni frontali sono ben documentate nella depressione in tarda età.

Le disfunzioni a livello frontostriatale influenzano la presentazione e il decorso della depressione geriatrica aumentando il ritardo psicomotorio e il grado di apatia. Un ipometabolismo dell'area cingolata anteriore è stato osservato nei soggetti resistenti al trattamento, laddove in quelli che rispondono si osserva invece un ipermetabolismo (10). Anche anomalie a carico dell'amigdala possono predisporre alla depressione, stroke e disturbi sottocorticali possono danneggiare le connessioni tra amigdala, nucleo talamico mediale dorsale e corteccia prefrontale orbitale e mediale predisponendo all'insorgenza di depressione. Inoltre l'ipercortisolemia, che insorge in corso di patologie mediche croniche, si associa ad un aumentata attività dell'amigdala con conseguente aumento del rilascio di cortisolo e di rischio di depressione (11). Un'ipersecrezione di CRF (fattore di rilascio

della corticotropina) è stato visto in associazione con la patologia depressiva; il CRF media il sonno e l'appetito, riduce la libido. L'invecchiamento si associa ad un'aumentata responsività del DHEAs (deidroepiandrosterone solfato) al CRF, bassi livelli di DHEA sono stati osservati in associazione ad aumentate percentuali di depressione e ad un maggior numero di sintomi depressivi in soggetti anziani studiati in comunità (13; 14). Anche alterazioni a livello dell'ippocampo sono rilevanti nella popolazione anziana, dato che questa struttura è molto vulnerabile alle modificazioni età correlate, e tali anomalie possono predisporre all'insorgenza di depressione. Una riduzione del volume di questa struttura, che si può osservare già durante il primo episodio depressivo, si correla alla durata lifetime della patologia (12). Così come nella depressione dell'età adulta e giovanile anche nella popolazione anziana è stata osservata una ipoattività della neurotrasmissione serotoninergica (15).

COMORBILITÀ MEDICA

Le sindromi depressive late-life insorgono spesso nel contesto di patologie mediche e/o neurologiche. Circa un quarto dei soggetti con IMA o che sono stati sottoposti a cateterizzazione cardiaca hanno una depressione maggiore e un altro 25% presenta invece depressione minore. Circa la metà dei pazienti con patologia coronarica e depressione maggiore hanno nella storia un pregresso episodio depressivo maggiore e il 50% di quelli con depressione maggiore al momento del cateterismo cardiaco rimangono depressi nell'anno successivo alla procedura (16). Sintomi o sindromi depressivi sono spesso presenti anche in soggetti affetti da demenza. La prevalenza puntuale di depressione maggiore nei pazienti con malattia di Alzheimer è del 17% e il dato aumenta nelle demenze sottocorticali (17; 18). Una depressione maggiore che insorge circa 10 anni prima della diagnosi di demenza e una storia lifetime di depressione

si associano ad un aumentato rischio di insorgenza di malattia di Alzheimer. La depressione influenza inoltre l'outcome delle patologie mediche, è stato osservato in uno studio di Romanelli (2002) che soggetti anziani con depressione avevano una probabilità di circa quattro volte superiore a quella dei controlli sani di morire entro 4 mesi da un infarto miocardico acuto. L'aggregazione piastrinica nei soggetti depressi è aumentata a suggerire l'aumento del rischio di patologie cardiovascolari. I soggetti anziani con sintomi depressivi presentano una diminuita risposta dei linfociti T ai mitogeni ed un'elevata concentrazione plasmatica di interleuchina 6, indice di attività infiammatoria aumentata che può promuovere il riassorbimento osseo, con aumento dell'osteoporosi e del rischio di fratture.

DEPRESSIONE E RISCHIO DI SUICIDIO

Il suicidio nell'anziano ha una frequenza circa doppia rispetto a quella della popolazione generale. Tra i soggetti che tentano il suicidio, gli anziani sono quelli ad avere la più elevata probabilità di morire. Sindromi depressive sono presenti nell'80% dei soggetti con età superiore ai 74 anni che commettono suicidio (20). L'ideazione suicidaria è strettamente correlata alla gravità della depressione. Una attenta valutazione della gravità della sintomatologia unitamente all'indagine riguardo pregressi tentativi di suicidio sembra siano in grado di predire il decorso dell'ideazione suicidaria (21).

