



REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute Sicurezza

e Solidarietà Sociale



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI**

P O T E N Z A

Corso di Formazione Specifica in
MEDICINA GENERALE

Triennio formativo 2015 / 2018

TESI FINALE

Titolo: I disturbi ansioso – depressivi nel paziente anziano
“fragile” : ruolo del Medico di Medicina Generale.

Dott. Stefano Romano

Matricola 1019

Indice

- Introduzione.....1
 - Dati epidemiologici del paziente anziano nell'ambulatorio di medicina generale.....2
- Materiali e metodi.....6
 - Definizioni di anziano fragile e disabilità.....6
 - Criteri diagnostici dell'ansia/ depressione nel paziente anziano secondo DSM 5.....8
 - Strumenti e algoritmi di valutazione e monitoraggio del paziente in ambulatorio.....15
 - Trattamenti per la sindrome ansioso-depressiva nel paziente anziano.....27
- Discussione e Conclusioni.....39
- Bibliografia e Sitografia.....42

Introduzione

Le patologie ansioso-depressive vengono ormai da molti anni, sin dalla ridefinizione del concetto di "Salute" da parte del' OMS, annoverate tra le condizioni che più di tutte impattano e alterano la nostra vita. Nel corso del tempo, sia gli operatori sanitari che i laici, hanno introdotto con crescente successo i concetti di depressione e disturbi d'ansia nel tessuto sociale, tanto da richiedere con maggiore consapevolezza sia assistenza specialistica per gli inquadramenti diagnostici che soluzioni terapeutiche. Il medico di medicina generale, come spesso è accaduto in passato, si è trovato nel centro del cambiamento, a dover gestire il progresso culturale assieme alle innovazioni tecnico farmaceutiche da un lato, e dall'altro a dover affrontare un crescente numero di condizioni e patologie croniche di appartenenza ad altre sfere cliniche. Infatti il dato che è più pressante è il cambiamento della stratificazione per età della popolazione, e di conseguenza degli assistiti di un qualunque medico di medicina generale, a favore di soggetti più anziani che necessitano maggiore assistenza per le più importanti patologie croniche alle quali bisogna inoltre associare, oggi sempre con più accuratezza, una particolare attenzione alla sfera psicologica. Il compito di un medico di medicina generale moderno si arricchisce e complica allo stesso tempo e, attraverso la seguente analisi, si vorrebbe porre l'accento, seppur in maniera parziale e preliminare, su alcuni aspetti della pratica clinica della gestione del nostro paziente anziano con problematiche ansioso-depressive, ed eventualmente estrapolare dei suggerimenti per non parlare di una medicina di complicata soluzione ma tendere verso una medicina di complessa partecipazione.

Dati epidemiologici del paziente anziano nell'ambulatorio di medicina generale

Grazie a notevoli progressi della sopravvivenza e nel contempo della riduzione della fecondità, la popolazione italiana ha modificato radicalmente la propria struttura demografica, mettendo il nostro paese tra i primi in Europa e al mondo per invecchiamento. Come dato specifico il nostro paese può vantare circa 18,9 e 22,2 anni di speranza di vita rispettivamente per gli uomini e le donne a 65 anni, valori che sopravanzano le medie europee al 2015. Rapportando i dati in valore assoluto con le più significative stime in termini di qualità di vita degli anni restanti da vivere, ossia senza limitazioni e in buona salute, si rileva però che la popolazione italiana si ritrova agli ultimi posti della classifica europea (Fig. 1).

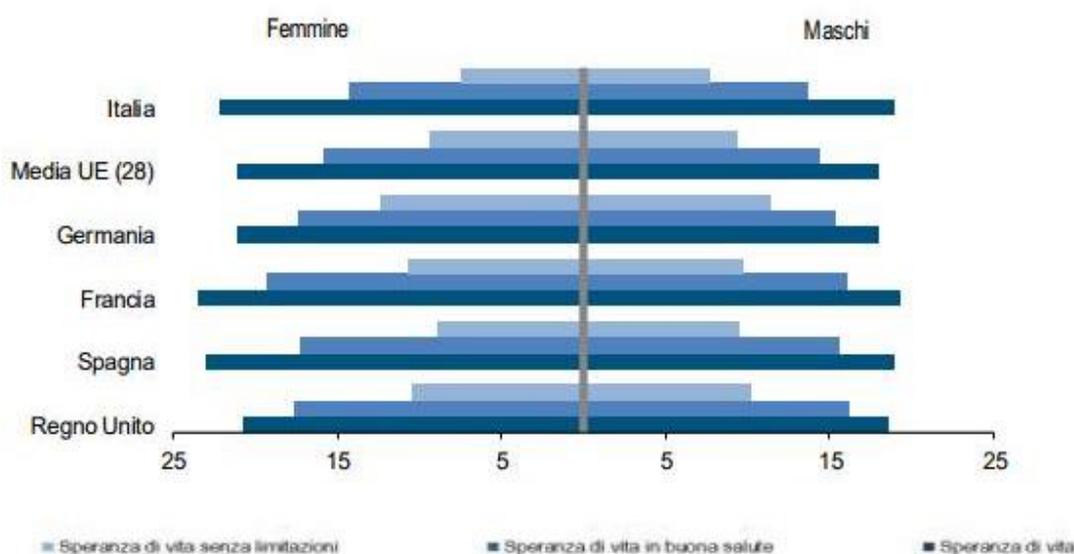


Figura 1. Speranza di vita , speranza di vita in buona salute, speranza di vita senza limitazioni a 65 anni in alcuni paese UE per sesso. Anno 2015, anni di vita media.

Proprio a causa di questi motivi si cerca sempre più la strategia migliore per coordinare gli interventi sanitari, per migliorare la qualità di vita dei nostri anziani che, come si evince dai dati dell'indagine Europea sulla salute (EHIS), con il passare dai 65 agli 80 anni, peggiorano le loro condizioni di salute in termini di patologie croniche gravi e limitazioni sia motorie che sensoriali (Tab.1)

Tabella 1 Principali indicatori di salute delle persone di 65 anni e più per classi di età e sesso. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche.

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Queste crescenti problematiche si riversano in maniera inequivocabile negli ambulatori di medicina generale, ed è gravoso il compito del medico che si trova a dover gestire i propri pazienti affetti da più patologie croniche (Tab. 2), spesso e forse ormai certamente in maniera simultanea.

Considerando gli ultimi dati di popolazione, aggiornati al primo Gennaio 2018, in Basilicata gli anziani over 65 residenti sono circa il 22,6%, e rispettivamente tra le province di Potenza e Matera, il 22,8% e 22,3%. Appare pertanto evidente che l'impegno del medico di medicina generale, ma in realtà del Servizio Sanitario Nazionale tutto, sia in larga parte concentrato su tali soggetti. Nello specifico, un medico che ha in cura circa 1500 pazienti, avrà 340 pazienti over 65, di cui 55 superano gli 85 anni e, come abbiamo visto precedentemente, avranno più problematiche gravi e disabilità, comportando una maggiore richiesta di assistenza e utilizzo di risorse.

In un'ottica di politica sanitaria, dove la programmazione e la gestione delle risorse sono temi fondamentali e che godono di un discreto ascendente, è altrettanto rilevante riportare quelle che sono le proiezioni Istat della nostra popolazione nel 2028, ossia tra soli 10 anni. Si prevede l'incremento degli anziani con oltre 65 sino al 26,9%, di cui il 4,7% con 85 anni e più, e traducendo le percentuali in numeri per un ideale ambulatorio di medicina generale parliamo di circa 403 soggetti anziani over 65, di cui 70 hanno 85 anni e più.

