



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbanò (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)

Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Responsabile Comunicazione Digitale:**  
Federico Grasso (Lodi)

**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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto: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](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero  
*di Cerveri G.*
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti  
*di Calò P.*
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?  
*di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani  
*di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.*
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo  
*di Costa A., Camastra M. e Zilioli L..*
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.*
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla co-struzione di nuovi percorsi  
*di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.*
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente  
*di Toscano M.*
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno  
*di Vender S.*

### PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria  
*di Amatulli A.*
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura  
*di Ballantini M..*
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa  
*di Mantovani R.*

### CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
**Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm**  
*di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.*
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)  
**L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità**  
*di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.*

### ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.  
*Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.*

## Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive

Dibenedetto, C.<sup>\*o</sup>, Masserini, A.<sup>\*o</sup>, Corbelli, M.<sup>\*o</sup>,  
Giordano B.<sup>o</sup>, D'Agostino, A.<sup>\*o</sup>, Cavallotti, S.<sup>o</sup>

### INTRODUZIONE

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5 – TR) descrive un episodio di depressione maggiore come disturbo della durata di almeno due settimane, caratterizzato da umore depresso o marcata riduzione del piacere o della voglia nello svolgimento di attività prima considerate come piacevoli o interessanti, associato a cinque o più dei seguenti sintomi: cambiamenti nell'appetito, nel sonno, nella energia, nella concentrazione, nella attività psicomotoria, comparsa di sentimenti di colpa/indegnità e/o pensieri di morte ricorrenti con conseguente alterazione del funzionamento sociale e/o lavorativo.

L'ultimo *World Mental Health Report*, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2022, riporta una prevalenza del 5,8% nella fascia di età tra i 50 e 69 anni e il 5,4% tra la popolazione con età maggiore o uguale ai 70 anni. Si stima che i servizi di salute mentale lombardi effettuino almeno un intervento l'anno su oltre 20.000 persone di età superiore ai 64 anni, che costituiscono circa il 20% della popolazione trattata per qualsiasi diagnosi (Giordano et al., 2023). Gli stessi dati evidenziano che oltre 5.000 persone di questa fascia d'età effettuano visite per depressione, costituendo circa un terzo della popolazione trattata per questo disturbo.

Con l'avanzare dell'età aumenta la prevalenza di molte condizioni cliniche che rendono di per sé il paziente anziano fragile e ne riducono le autonomie. La valutazione diagnostica in questa fascia d'età si associa ad alcune criticità specifiche: basso tono dell'umore, affaticabilità o scarsa progettualità possono essere considerate come

manifestazioni in un certo senso congrue alla fase di vita in cui si trovano i pazienti, rendendo il disturbo frequentemente poco riconosciuto e sotto-diagnosticato (Avaṣṡhi A., 2018); a ciò si associa quindi un peggioramento della qualità della vita, un aumentato ricorso alle prestazioni sanitarie fino ad un'accelerazione del decadimento cognitivo, nonché a un aumento della mortalità, sia per le comorbidità mediche che per suicidio (Subramanian, S., 2023). Esistono di converso evidenze di una riduzione della mortalità a fronte di un adeguato trattamento della depressione (Ryan J; 2008).

Si parla di *Late Life Depression* (LLD) quando il primo episodio si verifica in soggetti di età pari o superiore ai 65 anni senza storia di depressione (Sekhon S., 2023). Sebbene la patologia depressiva, che solitamente esordisce nella adolescenza o nella prima età adulta, possa continuare a presentare ricorrenze anche nell'età anziana (depressione early onset), esistono anche forme dette late onset che vedono il loro esordio in soggetti di oltre 60 anni (Subha S., 2023): in entrambi i casi, la co-occorrenza con i cambiamenti fisici e cerebrali associati all'invecchiamento comporta una più alta probabilità di scarsa o incompleta risposta ai trattamenti disponibili (Nemeroff C., 2002).