ELEVATO UTILIZZO DEI SERVIZI

La depressione late-onset aumenta l'utilizzo dei servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali. Dati longitudinali dimostrano che la sintomatologia depressiva nei pazienti anziani è associata ad aumentato numero di visite mediche specialistiche, all'uso di farmaci, alle visite ambulatoriali

in medicina generale e presso il pronto soccorso. Fra i pazienti ospedalizzati la depressione maggiore si associa ad un aumento delle risorse sanitarie, tra cui degenze più lunghe e maggiore mortalità. Dopo le dimissioni la depressione giustifica un sostanziale aumento dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria ambulatoriale. Il settore della salute generale è, finora, la fonte principale di trattamento per le persone anziane depresse. Dati ottenuti in studi epidemiologici indicano che oltre il 55% delle persone anziane che usufruiscono di cure per la salute mentale ha ricevuto tale assistenza da medici generici. Al contrario una percentuale inferiore al 3% di individui con più di 65 anni riferisce di essersi sottoposta ad un trattamento ambulatoriale specialistico da professionisti per la cura della salute mentale, che rappresenta una percentuale più bassa di quella di qualsiasi altro gruppo di età adulta (22).

FATTORI DI RISCHIO E DEPRESSIONE

Molte ricerche sia di tipo cross-sezionale che prospettico si sono occupate dello studio dei fattori di rischio dell'insorgenza di depressione in tarda età, al fine di poter mettere in atto misure atte all'identificazione precoce ed efficace di una patologia che come già delineato ha un grave impatto non solo sulla salute dell'individuo ma anche sociale ed economico. È stato possibile individuare diversi fattori predisponenti. Innanzitutto il sesso femminile, che molti autori considerano uno dei più importanti fattori di rischio e in tutti i dati di prevalenza il sesso femminile mostra percentuali circa doppie rispetto a quello maschile (23; 24). Poi la familiarità, laddove una storia personale o familiare di depressione aumenta il rischio di insorgenza della patologia, sebbene non siano stati identificati geni specifici, studi su gemelli indicano un'associazione tra il gene promotore per il recettore serotoninergico 2° con genotipo A/A e la depressione, ma tale dato è limitato alla popolazione anziana maschile. Sembra che anche i geni associati ad un aumentato rischio di incidenti

cerebrovascolari possano aumentare la vulnerabilità all'insorgenza di depressione (25). Comorbilità medica, disabilità e percezione di scarsa salute sono altri tra i fattori di rischio considerati rilevanti nell'insorgenza della depressione late-onset (26). In generale si può affermare, che indipendentemente dal tipo di patologia, uno scarso funzionamento secondario ad una patologia e la presenza di deterioramento cognitivo sono alcune tra le cause più importanti di insorgenza di depressione (27). Dal punto di vista sociale sono rilevanti come fattori di rischio un basso livello socio-economico, solitudine (single, vedovi), bassa scolarità. In uno studio di Schoevers del 2000 è stata osservata l'importanza dell'influenza ambientale intesa come presenza di un partner o, in sua assenza, di una rete di supporto sociale nel ridurre significativamente l'impatto della disabilità funzionale sull'incidenza di depressione. Sono poi diversi gli eventi di vita stressanti che si configurano come fattori di rischio dell'insorgenza della depressione in tarda età. Potremmo raggrupparli in un ambito denominato "perdite" dove all'interno troviamo ad esempio il pensionamento, inteso come perdita dell'attività lavorativa e di conseguenza del ruolo sociale, la perdita di alcune funzioni legate alla disabilità conseguente al declino fisiologico cui si assiste con il trascorrere degli anni, la perdita degli affetti, in primis con il costituirsi di nuovi nuclei familiari (figli e nipoti) in cui spesso l'anziano viene messo da parte, e poi la "perdita per eccellenza" vale a dire il lutto che rimane tra i fattori di rischio più importanti e significativi dell'insorgenza di depressione. Durante il primo anno di lutto dal 10 al 20% dei vedovi sviluppano sintomi di depressione. L'associazione tra questo evento e la depressione nell'anziano è stata rilevata in numerosi studi sia cross sezionali che longitudinali e non solo relativamente al lutto per la morte del coniuge ma anche per altri familiari, per es. figli (23; 28). La prevalenza di depressione maggiore continua a salire nel secondo anno dopo il lutto, al termine del quale il 14% dei vedovi presenta depressione maggiore. Nello studio dei fattori di rischio