In questa breve visione statistica, sono molte le considerazioni che si possono aggiungere per delineare la salute del paziente anziano, dalla differenza di prevalenza di patologie per fascia di età estrema o per sesso, fino alle disuguaglianze che si osservano tra regioni del nord e del sud. Tra le altre osservazioni, focalizzando l'attenzione sui disturbi nervosi come la depressione, si nota come la prevalenza al 2015 era complessiva dell'11,6% per la fascia di età fino a 75 anni, mentre arrivava fino al 13,9% nei soggetti con più di 75 anni. Tali valori si diversificano in base al sesso, con una prevalenza maggiore per le donne, ma notiamo anche che le medie europee sono lontane dalla nostra realtà, cosa che non si verifica invece per altre patologie di grande rilievo come ipertensione e diabete.

Tabella 2 Persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata e gravi limitazioni motorie, della vista e dell'udito, per classi di età e sesso, ITALIA E UNIONE EUROPEA (UE-28). Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche.

MALATTIE CRONICHE LIMITAZIONI FUNZIONALI		65-74						75+		
		Maschi	Femmine	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Ipertensione	Ue (28)	46,5	51,2	49,2	45,3	47,7	46,6	48,0	54,9	52,1
	Italia	48,2	51,7	50,2	45,2	46,1	45,7	51,6	56,5	54,6
Artrosi	Ue (28)	27,1	44,5	37,0	23,0	38,5	31,3	32,6	50,7	43,4
	Italia	34,1	58,4	47,9	26,3	48,3	37,9	43,1	67,1	57,5
Patologia lombare	Ue (28)	30,7	39,8	35,9	29,0	36,9	33,3	33,0	42,8	38,8
	Italia	26,6	38,8	33,5	24,6	34,6	29,9	28,9	42,5	37,1
Patologia cervicale	Ue (28)	19,6	29,2	25,0	18,8	28,8	24,2	20,6	29,7	26,0
	Italia	21,8	33,9	28,7	20,7	33,2	27,3	23,1	34,6	30,0
Diabete	Ue (28)	19,3	16,6	17,8	18,2	14,6	16,3	20,8	18,7	19,6
	Italia	19,2	16,9	17,9	17,1	13,2	15,1	21,6	20,1	20,7
Incontinenza urinaria	Ue (28)	12,8	16,6	15,0	8,2	10,7	9,5	18,9	22,6	21,1
	Italia	13,9	15,4	14,7	8,1	6,4	7,2	20,5	23,1	22,1
Bronchite cronica, enfisema	Ue (28)	10,2	8,9	9,5	8,3	7,6	7,9	12,8	10,3	11,3
	Italia	13,7	11,8	12,6	9,0	8,6	8,8	19,2	14,6	16,4
Allergie	Ue (28)	10,7	15,8	13,6	11,3	17,4	14,6	9,9	14,1	12,4
	Italia	9,5	13,0	11,5	11,5	14,4	13,0	7,3	11,9	10,0
Depressione	Ue (28)	5,8	11,1	8,8	5,3	9,8	7,7	6,5	12,4	10,0
	Italia	7,5	14,7	11,6	5,7	12,2	9,1	9,5	16,9	13,9
Problemi renali	Ue (28)	5,7	6,0	5,9	4,6	4,4	4,5	7,3	7,7	7,5
	Italia	9,1	7,9	8,4	6,7	4,9	5,7	11,9	10,5	11,0
Angina pectoris	Ue (28)	11,6	10,2	10,8	9,0	7,1	8,0	14,8	13,3	13,9
	Italia	8,7	7,0	7,8	6,6	4,1	5,3	11,3	9,5	10,2
Asma	Ue (28)	6,9	7,8	7,4	5,8	7,5	6,7	8,3	8,1	8,2
	Italia	6,9	6,6	6,7	5,2	5,2	5,2	8,9	7,7	8,2
Infarto del miocardio	Ue (28)	6,5	3,4	4,7	5,1	2,3	3,6	8,3	4,5	6,0
	Italia	8,7	3,8	6,0	7,4	2,0	4,6	10,3	5,4	7,3
Ictus, emorragia cerebrale	Ue (28)	4,5	3,9	4,2	3,3	2,5	2,9	6,1	5,3	5,6
	Italia	4,5	4,0	4,2	3,1	1,9	2,5	6,1	5,9	6,0
Cirrosi epatica	Ue (28)	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7
	Italia	0,5	0,7	0,6	0,2	0,2	0,2	0,8	1,1	1,0
Gravi limitazioni motorie	Ue (28)	15,7	25,3	21,1	9,0	13,0	11,2	24,3	37,8	32,4
	Italia	15,9	29,1	23,3	7,3	11,9	9,7	25,8	43,7	36,6
Gravi limitazioni nella vista	Ue (28)*	4,0	6,8	5,6	2,3	3,5	2,9	6,4	10,2	8,7
	Italia	3,5	7,2	5,6	1,7	2,7	2,2	5,5	11,1	8,8
Gravi limitazioni nell'udito	Ue (28)*	12,4	12,0	12,2	7,9	6,1	6,9	18,4	18,1	18,2
	Italia	10,7	13,4	12,2	5,4	5,4	5,4	16,8	20,3	18,9

Infatti, sempre grazie ai dati dello studio EHIS, si stima che la popolazione italiana, presa in esame dai 15 anni in su, dimostra di avere o aver avuto sintomi depressivi oppure ansia cronica grave

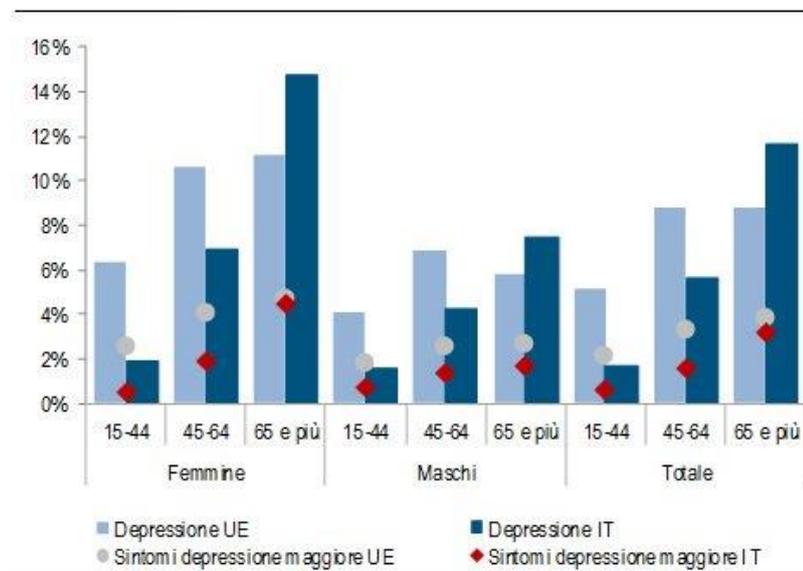


Figura 2 Depressione e sintomi di depressione maggiore in Italia e nella media UE28, per classi di età e sesso. Anno 2015, per 100 persone di 15 anni e più. (a) Stato di depressione riferito nell'anno e sintomi di depressione maggiore rilevati nelle due settimane precedenti l'intervista.

rispettivamente nel 5,4% e 4,2% dei casi. Tali valori rimangono al di sotto delle medie europee (Fig.2) fino a considerare i soggetti di età compresa tra 15 e 64 anni, mentre dai 65 in su la tendenza si inverte.

Gli anziani per tanto innalzano le medie nazionali contribuendo in larga parte per la prevalenza della sintomatologia ansioso-depressiva sia per quanto riguarda lo stato di salute mentale cronico, ossia tramite

l'osservazione nell'ultimo anno, sia per gli stati acuti, indagati sulla base delle due settimane precedenti delle interviste (Tab. 3).