La presentazione clinica, oltre ad alcune delle caratteristiche più tipiche, comprende frequentemente anche sentimenti di inutilità e incapacità, sintomi della sfera cognitiva e maggiori lamentele somatiche e/o ipocondria, conferendo una maggiore complessità all'inquadramento diagnostico e terapeutico rendendo tale disturbo sotto-diagnostico con un uso improprio di altre risorse come i Pronto Soccorso o i Medici di Medicina Generale (Zenebe Y., 2021). Importante è infine la diagnosi differenziale fra i quadri di demenza organica da quelli di pseudo-demenza, che hanno correlato clinico simile ma una eziologia psichica e quindi sono sensibili a terapie psicofarmacologiche (Byers A., 2011).

## PRINCIPI DI TRATTAMENTO

### EVIDENCE- BASED

#### Psicoterapia

La psicoterapia nell'approccio Cognitivo Comportamentale (CBT) rappresenta la prima linea di trattamento nella depressione di grado lieve (Pinquart M., 2006). Altri orientamenti psicoterapeutici validati sono: la Problem Solving Therapy, una forma di psicoterapia di breve durata (14 sedute) (Kirkham J., 2016), la Reminiscence Therapy, protocollo psicoterapeutico basato sulla rievocazione di ricordi piacevoli del vissuto personale del paziente che si è dimostrato efficace in maniera analoga alla CBT nella depressione dell'anziano (Hallford D., 2013). Ulteriore approccio validato nella LLD è la Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation (nCCR). Nel paziente con LLD sono frequenti deficit alterazioni delle funzioni esecutive che a volte persistono nonostante la remissione dei sintomi depressivi e si associano ad outcome peggiori nella risposta alla terapia psicofarmacologica (Potter G., 2004) Tramite la nCCR rimodulando tali deficit è possibile andare ad agire su quei network neurali (a livello della corteccia dorsolaterale prefrontale, orbito-frontale corticale) alterati e comuni tra depressione e deficit delle funzioni esecutive determinando una remissione dei sintomi depressivi potenzialmente paragonabile in termini di efficacia agli approcci farmacoterapeutici di prima linea (Morimoto S., 2014).

Altri tipi di trattamento, come la terapia psicodinamica, le terapie di supporto, sembrano comunque essere efficaci. Se nelle forme di depressione da moderata a severa la farmacoterapia rappresenta la prima linea terapeutica, nella depressione cronica la combinazione di farmacoterapia e psicoterapia è considerata invece maggiormente efficace (Von Wolff A., 2012).

#### Farmacoterapia

I farmaci che agiscono sul sistema monoaminergico sono quelli maggiormente utilizzati in quanto determinano un tasso più elevato di remissione dei sintomi; secondo le

linee guida dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2010) la scelta terapeutica deve essere eseguita sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente in termini di sintomatologia, comorbidità, farmacoterapia. Farmaci come gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) /inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) in monoterapia sono da preferire a farmaci come i triciclici (TCA) e gli inibitori delle monoamino-ossidasi (iMAO) per il rischio maggiore nella popolazione anziana di ipotensione in ortostatismo.

Questi farmaci vanno titolati lentamente, partendo da bassi dosaggi e tenendo quindi in considerazione le alterazioni farmacodinamiche e farmacocinetiche che si associano all'invecchiamento quali l'incremento della attività delle mono ammino-ossidasi, la riduzione della acetilcolina, la riduzione della dopamina, la riduzione del numero dei recettori o l'aumento della resistenza alla diffusione dei farmaci correlati (Thiem U., 2020). Tutto ciò correla con un maggiore sensibilità da parte di questa popolazione di pazienti agli effetti collaterali/ avversi, oltre che al problema della minor risposta ai trattamenti.

- SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). Rappresentano la prima linea di trattamento nella depressione dell'anziano. Hanno un minor numero di effetti indesiderati, minori interazioni farmacologiche ed una più alta tollerabilità rispetto ad altre classi di antidepressivi. La risposta clinica si manifesta a distanza di 4/6 settimane (Sekhon S., 2019). Negli anziani i principali effetti indesiderati sono la iponatremia, l'acatisia, l'anoressia e la bradicardia sinusale (Fabian T., 2004).
- SNRI (inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina). Rappresentano la seconda linea di trattamento, si associano al rischio di ipertensione diastolica dose-dipendente.
- NaSSA (antidepressivi noradrenergici e specifici serotoninergici). La Mirtazapina è risultata superiore agli SSRI nel trattamento di alcuni dei sintomi della *Late-Life Depression* come i disturbi del profilo ipnico

e i sintomi gastro-intestinali, oltre che determinare una più rapida remissione della sintomatologia depressiva. (Kato M., 2023)

- TCA (antidepressivi triciclici) vengono riservati a pazienti pluri-resistenti: non sono considerati farmaci di prima e/o seconda linea e dovrebbero essere usati con cautela in pazienti con alterazioni della conduzione cardiaca, aritmie, Alzheimer, in quanto possono determinare incremento dello stato di confusione a causa della loro azione anticolinergica. (Beyer J., 2018)
- IMAO (inibitori delle mono-ammino ossidasi). Questa classe di farmaci è stata poco studiata nell'anziano, comuni effetti indesiderati sono l'ipotensione in ortostatismo, l'attivazione e l'insonnia.

## TRATTAMENTI DI NEUROMODULAZIONE

### Terapia elettroconvulsivante (ect).

Sebbene poco diffusa in Italia, secondo alcuni autori la ECT è risultata più efficace rispetto alle terapie farmacologiche (Dols A., 2017), con tassi di risposta dal 70 all' 80% e un minor numero di effetti collaterali. Ipertensione, tachicardia sono possibili effetti indesiderati, ma spesso transitori. Altri comuni effetti avversi sono amnesia e cefalea.

### Stimolazione transcranica magnetica (tms)

Numerosi studi hanno proposto la TMS come possibile approccio terapeutico; molti di questi però sono stati condotti su un numero ridotto di soggetti, con risultati molto eterogenei. Alcuni fattori che complicano l'interpretazione dei risultati della TMS sono: la variabilità nella intensità della stimolazione, la sede anatomica dello stimolo magnetico, il numero totale di sessioni (APA, 2010). Rispetto a quanto osservato nei pazienti più giovani, la risposta nella LLD è poi ridotta, forse per i processi para-fisiologici di atrofia cerebrale e una inadeguata intensità nella stimolazione (Blumberger D., 2015). Studi più recenti hanno però evidenziato l'efficacia della TMS nella LLD con un potenziale beneficio anche nel miglioramento dell'*impairment* cognitivo tramite

stimolazione della corteccia dorsolaterale prefrontale di sinistra (Iriarte I., 2018).

## ESERCIZIO FISICO

Alcune evidenze suggeriscono che l'esercizio fisico possa costituire un trattamento di prima linea per i pazienti con depressione lieve o moderata, anche se le caratteristiche del disturbo possono rendere difficile per i pazienti impegnarsi in questo tipo di attività. Una meta-analisi di sette studi randomizzati (n = 519 pazienti) ha confrontato l'esercizio fisico (tipicamente in tre o cinque sessioni di 30-45 minuti a settimana, per tre o quattro mesi) con una condizione di controllo evidenziando un effetto significativo, seppur clinicamente limitato (Bridle C., 2012).

## LA RESISTENZA AL TRATTAMENTO E LE NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE

Si parla di forme depressive resistenti al trattamento (*Treatment-Resistant Depression* o TRD) quando non si ottiene una risposta soddisfacente ad almeno due farmaci antidepressivi, somministrati a un dosaggio di comprovata efficacia e per un congruo lasso di tempo, ovvero di almeno 4 - 6 settimane (Cristancho P., 2018). Il fatto che almeno il 30% della popolazione anziana soddisfi i suddetti criteri (Lenz E., 2008), che queste forme tendono a presentarsi in co-occorrenza con altre condizioni neurodegenerative in quadri a elevata complessità gestionale e che il fallimento di due linee terapeutiche con SSRI/SNRI correli con una scarsa probabilità di risposta a una terza molecola delle medesime classi (Buchalter E., 2019), rende ragione del crescente interesse verso nuove diverse opzioni di trattamento.