è emerso anche che alcuni tratti psicologici conferiscono vulnerabilità alla depressione, per esempio il neuroticismo è predittivo di insorgenza di depressione nei pazienti visti in medicina generale anche dopo aver controllato in base alla gravità della sintomatologia depressiva. Inoltre, nei soggetti anziani con depressione maggiore una distorsione cognitiva improntata su un pensiero pessimistico è predittivo di ideazione suicidaria a distanza di un anno. Nella review effettuata da Cole (23) sui fattori di rischio per depressione in anziani in comunità è emerso che i fattori più significativi in ordine di importanza sono: Lutto, Disturbi del sonno (soprattutto insonnia – Ford, 2001), Disabilità e Sesso Femminile. Blazer (24) in una review effettuata sul modello eziologico tridimensionale bio-psico-sociale della depressione ha stilato un elenco di probabili fattori di rischio generali ed età correlati unitamente a fattori considerati protettivi che vengono presentati nella *Tabella 2*.

TRATTAMENTO

Gli scopi del trattamento della depressione sono molteplici, dalla riduzione della sintomatologia, fino al miglioramento dello stato cognitivo e funzionale utile al paziente per sviluppare e/o perfezionare le abilità necessarie a fronteggiare l'eventuale disabilità o le problematiche di ordine psicosociale. Sebbene per diverso tempo gli studi si siano tradizionalmente focalizzati principalmente sul miglioramento sintomatologico (risposta=riduzione del 50% al punteggio della *Hamilton Depression Rating Scale*) esiste ormai una crescente attenzione su quello che molti clinici ritengono sia in realtà il goal standard del trattamento, vale a dire la remissione (punteggio alla *Hamilton Depression Rating Scale* ≤ 10). Essa rappresenta un target importante sia per la fase acuta che per quella di mantenimento dato che i sintomi residui, la ricorrenza, il suicidio e il grado di cronicità si associano ad una scarsa qualità di vita e ad un maggior utilizzo di

Tabella 2. FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PER INSORGENZA DI DEPRESSIONE IN TARDA ETÀ

Fattori di rischio generali (che possono predisporre a depressione in tutte le fasce di età)

Rischi biologici

- Ereditarietà
- Sesso femminile
- Ipoattività del sistema serotoninergico
- Ipersecrezione di cortisolo
- Bassi livelli di testosterone
- Stroke
- Patologie mediche e deterioramento funzionale
- Abuso e/o dipendenza da alcol

Rischi psicologici

- Disturbo di personalità
- Neuroticismo
- Distorsione cognitiva
- Locus of control esterno

Rischi sociali

- Eventi di vita stressanti
- Lutto
- Carenze socio economiche
- Scarso supporto sociale

Fattori di rischio specifici

Rischi biologici

- Polimorfismi o mutazioni genetiche
- Bassi livelli di deidroepiandrosterone (coinvolto nell'ipersecrezione di corticotropin-releasing-factor)
- Ischemia corticale e subcorticale
- Malattia di Alzheimer

servizi. Nella pianificazione di un trattamento bisogna innanzitutto valutare la presenza di patologie o terapie in atto in grado di indurre depressione. Spesso per il trattamento della depressione dell'anziano, così come accade anche nell'adulto, risulta più efficace la com-

binazione di psico- e farmaco-terapia (29). Tuttavia entrambe le opzioni in singola terapia possono essere efficaci alternative nella depressione maggiore di grado lieve. Per quanto riguarda le psicoterapie quelle da preferirsi nell'anziano sono: cognitivo-comportamentale, supportiva, orientata al problem-solving e interpersonale. La terapia elettroconvulsiva può essere presa in considerazione se il paziente non risponde al trattamento, se ha una forma depressiva grave con ideazione suicidaria persistente o in caso di psicosi (30). Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRIs) e di serotonina e norepinefrina (SNRIs) rappresentano gli antidepressivi di prima scelta, seguiti da bupropione e mirtazapina (31). Sebbene nel trattamento della popolazione anziana il dosaggio iniziale debba essere più basso, la dose finale raggiungibile è simile a quella dell'adulto. Nortriptilina e desipramina rappresentano valide alternative agli SSRI nel caso di depressione di grado severo. Prima di poter giudicare l'efficacia o l'inefficacia del farmaco è necessario che trascorranò 4 settimane a dosaggio adeguato. Se anche a dosaggio massimo la risposta è scadente si attua un augmentation. Se il farmaco scelto in prima istanza è un SSRI si può aggiungere litio, bupropione o nortriptilina. Nella depressione late-life è utile anche la combinazione tra un antidepressivo (SSRIs o SNRIs) e un antipsicotico atipico (eccetto clozapina). Per la terapia di mantenimento va utilizzato lo stesso dosaggio della fase acuta, nel paziente con singolo episodio depressivo il trattamento andrebbe proseguito per almeno un anno. Laddove gli episodi lifetime siano almeno tre la terapia di mantenimento deve essere proseguita per oltre tre anni. Nei pazienti con sintomi psicotici che ottengono la remissione dopo il trattamento con una terapia combinata con antidepressivo e antipsicotico quest'ultimo andrebbe proseguito per almeno sei mesi. Di seguito vengono riportate alcune tabelle in cui vengono indicate le caratteristiche della terapia farmacologica ideale (Tabella 3.1) e i dosaggi raccomandati degli antidepressivi di comune impiego nell'anziano (Tabella 3.2) (32).