Tabella 3 Persone di 15 anni e più con disturbi depressivi o di ansia cronica grave e sintomi di depressione, per classe di età. Anno 2015, per 100 persone e valori assoluti in migliaia.

CLASSI DI ETÀ	MALATTIE DI LUNGA DURATA (a)			SINTOMI DI DEPRESSIONE (PHQ8) (b)	
	Depressione	Ansia cronica grave	Depressione o ansia cronica grave	Depressione maggiore	Altri sintomi depressivi
15-17	0,6	0,5	0,7	1,0	1,0
18-34	1,0	0,9	1,5	0,5	1,3
35-64	4,6	3,4	5,8	1,5	2,0
65 +	11,3	9,1	14,9	6,3	6,6
Totale	5,4	4,2	7,0	2,5	2,9
Stima totale v.a.	2.809	2.202	3.663	1.303	1.535

Fonte: Istat "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

(a) nei 12 mesi precedenti l'intervista

(b) nelle 2 settimane precedenti l'intervista

Materiali e metodi

Definizioni di anziano fragile e disabilità

Le importanti variazioni demografiche e le problematiche sanitarie che si affrontano e prospettano per il professionista della medicina di base, impongono quantomeno un approfondimento generale che non può prescindere dalla definizione di fragilità per poter comprendere l'ambito di operatività.

Per comprendere il significato di anziano fragile è necessario fare riferimento a un quadro che, oltre alla presenza di vera e propria malattia, consideri le modificazioni prodotte dall'invecchiamento a livello dei vari sistemi, poiché a queste sono strettamente correlati i profili di fragilità. Inoltre, è proprio dalle teorie dell'invecchiamento che si è partiti per dare una definizione fenomenologica di fragilità. Numerosi ricercatori si sono impegnati in questo ambito di studio e sono state molteplici le definizioni elaborate per questa condizione, ma tutte condividono il concetto di ridotta riserva funzionale, con progressiva inefficienza del ripristino dell'omeostasi biologica. Da qui origina il termine fragilità, che vuole indicare una marcata vulnerabilità a seguito di condizioni stressanti, traumi anche modesti e in particolare condizioni morbose acute oppure l'aggravarsi di patologie croniche.

Sappiamo bene che nel corso dell'invecchiamento, la funzione di vari sistemi e apparati tende a diminuire, generando complesse interazioni organo-specifiche. L'esempio più evidente è la generale riduzione del movimento e della velocità del cammino, un fenomeno cui contribuiscono alterazioni del sistema nervoso centrale e periferico, insieme alla riduzione dell'efficienza cardio-respiratoria e del muscolo scheletrico.

La fragilità si rende soprattutto evidente in condizioni che richiedono un rapido adattamento omeostatico, quali l'esercizio fisico intenso, variazioni della temperatura ambientale o l'insorgenza di malattie acute. Nella sua definizione più semplice, dunque, la fragilità può essere intesa come maggiore vulnerabilità dell'individuo agli stress e, quindi, può rappresentare una situazione complessa associata a numerose condizioni che predispongono a esiti negativi.

Tabella 4 Comuni indicatori di fragilità

- Età avanzata
- Declino funzionale, disabilità fisica e necessità di aiuto nelle ADL/IADL
- Frequenti cadute e traumi (frattura di femore)
- Malattie croniche
- Polifarmacoterapia
- Stato sociale: dipendenza o necessità di caregivers
- Stato cognitivo: deterioramento o depressione
- Istituzionalizzazione o ospedalizzazione
- Malnutrizione
- Stato infiammatorio e disendocrino

modelli interpretativi della fragilità più convincenti per la pratica. Utilizzando dati del Cardiovascular Health Study, questi ricercatori hanno tracciato un “ciclo della fragilità” (Fig. 3) che si trasformerebbe in una caduta a spirale la quale, in assenza di interventi, porterebbe a eventi catastrofici.

Da questo modello è scaturita una definizione operativa di fragilità in cui hanno un ruolo centrale sarcopenia e malnutrizione, che condurrebbero ad una ridotta produzione di energia e quindi

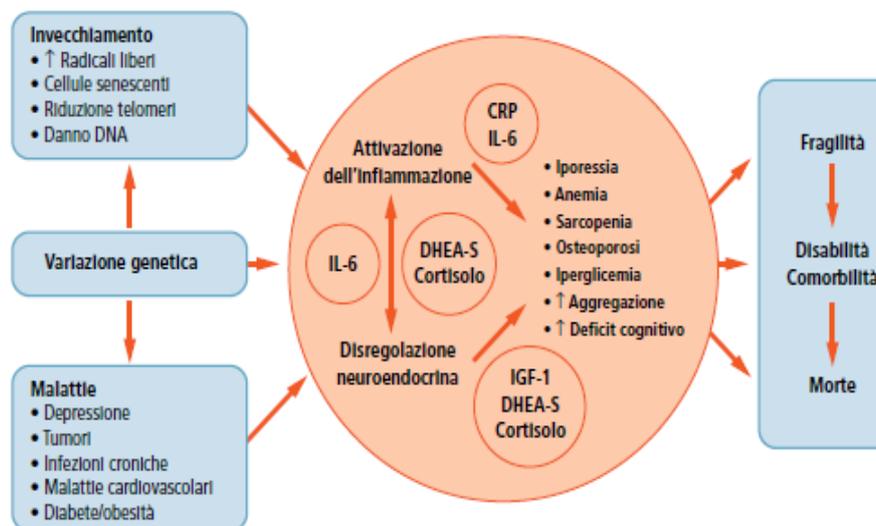


Figura 3 Modello fisiopatologico di genesi della fragilità negli anziani.

condizionerebbero negativamente attività fondamentali quali camminare o mantenere l'equilibrio. Quando le richieste di adattamento diventano prolungate oppure eccessive rispetto alla capacità dell'organismo di rispondere adeguatamente, diviene possibile la comparsa di disabilità. Questo modello mette in evidenza anche la relazione tra fragilità e disabilità: quest'ultima sarebbe il risultato dell'aggravarsi della perdita delle capacità di adattamento e della debolezza muscolare.

Tale interpretazione della fragilità va appunto alla ricerca delle basi fisiopatologiche e dei meccanismi biologici che spiegano il deterioramento dell'omeostasi corporea. Il fenomeno è però molto complesso e può essere spiegato solo se si prendono in considerazione più domini nei quali il soggetto anziano, ma non solo, si trova indissolubilmente legato. A supporto di tale visione integrativa ci viene in aiuto proprio l'OMS, quando nel 2001 redige la Classificazione

Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Secondo questo documento molto dettagliato, la disabilità non viene più vista esclusivamente secondo un modello medico come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di trattamenti individuali da parte di professionisti. La definizione e, di conseguenza, la gestione della disabilità viene integrata ora anche secondo un modello sociale che vede la questione come un problema creato dalla società e in primo luogo in termini di una piena integrazione degli individui nella società stessa. Tali modelli mirano rispettivamente alla cura delle patologie ovvero all'adattamento ad esse da parte dell'individuo, ma anche alla gestione della problematica con azioni sociali per incrementare la responsabilità collettiva tramite l'implementazione di politiche ambientali per la piena partecipazione delle persone con disabilità nella vita sociale.

Già tramite la disamina delle definizioni di fragilità e la visione olistica data alla disabilità dall'OMS, ci si rende conto che le patologie psichiatriche, ed in particolare l'ansia e la depressione, hanno basi comuni sia dal punto di vista biochimico e quindi organico, sia da un punto di vista sociale. Esse, se non adeguatamente indagate e trattate, sfociano inesorabilmente sia in una mancanza di adattamento allo stress, quindi rendendo il soggetto fragile, sia addirittura ad una condizione di disabilità clinica e sociale che può comportare infine all'esito più drammatico. Pertanto risulta altrettanto importante definire con chiarezza tali condizioni morbose.