## BRIGHT LIGHT THERAPY

Introdotta circa 40 anni fa, la *Bright Light Therapy* (BLT), prevede che il soggetto venga esposto a una fonte di luce brillante con intensità di 10.000 lux per almeno 30-60 minuti al momento del risveglio.

Il rationale alla base dell'intervento associa l'effetto

antidepressivo alla stimolazione diretta del nucleo sovra-chiasmatico indotta dalla luce brillante (Lieverse R., 2008). Questo centro ipotalamico regola la componente intrinseca dei ritmi cronobiologici, che vanno tipicamente ad alterarsi nella fisiologia con l'invecchiamento, e sul versante patologico nei disturbi dell'umore. L'evidenza di anomalie del funzionamento del nucleo sovra-chiasmatico in questi quadri ne sostiene l'utilizzo come bersaglio terapeutico, come dimostrato da alcuni trial di ricerca (Sloane P., 2008).

Più nello specifico, il complesso effetto neurobiologico della BLT spiega verosimilmente un'azione sul sistema monoaminergico mediante la riduzione dell'espressione delle MAO-A e del 5-HTT nella corteccia cingolata anteriore nei soggetti esposti (Spies et al., 2018; Harrison et al., 2015) mentre una prolungata deprivazione di stimolo luminoso genera, oltre a consistenti modificazioni a livello del locus coeruleus, dei nuclei del rafe e del tegmento ventrale, l'insorgenza di sintomi depressivi (Gonzalez M., 2008). Questo meccanismo neurobiologico determinerebbe un aumento dello stato di vigilanza (*alertness*), una contestuale riduzione della sonnolenza diurna (*sleepiness*) ma soprattutto dell'astenia, con un conseguente miglioramento nella *performance cognitiva* in termini di concentrazione e memoria (Chellappa S., 2009).

La *Bright Light Therapy* è risultata particolarmente utile non solo nel trattamento dei disturbi dell'umore stagionali (*Seasonal Affective Disorder*, SAD), ma anche, nel trattamento dei sintomi della depressione non stagionale (Golden R., 2005), soprattutto quando il protocollo prevedeva l'associazione della BLT alla terapia psicofarmacologica (Martiny K., 2004). L'onset d'azione della BLT nella popolazione anziana è inferiore a una settimana, con il massimo effetto terapeutico a circa due settimane dall'inizio del trattamento, specialmente nella fascia d'età 60-69 anni, per cui l'età relativamente minore sembrerebbe essere un fattore predittivo positivo di risposta alla BLT (Chang C., 2018).

Uno dei vantaggi di questa terapia è la quasi totale assenza di effetti avversi, al netto di alcuni potenziali

rischi dal punto di vista oculare, ancora comunque non documentati e considerati di lieve entità anche in pazienti con preesistenti disturbi (Brouwer A., 2017).

## ANTIDEPRESSIVI AD AZIONE RAPIDA

La ketamina e l'esketamina, il suo S-enantiomero, sono state studiate per il trattamento della TRD, con un meccanismo d'azione che dipende dalla loro elevata affinità per i recettori N-metil-D-aspartato (NMDA) e la conseguente attività di modulazione glutammatergica: mentre la somministrazione intravenosa di ketamina, non ha ancora ricevuto approvazione ufficiale dagli organi preposti, l'esketamina somministrata per via intranasale è invece stata approvata dalla *Food and Drug Administration* (FDA) con questa indicazione (Nota AIFA, 2019).

L'insorgenza degli effetti è solitamente rapida e la tollerabilità discreta: i più comuni effetti indesiderati sono la nausea, la sedazione e la dissociazione per monitorare i quali è necessaria un'osservazione clinica di alcune ore in seguito alla somministrazione, che avviene in ambiente ambulatoriale (Popova V., 2019). L'esketamina intranasale è inoltre risultata particolarmente efficace nella gestione anche dei sintomi della sfera ansiosa nei pazienti anziani TRD, la cui compresenza è considerata predittiva di scarsa risposta (Balaram K., 2023).