Tabella 3.1 CARATTERISTICHE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IDEALE

Punti chiave della terapia farmacologica della depressione in età senile

- Scelta del farmaco antidepressivo
- Valutazione degli effetti collaterali
- Valutazione del dosaggio terapeutico
- Valutazione delle interazioni farmacologiche
- Valutazione della durata del trattamento

Profilo dell'antidepressivo ideale da utilizzare in età senile

- Farmaco con efficacia terapeutica documentata
- Farmaco di elevata tollerabilità e sicurezza
- Farmaco privo di interazioni farmacologiche
- Farmaco con elevata maneggevolezza di impiego
- Farmaco sicuro in overdose

Tabella 3.2 DOSAGGI RACCOMANDATI

Antidepressivo	Dose iniziale fino a dosaggio max (mg/die)	Commenti
Citalopram	10 fino a 20-40	Attenzione agli effetti collaterali gastrointestinali
Sertralina	25 fino a 50-150	Utile per pazienti con disturbi del sonno, inappetenza, ansiosi/irrequieti/agitati
Mirtazapina	15 fino a 45	Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Venlafaxina	37.5 fino a 75-300	Può essere particolarmente utile in pazienti con manifestazione dolorose
Duloxetina	30 fino a 120mg	Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Bupropione SR	75 fino a 300	Raramente, ad alti dosaggi, causa crisi convulsive. Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Paroxetina	10 fino a 40	Effetti anticolinergici lievi
Fluoxetina	10 fino a 20-30	Emivita molto lunga e può causare calo ponderale negli anziani
Trazodone	25-50 fino a 200-300 Salire lentamente ogni due o tre giorni. Dosaggi fino a 600 mg/die sono state impiegate in alcuni casi	L'effetto collaterale più comune è la sedazione. Può essere usato a basse dosi per i suoi effetti anti-ansia durante il giorno e per il sonno alla sera. Il secondo effetto più comune è l'ipotensione ortostatica

CONCLUSIONI

La popolazione anziana e particolarmente quella dei molto anziani (età maggiore di 85 anni) è in rapida crescita in tutto il mondo occidentale. Pur considerando che sono molti gli anziani che, a ragione delle migliorate condizioni di qualità di vita e degli avanzamenti della tecnologia medica, conservano una buona salute fisica e mentale è anche vero che una larga fetta di questa popolazione soffre di depressione. Quali le cause? Innanzitutto di ordine organico. Il cervello anziano subisce dei cambiamenti biochimici quali la deplezione dei neurotrasmettitori monoaminergici ed alterazioni strutturali cellulari e vascolari dei tessuti cerebrali. Inoltre si assiste ad una deficitaria risposta agli eventi stressanti dovuta alla minore efficacia del sistema ipofisario-cortico-surrenalico. Quest'ultimo fenomeno è importante a ragione di numerosi eventi stressanti che minano la fragilità "psicosomatica" di cui sopra. L'anziano è a maggior rischio di "perdite", quali: la salute, l'autonomia e tutte le conseguenze di malattie croniche (cardiopatie, malattie articolari, tumori, ecc.). A queste si aggiungono "perdite" psicologiche quali i lutti, la riduzione delle relazioni sociali, la progettualità, un vissuto di alienazione rispetto alla rapida progressione e trasformazione della società. Quale il soggetto a maggior rischio di depressione nella popolazione anziana? Una donna di età superiore ai 65 anni, recentemente vedova, con una o più malattie fisiche e con un precedente episodio depressivo. Pertanto, emerge con chiarezza l'importanza di una diagnosi e trattamento precoci della depressione dell'anziano, laddove si consideri che essa è correlata ad un aumento della mortalità, ad un maggior rischio di sviluppo di demenza e ad un aumento dei costi sanitari per ricoveri e visite specialistiche.