Criteri diagnostici dell'ansia/ depressione nel paziente anziano secondo DSM 5.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM), è da sempre stato il punto di riferimento per i medici che hanno cercato di approcciarsi ai disturbi mentali alla loro corretta classificazione e diagnosi. Giunto alla quinta edizione, subendo varie modifiche ed integrazioni anche di grande rilievo, il manuale dedica due ampi capitoli ai disturbi depressivi e disturbi d'ansia, oltre ad un capitolo, forse di maggior interesse per quanto riguarda il paziente anziano, che è il capitolo sui disturbi neurocognitivi.

In maniera schematica il DSM-5 suddivide i *disturbi depressivi* (distinti ormai dai disturbi bipolari e correlati) in :

- disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- disturbo depressivo maggiore
- disturbo depressivo persistente (distimia)
- disturbo disforico premestruale
- disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

- disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
- disturbo depressivo con altra specificazione
- disturbo depressivo senza specificazione.

La nostra attenzione si focalizzerà ovviamente su poche entità di questo elenco ed in particolare sul disturbo depressivo maggiore (MDD), il disturbo depressivo persistente (PDD), e infine il disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica.

Il disturbo depressivo maggiore, viene caratterizzato dai seguenti criteri :

- 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, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a).
 2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
 3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.
 4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
 5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
 6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
 7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
 8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
 9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.
- B - I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

- C - L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.
- D - Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.
- E - Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.

Tutti questi criteri, nel DSM-5 vengono successivamente esplicitati con maggiore precisione, ma inoltre, lo stesso manuale tiene a sottolineare come il disturbo depressivo maggiore sia associato ad elevata mortalità, in primis per causa suicidaria, ma non solo. Infatti, si riporta l'esempio di come individui depressi ricoverati presso case di cura abbiano un marcato aumento della probabilità di morte nel primo anno. Si associano, oltre a i più classici sintomi psichici, una eccessiva preoccupazione per sintomi fisici quali cefalea, dolori articolari, addominali o comunque di altro genere. Inoltre va precisato come, nonostante la presenza di chiari correlati neuroanatomici, neurofisiologici e neuroendocrinologici, non esistano ancora in letteratura dei risultati di laboratorio con sufficiente sensibilità e specificità che possano essere utilizzati per una diagnosi del disturbo depressivo maggiore.

Si può pensare che la trattazione sull'MDD sia rimasta invariata rispetto alle versioni precedenti, ma in realtà sono presenti delle considerazioni che possono essere interpretate diversamente proprio considerando il paziente in età avanzata. La prima è l'introduzione, nella versione americana del DSM-5, del termine "hopeless" tra i termini descrittivi dell'umore depresso accanto agli altri. Tale scelta permetterebbe di oltrepassare il limite della diagnosi in assenza di uno stato depressivo soggettivamente. Non appare comunque chiara la specificità dell'assenza della speranza senza umore depresso, ma è stato suggerito come una forma di depressione senza "tristezza" sia più comune nei soggetti anziani, pertanto, tale arricchimento dei criteri potrebbe identificare meglio la depressione in età avanzata.

Altra revisione, maggiormente criticata, è stata quella che ha visto dell'abrogazione del "criterio esclusivo del lutto", che permetteva di differenziare una normale reazione al dolore da una depressione patologica. Negli studi più recenti, non trovando sostanziali differenze tra l'elaborazione del lutto e altri episodi depressivi all'interno del dominio del profilo sintomatico oltre che nelle risposte al trattamento, il Gruppo di Lavoro per i Disturbi Depressivi ha considerato e riportato il limite clinico della validità del criterio di esclusione del lutto. Questa valutazione non è però stata determinata per una popolazione anziana tra la quale la prevalenza dell'esperienza

del lutto è sicuramente elevata e si rischia quindi di avere un potenziale aumento dei casi di depressione maggiore con conseguente aumento del trattamento potenzialmente inappropriato, vista, come individuato in precedenza, l'associazione di concomitanti patologie e gli effetti avversi da cui non sono scevri i farmaci.

Come ultima nota sul MDD è bene sottolineare come siano stati introdotti nuovi specificatori come quello di un disturbo depressivo maggiore "con ansia". Questo riconoscimento, tra gli altri, permette di dare maggiore forza a i fenomeni ansiosi che sono più frequenti nei pazienti anziani e giustificare anche implicazioni terapeutiche.

Il Disturbo Depressivo Persistente prende il posto della precedente definizione di distimia, e rappresenta una fase di consolidamento del disturbo depressivo maggiore. Molti individui in avanzata età presentano tale disturbo, spesso con sintomi depressivi anche gravi, e come abbiamo visto, si accompagnano con comorbidità e a volte disabilità. Per questo si dovrebbe indagare in maniera approfondita se la grave sintomatologia depressiva sia tale in maniera persistente oppure si aggravi come conseguenza delle altre condizioni croniche.

Il disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica ha come criteri diagnostici i seguenti:

- A - Domina il quadro clinico un periodo rilevante e persistente di umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività.
- B - È evidente da anamnesi, esame fisico o dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza fisiopatologica diretta di un'altra condizione medica.
- C - Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'adattamento, con umore depresso, in cui il fattore stressante è rappresentato da una grave condizione medica).
- D - L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.
- E - L'alterazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Non è necessario ribadire quanto siano varie ed importanti le altre condizioni mediche nei pazienti ultra sessantacinquenni e come molte di queste abbiano un profondo correlato neurofisiologico con la depressione.

Il DSM- 5 suggerisce di correlare patologie quali l'ictus, la malattia di Huntington, il morbo di Parkinson e i danni cerebrali da trauma al disturbo depressivo, proprio sulla maggior evidenza in letteratura di una correlazione neuroanatomica, mentre su base metabolica individua sia il Cushing che l'ipotiroidismo. Dal manuale non vengono fornite moltre altre indicazioni se non che, la lista di

patologie che si possono associare a depressione è in continuo aggiornamento. Per la diagnosi non vengono dati suggerimenti decisivi, ma viene in sostanza rimandato il compito al giudizio del clinico. Due importanti precisazioni vengono fatte però, e riguardano il trattamento delle condizioni mediche, che possono a loro volta indurre stato depressivo, ed i così detti disturbi dell'adattamento. Ancora una volta è il giudizio del clinico che in entrambi i casi deve discernere e separare, ad esempio, i sintomi depressivi da una sindrome indotta da farmaci oppure dalla reazione ad una importante condizione medica che di per se risulta un evento stressante.

La sezione dei *disturbi d'ansia* è stata separata in maniera abbastanza netta dai disturbi ossessivo-compulsivi e correlati oltre che dai disturbi post traumatici da stress, ad indicare come ci siano differenti correlati neurobiologici e fenomenologici. Nonostante ciò, va anche detto che tali disturbi vengono affrontati subito successivamente a i disturbi d'ansia, quindi mantenendo comunque strette correlazioni fenotipiche.

Tra i disturbi d'ansia riscontriamo che il concetto di ansia eccessiva o irragionevole non è più necessario per diagnosticare specifiche forme come l'agorafobia, le fobie specifiche e il disturbo d'ansia sociale. Ora il limite della diagnosi poggia maggiormente sul giudizio clinico e se il costrutto ansia-paura sia sproporzionato. Questa revisione è stata vista di buon occhio dagli specialisti psichiatri/geriatri poiché ritengono che negli anziani i sintomi ansiosi siano caratterizzati con una scarsa introspezione e ulteriormente vengano attribuiti erroneamente ad altre condizioni mediche.

Il disturbo d'ansia di separazione perde il criterio dell'età di comparsa al di sotto dei 18 anni, ponendo così le basi per una considerazione e distinzione nel soggetto in tarda età per le forme patologiche e non, vista la frequenza del fenomeno in questa fascia di età.