Il principale studio su esketamina *add-on* in pazienti anziani con TRD evidenziava una risposta clinicamente significativa nei soggetti di età compresa tra i 65 e i 74 anni che non è stata riscontrata nei pazienti di età > 74 anni, aprendo come possibile scenario una risposta differente in base all'età cerebrale. Tali risultati potrebbero però essere stati anche influenzati da altri fattori come dose di inizio e titolazione (28 mg nei soggetti > 74 anni e 56 mg nei soggetti < 75 anni) (Ochs-Ross R., 2020). Uno studio italiano ha recentemente riportato l'efficacia nei pazienti anziani, sottolineando però anche i possibili tassi più elevati di effetti collaterali (vertigini, dissociazione, ipertensione) (d'Andrea G., 2023).

---

## CONCLUSIONI

A fronte dei numerosi progressi nello studio di nuovi approcci per la gestione della depressione nell'anziano, permangono ancora alcuni interrogativi. Dal nostro lavoro emerge la necessità di personalizzare il più possibile la terapia sul singolo paziente, stante la condizione di estrema fragilità e complessità che contraddistingue il paziente geriatrico. Gli studi futuri dovrebbero focalizzarsi non solo sul trattamento dell'episodio depressivo in acuto, ma anche sul trattamento a lungo-termine e su potenziali combinazioni di approcci terapeutici di natura diversa, oltre che proseguire gli studi sulle basi neurobiologiche della depressione e su possibili nuovi *target* terapeutici. Nella realtà italiana, infine, l'ISTAT prevede una crescita della popolazione anziana dal 23,5% attuale a circa il 35% della popolazione entro il 2050. Poiché sarà inevitabilmente necessario affrontare le esigenze di una percentuale sempre più elevata di anziani, sembra fondamentale ripensare ad alcuni aspetti organizzativi dei servizi, al fine di migliorare l'assistenza per questa categoria di pazienti.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;*

° *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italia.*

### CORRISPONDENZA A:

[simone.cavallotti@asst-santipaolocarlo.it](mailto:simone.cavallotti@asst-santipaolocarlo.it)