* Unità Operativa di Psichiatria I - Azienda Ospedaliera "San Paolo", Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Blazer D.G., *Depression in late life: review and commentary*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2003. 58(3): p. 249-65.
2. Kohn R. and G. Epstein-Lubow, *Course and outcomes of depression in the elderly*, Curr Psychiatry Rep, 2006. 8(1): p. 34-40.
3. Alexopoulos G.S., *Vascular disease, depression, and dementia*, J Am Geriatr Soc, 2003. 51(8): p. 1178-80.
4. Charney D.S., et al., *Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life*, Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(7): p. 664-72.
5. Lacruz M.E., et al., *Mental health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging*. BMC Med Res Methodol, 2010. 10: p. 36.
6. Gala C., Iandoli I., Redaelli C., *Psicogeriatrics*, In Invernizzi G. Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 347-371
7. Lyness J.M., *Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients*, Int J Geriatr Psychiatry, 2008. 23(8): p. 773-81.
8. Alexopoulos G.S., *Depression in the elderly*, Lancet, 2005. 365(9475): p. 1961-70.
- Blazer D.G., 2nd and C.F. Hybels, *Origins of depression in later life*, Psychol Med, 2005. 35(9): p. 1241-52.
9. Ballmaier, M., et al., *Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: an MRI-based parcellation of the prefrontal cortex*, Am J Psychiatry, 2004. 161(1): p. 99-108.
10. Lee, A.L., W.O. Ogle, and R.M. Sapolsky, *Stress and depression: possible links to neuron death in the hippocampus*, Bipolar Disord, 2002. 4(2): p. 117-28.
11. Esiri, M.M., *Ageing and the brain*. J Pathol, 2007. 211(2): p. 181-7.
12. Sapolsky, R.M., L.C. Krsey, and B.S. McEwen, *Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: implications for aging*. J Neurosci, 1985. 5(5): p. 1222-7.
13. Sapolsky, R.M., *The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death*.

- Biol Psychiatry, 2000. 48(8): p. 755-65.
14. Burke, S.N. and C.A. Barnes, *Neural plasticity in the ageing brain*. Nat Rev Neurosci, 2006. 7(1): p. 30-40.
 15. Carney, C.P., et al., *Relationship between depression and pancreatic cancer in the general population*. Psychosom Med, 2003. 65(5): p. 884-8.
 16. Cummings, J.L. and G. Cole, *Alzheimer disease*. JAMA, 2002. 287(18): p. 2335-8.
 17. Rapp, M.A., et al., *Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression*, Arch Gen Psychiatry, 2006. 63(2): p. 161-7.
 18. Brenes, G.A., *Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients*, Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2007. 9(6): p. 437-43.
 19. Waern, M., et al., *Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study*, BMJ, 2002. 324(7350): p. 1355.
 20. Alexopoulos, G.S., et al., *The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study*, Am J Psychiatry, 1993. 150(11): p. 1693-9.
 21. Katon, W.J., J. Unutzer, and G. Simon, *Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go*, Med Care, 2004. 42(12): p. 1153-7.
 22. Cole, M.G. and N. Dendukuri, *Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis*, Am J Psychiatry, 2003. 160(6): p. 1147-56.
 23. Blazer, D.G., *Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship*, Aging Ment Health, 2005. 9(6): p. 497-9.
 24. Hickie, I., et al., *Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions*, Psychol Med, 2001. 31(8): p. 1403-12.
 25. Fagring, A.J., et al., *Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain*, BMC Public Health, 2008. 8: p. 165.
 26. Gala, C., Peirone A., Pasquale L., Redaelli C., Bellodi S., *Depression and cognitive impairment in the elderly*, Giorn. Gerontol., 2008. 56(1): p. 25-33.
 27. Schoevers, R.A., et al., *Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL)*, J Affect Disord, 2000. 59(2): p. 127-37.
 28. Gala, C., Colombo E., M., *Disturbi psicosomatici*, In Invernizzi G., Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 327-345
 29. Alexopoulos, G.S., *Clinical and biological interactions in affective and cognitive geriatric syndromes*, Am J Psychiatry, 2003. 160(5): p. 811-4.
 30. Gorwood, P., et al., *Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder*, Am J Geriatr Psychiatry, 2007. 15(7): p. 581-93.
 31. Gala, C., Iandoli, M., C et al., *Uso degli psicofarmaci in condizioni specifiche*, In Invernizzi G., Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 501-535

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (Cummings et al., 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)