Il capitolo di maggior interesse per il medico che approccia alla corretta diagnosi, valutando le anche altre affezioni del sistema nervoso centrale, condizione estremamente frequente negli over 65, è probabilmente quello dei *disturbi neurocognitivi (NCD)*.

Questo viene composto da due macro divisioni che comprendono il delirium nelle sue forme e i disturbi neurocognitivi maggiori e lievi. L'NCD maggiore si indentifica secondo i seguenti criteri:

- A - Evidenza di un significativo declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:
 1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un significativo declino delle funzionicognitive;

2. Una significativa compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.
- B - I deficit cognitivi interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane (per es., come minimo, necessitano di assistenza nelle attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci).
 - C - I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.
 - D - I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

A questo deficit cognitivo va specificato se dovuto a le seguenti alterazioni:

- Malattia di Alzheimer
- Degenerazione frontotemporale
- Malattia a corpi di Lewy
- Malattia vascolare
- Trauma cranico
- Uso di sostanze/farmaci
- Infezione da HIV
- Malattie da prioni
- Morbo di Parkinson
- Malattia di Huntington
- Altra condizione medica
- Eziologie molteplici
- Senza specificazione

Le stesse specificazioni vanno fatte per il disturbo neurocognitivo lieve che riporta le seguenti caratteristiche per la diagnosi:

- A - Evidenza di un modesto declino cognitivo da un precedente livello di prestazioni in uno o più domini cognitivi (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, funzione percettivo-motoria o cognizione sociale) basato su:
 1. Preoccupazione dell'individuo, di un informatore attendibile o del clinico che vi è stato un lieve declino delle funzioni cognitive;
 2. Una modesta compromissione della performance cognitiva, preferibilmente documentata da test neuropsicologici standardizzati o, in loro assenza, da un'altra valutazione clinica quantificata.

- B - I deficit cognitivi non interferiscono con l'indipendenza nelle attività quotidiane (per es., attività strumentali complesse della vita quotidiana, come pagare le bollette o gestire i farmaci, sono conservate, ma richiedono uno sforzo maggiore, strategie compensatorie o adattamento).
- C - I deficit cognitivi non si verificano esclusivamente nel contesto di un delirium.
- D - I deficit cognitivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia).

Queste classificazioni prendono il posto e includono le precedenti terminologie di diagnosi quali Demenza, Disturbi Mnesici ed altri Disordini Cognitivi. Come è possibile notare, tra i criteri viene espressamente evidenziato che per inquadrare il soggetto in un disturbo neurocognitivo vanno escluse altre patologie, quali proprio la depressione, che potrebbero meglio spiegare il declino cognitivo. Alcuni ricercatori hanno però messo in discussione questo punto di vista, ritenendo che proprio alcune condizioni come la depressione maggiore possa essere la causa dell' NCD e addirittura dovrebbero essere considerate tra i sottotipi eziologici.

L'indiscutibile vantaggio dell'approccio fornito dal DSM – 5 per i disturbi neurocognitivi è proprio quello di voler dare maggiore oggettività all'impairment neurocognitivo tramite una precisa diagnosi delle condizioni che lo generano. In questo sono molto suggestive sia le indagini radiologiche, genetiche e laboratoristiche che ad oggi forniscono dati incontrovertibili, soprattutto per quanto riguarda le malattie cerebrovascolari, i traumi e l'infezione da HIV. Non si è però giunti a definire con certezza altri biomarkers per inquadrare patologie come l'Alzheimer ed altre, anche se sono in stato di ricerca, ma forse più problematica è la considerazione dei fattori di rischio per cui non vi è stato un reale risalto e in ogni caso non vengono inclusi tra i criteri diagnostici per specificare i sottotipi eziologici.

Nonostante le ultime considerazioni che possono essere interpretate come dei limiti, i disturbi neurocognitivi e la loro classificazione rimane uno strumento estremamente utile per il clinico ed in particolare il medico di medicina generale, guidandolo nel vasto campo del decadimento cognitivo proprio degli anziani, suggerendo strategie diagnostiche e incentivando l'approccio multidisciplinare tanto caro alla medicina moderna.

Strumenti e algoritmi di valutazione e monitoraggio del paziente in ambulatorio.

La diagnosi delle patologie ansioso-depressive viene ben inquadrata secondo un vasto profilo dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ma richiede sicuramente un complesso studio. Non si può prescindere dal conoscere sostanzialmente le indicazioni del DSM – 5, ma è altrettanto importante, come recita il manuale stesso, dotarsi di test validati per una corretta diagnosi, in maniera affidabile, semplice e standardizzata.

Per fare questo, fortunatamente in aiuto il medico ha diversi strumenti adatti allo scopo.

Per la diagnosi, monitoraggio e determinazione della gravità della depressione è stato sviluppato, ormai da circa venti anni, il Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ – 9, fig. 4). Il questionario nasce proprio per essere fruibile dai professionisti della medicina generale, ed è stato ritenuto adatto sia per lo screening che per il case-finding.

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 ?	0	1	2	3
		_ +	_ +	_ = _

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
[]	[]	[]	[]

Figura 4. PHQ-9

Come è possibile vedere, 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 soprattutto dal DSM-5. Solo questa domanda determina il punteggio del PHQ-9.

Il punteggio risultante, basato sulla frequenza dei sintomi nel range dei giorni in esame, può essere compreso tra 0 e 27. I punteggi compresi tra 5 e 9 indicano la presenza di una depressione sottosoglia. Il punteggio di 10 è il cut-off ottimale per evidenziare depressioni di rilevanza clinica con tre diversi livelli di gravità a seconda del punteggio (Tab. 5)

Tabella 5. Individuazione e stratificazione della diagnosi per punteggio del PHQ - 9

0-4 = Assente

5-9 = Depressione sottosoglia

10-14 = Depressione maggiore lieve

15-19 = Depressione maggiore moderata

≥ 20 = Depressione maggiore severa

La seconda domanda valuta la compromissione funzionale che la depressione causa sul normale svolgimento della vita del paziente. Questa domanda non concorre al punteggio del PHQ-9, ma come abbiamo osservato in precedenza, è molto importante definire anche il grado di compromissione funzionale che la depressione può causare proprio per il grande risalto che viene dato alle condizioni di disabilità e l'eventuale specifico trattamento.

Questo test indaga accuratamente a riguardo delle informazioni fondamentali per descrivere l'umore del paziente, come indicato dal DSM – 5, ma sono state comunque proposte alcune alternative come quella di eliminare l'ultima domanda e in forma estremamente sintetica, somministrare soltanto le prime due, generando così il PHQ – 8 e il PHQ – 2.

Questi test sono stati presi in esame da diversi studi per rilevare l'effettiva validità nel rilevare innanzi tutto la correttezza della diagnosi di depressione e, come ulteriore fine, se fossero stati in grado di determinare con buona precisione la gravità stessa della patologia.

Una buona comparazione è stata fatta somministrando il PHQ – 9 (assimiliabile al PHQ – 8) e la versione ridotta a due domande, ad un vasto campione di pazienti, sempre rimanendo nel setting della medicina generale, e confrontando poi i risultati attraverso lo standard di paragone del CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Tabella 6. Validità del PHQ- 2 comparata con il CIDI e le probabilità Post test.

Threshold Score for PHQ-2	Sensitivity	Specificity	LR+	LR-	PPV ^a %	PTL ^{-b} %
≥1	0.96 (156/163)	0.60 (1,485/2,479)	2.4	0.07	14	0.5
≥2	0.86 (140/163)	0.78 (1,940/2,479)	4.0	0.18	21	1.2
≥3	0.61 (100/163)	0.92 (2,281/2,479)	7.7	0.42	34	2.7
≥4	0.40 (66/163)	0.96 (2,388/2,479)	11.0	0.62	42	3.9

CIDI = Composite International Diagnostic Interview; LR+ = positive likelihood ratio; PHQ-2 = 2-item Patient Health Questionnaire; PPV = positive predictive value; PTL- = posttest likelihood of a negative test.