[armando.dagostino@unimi.it](mailto:armando.dagostino@unimi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2023, American Psychiatric Association
2. Organization WH. *Mental Health of Older Adults. Secondary Mental Health of Older Adults*. 2017. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
3. Giordano, B., Cerveri, G., Tomassi, S., Cibra, C., Poli, V., Sacchi, P., ... & D'Agoſtino, A. (2023). *Reshaping mental health care delivery during COVID-19: a register-based study on service response and telepsychiatry*. *Nature Mental Health*, 1(7), 514-523.
4. Avasthi, A., & Grover, S. (2018). *Clinical practice guidelines for management of depression in elderly*. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S341.
5. Ryan, J., Carriere, I., Ritchie, K., Stewart, R., Toulemonde, G., Dartigues, J. F., ... & Ancelin, M. L. (2008). *Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use*. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 12-18.
6. Subramanian, S., Oughli, H. A., Gebara, M. A., Palanca, B. J. A., & Lenze, E. J. (2023). *Treatment-Resistant Late-Life Depression: A Review of Clinical Features, Neuropsychology, Neurobiology, and Treatment*. *Psychiatric Clinics*.
7. Sekhon, S., Patel, J., & Sapra, A. (2023). *Late-Life Depression*.
8. Nemeroff, C. B. (2008). *The curiously strong relationship between cardiovascular disease and depression in the elderly*. *The American journal of geriatric psychiatry*, 16(11), 857-860.
9. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). *Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis*. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55.
10. Beyer, J. L., & Johnson, K. G. (2018). *Advances in pharmacotherapy of late-life depression*. *Current psychiatry reports*, 20, 1-11.
11. Piquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). *Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
12. Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). *Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults*. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(5), 526-535.
13. Hallford, D. J., & Mellor, D. (2013). *Cognitive-remembrance therapy and usual care for depression in young adults: study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 14(1), 1-8.
14. Potter, G. G., Kittinger, J. D., Ryan Wagner, H., Steffens, D. C., & Ranga Rama Krishnan, K. (2004). *Prefrontal neuropsychological predictors of treatment remission in late-life depression*. *Neuropsychopharmacology*, 29(12), 2266-2271.
15. Morimoto, S. S., Wexler, B. E., Liu, J., Hu, W., Seirup, J., & Alexopoulos, G. S. (2014). *Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment-resistant geriatric depression*. *Nature communications*, 5(1), 4579.
16. von Wolff, A., Hölzel, L. P., Westphal, A., Härter, M., & Kriston, L. (2012). *Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: a systematic review and meta-analysis*. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-10.
17. Linee guida dell'APA aggiornate al 2010 ([https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/mdd-1410197717630.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd-1410197717630.pdf))
18. Thiem, U., Wilm, S., Greiner, W., Rudolf, H., Trampisch, H. J., Müller, C., ... & Thürmann, P. A. (2020). *Reduction of potentially inappropriate medication in the elderly: design of a cluster-randomised controlled trial in German primary care practices (RIME)*. *Therapeutic advances in drug safety*, 11, 2042098620918459.
19. Sekhon, S., Patel, J., & Sapra, A. (2019). *Late onset depression*.
20. Fabian, T. J., Amico, J. A., Kroboth, P. D., Mulsant, B. H., Corey, S. E., Begley, A. E., ... & Pollock, B. G. (2004). *Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study*. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 327-332.
21. Kato, M., Baba, H., Takekita, Y., Naito, M., Koshikawa, Y., Bandou, H., & Kinoshita, T. (2023). *Usefulness of mirtazapine and SSRIs in late-life depression*. *Post hoc analysis of the GUNDAM study*.
22. Beyer, J. L., & Johnson, K. G. (2018). *Advances in*