^a Posttest likelihood of a positive text.
^b 1 - Negative predictive value.

Tabella 7. Validità del PHQ – 9 comparata con il CIDI e le probabilità Post test.

Threshold Score for PHQ-9	Sensitivity	Specificity	LR+	LR-	PTL ⁺ ^a %	PTL ^{-b} %
≥8	0.82 (134/163)	0.85 (2,111/2,479)	5.8	0.16	27	1.0
≥10	0.74(121/163)	0.91 (2,259/2,479)	8.4	0.28	36	1.8
≥12	0.61(100/163)	0.94 (2,336/2,479)	10.6	0.44	41	2.6
≥15	0.45 (73/163)	0.97 (2,415/2,479)	17.3	0.57	53	3.6
PHQ major depression ^{B,c}	0.45 (73/163)	0.97 (2,405/2,479)	15.0	0.57	50	3.6

LR+ = positive likelihood ratio; LR- = negative likelihood ratio; PTL+ = posttest likelihood of a positive test; PTL- = posttest likelihood of a negative test; PHQ-9 = 9-item Patient Health Questionnaire.

^a Positive predictive value.

^b 1 - Negative predictive value.

^c The original scoring system created by Spitzer et al in 1999⁶ requires a score of 2 or higher on at least 1 of the first 2 questions and then a minimum score of 2 or higher on 5 of the questions for a diagnosis of PHO maior depression.

I risultati (Tab. 6-7) dimostrano come i due test, in comparazione con CIDI, abbiano discreti valori di sia di sensibilità che di specificità. Nel particolare si nota come il Patient Health Questionnaire 9 abbia valori di sensibilità dell'82% quando il punteggio è maggiore o uguale ad 8, mentre la specificità cresce al crescere del punteggio risultante dal test. Per quanto riguarda il PHQ – 2 il discorso è leggermente dissimile, poiché si evince come abbia un'alta sensibilità già con un punteggio maggiore o uguale ad 1 (96%), ma valori di specificità che si aggirano al 60% quando i punteggi sono bassi. In base a questi risultati, alcuni ricercatori suggeriscono di utilizzare come metodo di screening il PHQ – 2, adducendo come vantaggi, oltre alla buona sensibilità di diagnosi, una

rapidità di esecuzione del test che pochi hanno. Si consiglia però, per coloro che totalizzano un punteggio a partire da 2, di proseguire il test con le altre sette domande, così da non perdere molti casi di depressione maggiore, ma anche di essere più accurati nella diagnosi e tentare di ridurre gli errori per l'inquadramento e il conseguente trattamento del paziente.

Nonostante questi test siano chiaramente riconosciuti come validi strumenti a supporto del clinico, ancora si insidia qualche dubbio sulla certa accuratezza di tutti e tre i test nella maggior parte delle condizioni, sia su quali cut-off dei punteggi utilizzare. Alcuni di questi dubbi sorti nel confrontare gli studi, sono al vaglio nel tentativo di fugarli tramite meta analisi, strutturata appunto per definire l'accuratezza, tenendo conto anche delle differenze di sesso, età e comorbidità.

In questo contesto, sarà però sembrato insolito non nominare affatto il paziente anziano per quanto riguarda i questionari appena descritti. La scelta è dettata dalla considerazione che il PHQ – 9 nasce per il generico paziente della medicina generale, e abbiamo visto come sia ben diverso dal punto di vista clinico parlare di un soggetto over 65 in cui si sospetta o è già stata diagnosticata una patologia ansioso-depressiva.

A tal proposito, la letteratura non è rimasta insensibile, elaborando dei test specifici da applicare nei confronti dell'anziano, in particolare, già nel 1983 è stata proposta una delle più diffuse, la Geriatric Depression Scale (GDS). Viene usata per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e trova una sua applicabilità anche nel paziente con demenza di grado lieve moderato, anche se si sconsiglia l'utilizzo nei pazienti con un Mini Mental State inferiore a 15. E' uno strumento composto da 30 items, che esclude la rilevazione dei sintmi somatici e di sintomi psicotici. Le risposte sono di tipo binario (si/no) e questo rende lo strumento di più facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un cut-off individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lievemoderata, 17 o superiore depressione grave (Tab. 8)

Tabella 8. Geriatric Depression Scale (GDS)

	SI	NO
1 E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2 Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3 Ritieni che la sua vita sia vuota?	1	0
4 si annoia spesso	1	0
5 Ha speranza nel futuro?	0	1
6 E' tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7 E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
8 Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9 Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10 Si sente spesso indifeso?	1	0
11 Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12 Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13 Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14 Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15 Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16 Si sente spesso abbattuto e triste, adesso?	1	0
17 Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0
18 Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19 Trova che la vita sia molto eccitante?	0	1
20 Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21 Si sente pieno di energia?	0	1
22 Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23 Pensa che la maggior parte delle persone sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24 Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25 Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26 Ha difficoltà a concentrarsi?	1	0
27 Si alza con piacere la mattina?	0	1
28 Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29 Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30 ha la mente lucida come prima?	0	1

Punteggio totale _____/30

Come per le altre scale, anche la GDS è stata valutata nella sua validità per l'accuratezza diagnostica ed inoltre, è stata modificata ed accorciata fino a ridurre le domande che la

Tabella 9. GDS 5

	SI	NO	
1. È fondamentalemente soddisfatto della sua vita?	0	1	compongono a solamente 5 (Tab. 9)
2. Si annoia spesso?	1	0	In questo caso, come si vede, cambia anche il punteggio necessario per fare diagnosi, ma in sostanza è stato visto che invece non cambia
3. Si sente spesso abbandonato?	1	0	
4. Preferisce stare a casa anziché uscire a fare cose nuove?	1	0	
5. Si sente un po' inutile così com'è oggi?	1	0	
0-1 = Normale 2-5 = Depressione Punteggio totale _____/5			

l'affidabilità (sensibilità 94%, specificità 81%) del test stesso, anche se nei più recenti studi, viene precisato come tali scale siano valide per il paziente anziano ma senza deficit cognitivo.

A questo punto sembrerebbe quasi di perdersi tra i questionari appena proposti, sia studiati per medicina generale, sia per il paziente anziano. Per fortuna la letteratura

non ci abbandona mai, fornendo studi comparativi tra la GDS e il PHQ. Si ritiene infatti che entrambe le scale (GDS 15 e PHQ- 9) siano entrambe in grado di individuare i soggetti con depressione maggiore, con dati di accuratezza sovrapponibili (Fig. 5), che siano soggetti anziani oppure no. Rimane per entrambe il limite dell'integrità cognitiva e anche la indiscutibile superiorità dell'intervista completa condotta dallo specialista di riferimento. I vantaggi però sono sicuramente la praticità degli strumenti, la semplicità delle domande che li compongono e in estrema ratio, anche la rapidità con cui si possono effettuare (circa cinque minuti).