- pharmacotherapy of late-life depression*. Current psychiatry reports, 20, 1-11.
23. Dols, A., Bouckaert, F., Sienaert, P., Rhebergen, D., Vansteelandt, K., Ten Kate, M., ... & Stek, M. L. (2017). *Early-and late-onset depression in late life: a prospective study on clinical and structural brain characteristics and response to electroconvulsive therapy*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 25(2), 178-189.
  24. Blumberger, D. M., Hsu, J. H., & Daskalakis, Z. J. (2015). A review of brain stimulation treatments for late-life depression. Current treatment options in psychiatry, 2, 413-421.
  25. Iriarte, I. G., & George, M. S. (2018). *Transcranial magnetic stimulation (TMS) in the elderly*. Current psychiatry reports, 20, 1-7
  26. Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N.M., Lamb, S.E. (2012). *Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials* British Journal of Psychiatry, 201(3):180-5.
  27. Crisťancho, P., Lenze, E. J., Dixon, D., Miller, J. P., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F., & Butters, M. A. (2018). *Executive function predicts antidepressant treatment noncompletion in late-life depression*. The Journal of Clinical Psychiatry, 79(3), 6900.
  28. Lenze, E. J., Sheffrin, M., Driscoll, H. C., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Dew, M. A., ... & Reynolds III, C. F. (2022). *Incomplete response in late-life depression: getting to remission*. Dialogues in clinical neuroscience.
  29. Buchalter, E. L., Oughli, H. A., Lenze, E. J., Dixon, D., Miller, J. P., Blumberger, D. M., ... & Mulsant, B. H. (2019). *Predicting remission in late-life major depression: a clinical algorithm based upon past treatment history*. The Journal of Clinical Psychiatry, 80(6), 14999.
  30. Lieveise, R., Nielen, M. M., Veltman, D. J., Uitdehaag, B. M., Van Someren, E. J., Smit, J. H., & Hoogendijk, W. J. (2008). *Bright light in elderly subjects with nonseasonal major depressive disorder: a double blind randomised clinical trial using early morning bright blue light comparing dim red light treatment*. Trials, 9, 1-10.
  31. Brouwer, A., Nguyen, H.-T. T., Snoek, F. J., van Raalte, D. H., Beekman, A. T. F. F., Moll, A. C., & Bremmer, M. A. (2017). *Light therapy: is it safe for the eyes?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(3), 1-15. <https://doi.org/10.1111/acps.12785>
  32. Gonzalez, M. M. C., & Aston-Jones, G. (2008). *Light deprivation damages monoamine neurons and produces a depressive behavioral phenotype in rats*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 105(12), 4898-4903.
  33. Chellappa, S. L., Schröder, C., & Cajochen, C. (2009). *Chronobiology, excessive daytime sleepiness and depression: Is there a link?* Sleep medicine, 10(5), 505-514.
  34. Martiny, K. (2004). *Adjunctive bright light in non-seasonal major depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 7-28.
  35. Chang, Chun-Hung, Chieh-Yu Liu, Shaw-Ji Chen, e Hsin-Chi Tsai. «*Efficacy of Light Therapy on Nonseasonal Depression among Elderly Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis*». Neuropsychiatric Disease and Treatment 14 (2018): 3091-3102. <https://doi.org/10.2147/NDT.S180321>.
  36. NOTA AIFA. (2019) <https://www.aifa.gov.it/-/fda-approva-un-nuovo-medicinale-per-la-depressione-resistente-al-trattamento>
  37. Popova, V., Daly, E. J., Trivedi, M., Cooper, K., Lane, R., Lim, P., ... & Singh, J. B. (2019). *Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: a randomized double-blind active-controlled study*. American Journal of Psychiatry, 176(6), 428-438.
  38. Balaram, K., van Dyck, L. I., Wilkins, K. M., & Maruca-Sullivan, P. E. (2023). *A New Solution to an Age-old Problem: A Review of Ketamine and Esketamine for Treatment-resistant Depression in Late Life*. Current Geriatrics Reports, 1-10.
  39. Ochs-Ross, R., Daly, E. J., Zhang, Y., Lane, R., Lim, P., Morrison, R. L., Hough, D., Manji, H., Drevets, W. C., Sanacora, G., Steffens, D. C., Adler, C., McShane, R., Gaillard, R., Wilkinson, S. T., & Singh, J. B. (2020). *Efficacy and Safety of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Elderly Patients With Treatment-Resistant Depression—TRANSFORM-3*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 28(2), 121-141. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.10.008>

- 
40. d'Andrea, G., Chiappini, S., McIntyre, R. S., Stefanelli, G., Carullo, R., Andriola, I., Zanardi, R., Martiadis, V., Sensi, S. L., Sani, G., Clerici, M., Di Lorenzo, G., Vita, A., Pettorruso, M., & Martinotti, G. (2023). *Investigating the Effectiveness and Tolerability of Intranasal Esketamine Among Older Adults With Treatment-Resistant Depression (TRD): A Post-hoc Analysis from the REAL-ESK Study Group*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.06.016>

## 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](mailto: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
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto: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.

**Presidente:**

Mauro Percudani, Milano

**Presidente Eletto**

Massimo Clerici, Monza

**Segretario:**

Giovanni Migliarese, Vigevano

**Vice-Segretario:**

Matteo Porcellana, Milano

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

**Consiglieri eletti:**

Antonio Amatulli  
Luisa Aroasio  
Stefano Barlati  
Scilla Beraldo  
Giorgio Bianconi  
Debora Bussolotti  
Paolo Cacciani  
Camilla Callegari  
Simone Cavallotti  
Federico Durbano  
Gian Marco Giobbio  
Alessandro Grecchi  
Carlo Fraticelli  
Carla Morganti  
Silvia Paletta  
Nicola Poloni  
Paolo Risaro  
Matteo Rocchetti  
Marco Toscano  
Caterina Viganò

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

**Membri di diritto:**

Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni  
Claudio Mencacci