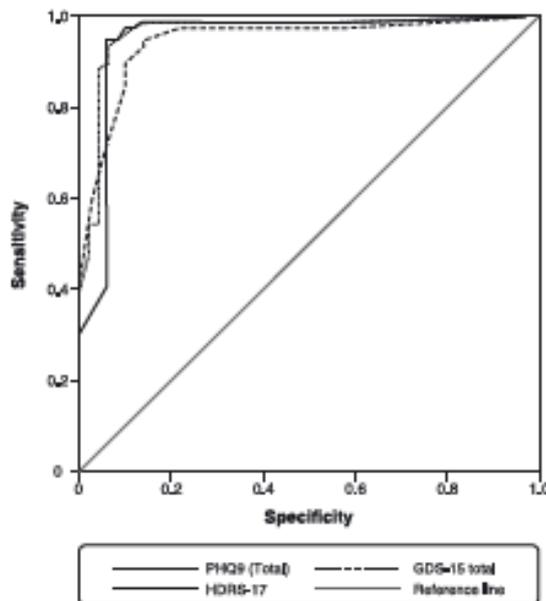


Figura 5. Curve comparative dell'accuratezza diagnostica della GDS, PHQ e HDRS-17.

Grazie all'utilizzo di questi strumenti, ed in particolare del PHQ, anche la comunità scientifica italiana, supportata dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) si è molto interessata all'argomento, tanto da elaborare un algoritmo diagnostico per la depressione maggiore nel paziente anziano da applicare principalmente all'interno dell'ambulatorio (Fig. 6). Si nota che la diagnosi si compone di diversi passaggi. Il primo è proprio l'identificazione del paziente che sospettiamo essere in fase depressiva. Un primo e breve modo è proprio l'utilizzo del PHQ- 2, che ci indirizza verso un seguito della nostra indagine oppure no. Un metodo alternativo che fin ora non è stato menzionato è l'utilizzo del test SDS. Anch'esso, come tutti i questionari, può essere considerato un approccio più sistematico e standardizzato dell'indagine clinica tradizionale orientato ad un problema clinico. L'SDS (Symtoms of Dementia Screener) fornisce una valutazione quantitativa dei sintomi presenti ed essendo indicato un valore soglia, consente una valutazione qualitativa orientativa (normale/ patologico) del risultato. La novità ed il reale valore del test è però il soggetto a cui viene somministrato che non è necessariamente il paziente, anzi è auspicabile che sia un familiare del paziente o comunque il care-giver che si reputa debba sapere le informazioni che si richiedono. Con

questo strumento, come si vede, si può anche bypassare la problematica del soggetto con demenza o, come abbiamo meglio detto in precedenza, disturbo neurocognitivo.

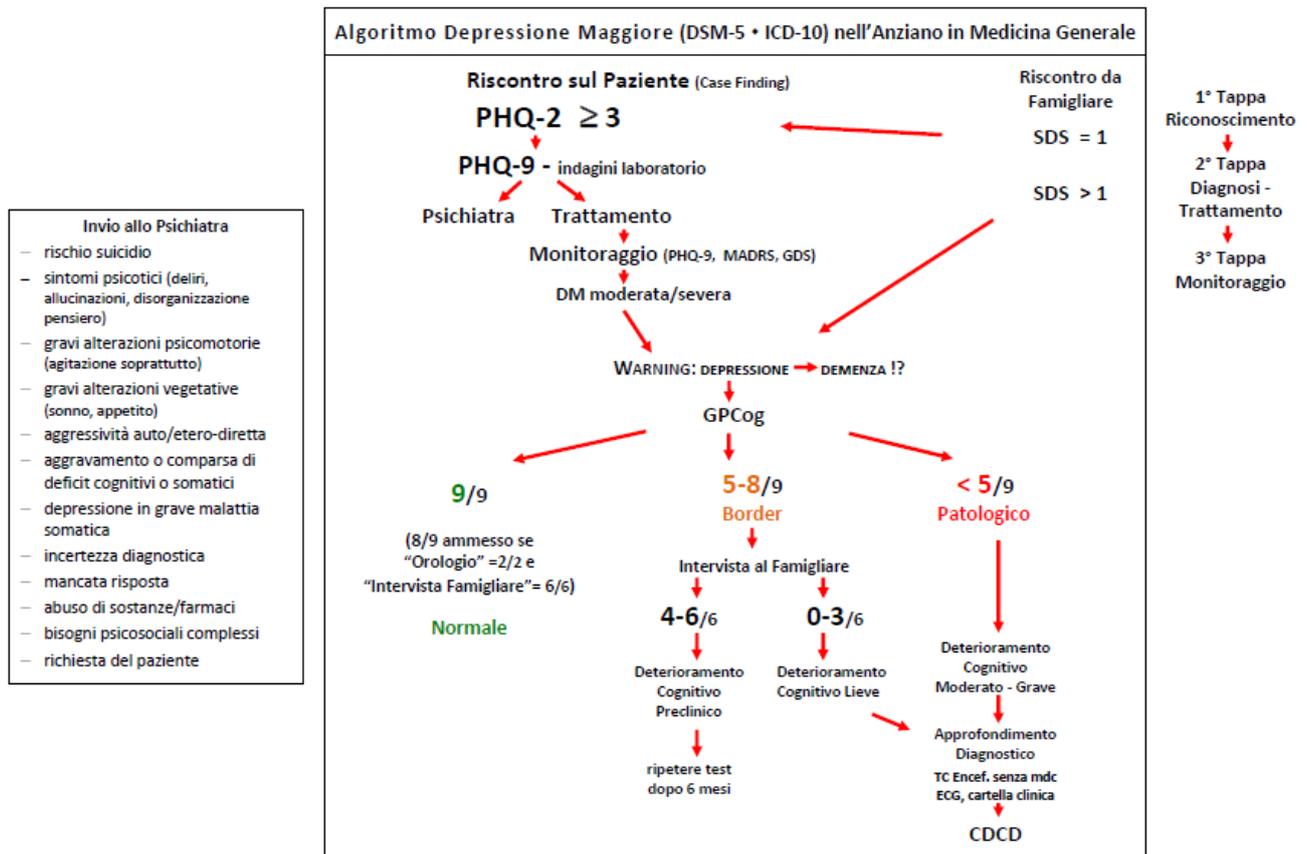


Figura 6. Algoritmo diagnostico per la depressione maggiore. *Symptoms Dementia Screener (SDS), General Practitioner Assessment of Cognition (GPCog).

Nell'algoritmo viene considerato sufficiente un punteggio maggiore di 1 durante l'analisi dell'SDS (Tab. 10) per poter giungere al sospetto di diagnosi differenziale tra depressione e demenza. Come ci suggerisce anche il DSM – 5, molte condizioni che inficiano sulla cognitività sono suscettibili di indagini e approfondimenti specifici, ma altri invece, soprattutto nelle fasi non chiaramente conclamate, vengono affidate al giudizio del clinico. Ancora una volta, la letteratura, anche in questo caso sposata con la medicina generale, ci viene in aiuto con lo strumento del GPCog (General Practitioner Assessment of Cognition)

Si tratta ancora una volta di un semplice questionario (Fig. 7) che, attraverso un punteggio suddivide il soggetto che ha un franco deficit cognitivo o una situazione borderline, da una condizione di normalità.

Tabella 10. Symptoms Dementia Screener (SDS).

Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	Si	No	Non so
E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	Si	No	Non so
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	Si	No	Non so
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	Si	No	Non so
Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato?	Si	No	Non so
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	Si	No	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?	Si	No	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?	Si	No	Non so
E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	Si	No	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	Si	No	Non so
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	Si	No	Non so

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	Sbagliat
1	0

FUNZIONALITÀ VISUOSPAZIALE Disegno dell'Orologio

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

1	0
---	---

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

1	0
---	---

INFORMAZIONI 5. Può raccontami 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 Rossi	1	0
Via Libertà	1	0
42	1	0
Pavia	1	0

PUNTEGGIO

9: NORMALE

< 5: DETERIORAMENTO COGNITIVO

5-8: BORDERLINE passare alla sezione B

TOTALE

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 FAMILIARE/CONOSCENTE Chiedere: "Rispetto a qualche anno fa, il paziente...."

- I. ... ha più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?
- II. ...ha più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?
- III. ...quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?
- IV. ...è meno capace di gestire denaro e questioni finanziarie (ad es. pagare conti, programmare le spese)?
- V. ...è meno capace di gestire ed assumere i suoi farmaci da solo/a?
- VI. ...richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?

	SI	NO	Non so	N/A
I.	0	1		
II.	0	1		
III.	0	1		
IV.	0	1		
V.	0	1		
VI.	0	1		
TOTALE				

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

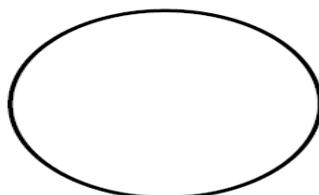


Figura 7. GPCog (General Practitioner Assessment of Cognition)

Gli autori, in maniera schematica, attraverso l'algoritmo precedentemente analizzato, delineano un quadro molto complesso della situazione ma con una certa chiarezza di procedura. Si evince in ogni caso come vi sia una grande attenzione per l'argomento e allo stesso tempo come non è più sufficiente operare in maniera isolata ma è sempre bene coordinarsi con più figure. Il centro di interesse rimane sempre il paziente che non viene più lasciato nel limbo del sospetto, ma attraverso degli strumenti ben studiati, ed in alcuni casi elaborati ad hoc, viene stimolato ad aiutare il clinico a partecipare attivamente al processo diagnostico. Oltremodo, s'intuisce quanto la problematica sia grave, poiché agiscono anche altre figure in questo processo attivo quali il care giver e il medico psichiatra, specialista di riferimento che, come ci viene suggerito, non è più il solo detentore del sapere riguardo a tutte le fasi dei disturbi mentali. Infatti il suo intervento è sempre consigliato in particolari situazioni, ma si capisce che, una volta acquisite le competenze diagnostiche della depressione nell'anziano, il medico di medicina generale sia in dovere di proporre soluzioni terapeutiche.

Un discorso analogo, seppur meno articolato, si può fare per quanto riguarda la diagnosi delle sindromi ansiose pure. Anche in questo caso, grazie ad una crescente sensibilità sulle patologie della sfera psicologica, sono stati creati dei test nel tentativo di rendere il processo diagnostico più semplice possibile, usufruibile da più gestori della salute e standardizzato secondo evidenze scientifiche. Una delle prime scale, già negli anni ottanta, è stata la State-Trait Anxiety Inventory (STAI) che attraverso 40 item, cerca di identificare in modo efficace il disturbo d'ansia. È finalizzato infatti ad individuare e misurare l'ansia, sia per scopi psicodiagnostici che per la verifica dell'efficacia e dei benefici di una specifica psicoterapia.

Gli item, ai quali il soggetto deve rispondere, indentificano in termini di intensità (da "quasi mai" a "quasi sempre") i sintomi. Gli item sono raggruppati in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente, o su quello che invece provano in momenti particolari. Infatti l'ansia in questo test viene suddivisa in due tipi:

- Ansia di tratto: tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità a prescindere dalla reale intensità della situazione.
- Ansia di stato: sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre o alla preoccupazione oppure alla fuga e all' evitamento.

Per completare tale test viene considerato un tempo sufficiente di 10-20 minuti circa, nei quali il paziente risponde dando un valore di frequenza e intensità dei sintomi (tra 1 e 4), ottenendo infine un punteggio per entrambi i sub test che può variare da 20 a 80. E' stato suggerito che un punteggio di 39-40 sia sufficientemente indicativo per una diagnosi di sindrome ansiosa, anche se in altri casi, specie negli adulti più avanti con l'età, sia più accurato un punteggio che varia tra 54-55. A questo proposito bisogna precisare che lo STAI, anche nella sua ultima revisione denominata STAI-Y, sia indicato per soggetti adulti. Non viene per tanto menzionata la validità anche per soggetti in età avanzata. Per ovviare a questo inconveniente, gli studiosi hanno testato appositamente lo STAI-Y all'interno di una popolazione con età superiore a 60 anni, con almeno una malattia cronica e senza disturbi cognitivi. I risultati dello studio confermano l'utilità di questa scala nel verificare l'ansia anche per i pazienti anziani, e in forma collaterale anche dei disordini depressivi. Viene comunque suggerito di proseguire la ricerca per individuare al meglio sia le caratteristiche dell'ansia nei pazienti anziani, sia un test maggiormente affidabile.

Sulla stregua di queste considerazioni è stata messa al vaglio anche la versione breve dello STAI-Y a dieci item, che non solo ha prodotto risultati sovrapponibili a quelli della versione completa nei

pazienti anziani, ma viene proposta come vantaggiosa poiché ridurrebbe in maniera sensibile gli errori per effetto della stanchezza può comportare la compilazione del test a 40 item.

Come strategia di ottimizzazione delle risorse si è sempre tentato di ridurre le condizioni patologiche da considerare, individuando quelle che hanno il maggiore impatto sul paziente ed in generale sulla società. Nell'ambito dei disturbi mentali, tra quelli di stampo ansioso di certo il Disturbo d'Ansia Generalizzato è di sicuro il più frequente. Per poterlo identificare come abbiamo visto il DSM-5 è di certo la guida più completa, ma altrettanto complessa e non di facile interpretazione. Il medico di medicina generale, trovandosi a fronteggiare le più svariate situazioni cliniche, ha la necessità di fare una prima scrematura delle possibili diagnosi differenziali, facendosi guidare certamente dal proprio sospetto clinico. Rimanendo nell'ambito dei test utili per la diagnosi e la stratificazione dei disturbi mentali, non si può non nominare la Generalized Anxiety Disorder- 7 (GAD-7). La scala si compone di sette domande (Tab. 11) che daranno luogo ad un punteggio compreso tra 0 e 21. Come cut-point per una diagnosi che abbia buona sensibilità e specificità (oltre 80%) si è individuato il valore di 10, ma in successivi studi in cui venivano presi in esame pazienti anziani, si è verificato che il punteggio ottimale potesse essere 5 per la GAD-7 e 2 per la GAD-2 (versione con le sole prime due domande). Questo ci può indicare come nel soggetto anziano anche più lievi sospetti e riscontri preliminari di ansia generalizzata siano da prendere in considerazione con la massima serietà.

Come finale considerazione si può aggiungere che, visti tutti gli strumenti a disposizione ed altri ancora non presentati, il medico di medicina generale ha le capacità e il supporto da parte della letteratura internazionale per poter arrivare a diagnosi importanti anche in situazioni complesse. Bisogna inoltre non sottovalutare affatto quanto osservato da altri studi, che i soggetti con sintomi depressivi, soprattutto se in avanzata età, dimostrano avere una qualità di vita inferiore a coloro che non hanno diagnosi di disturbi mentali. Questi soggetti hanno anche una scarsa prognosi e dovrebbero essere sicuramente valutati quindi, per migliorare la qualità delle cure per ottenere un migliore stato di salute e di conseguenza impattare anche sui costi sanitari e ridurre la richiesta di assistenza.

Tabella 11. Generalized Anxiety Disorder-7

1. Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all sure	Several days	Over half the days	Nearly every day
• Feeling nervous, anxious, or on edge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Not being able to stop or control worrying	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Worrying too much about different things	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Trouble relaxing	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Being so restless that it's hard to sit still	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Becoming easily annoyed or Irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Feeling afraid as if something awful might happen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<i>Add the score for each column</i>				
TOTAL SCORE <i>(add your column scores)</i>				
	Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
2. If you checked off any problem on this questionnaire so far, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Scoring Add the results for question number one through seven to get a total score.

If you score 10 or above you might want to consider one or more of the following:

1. Discuss your symptoms with your doctor,
2. Contact a local mental health care provider or
3. Contact my office for further assessment and possible treatment.

Although these questions serve as a useful guide, only an appropriate licensed health professional can make the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder.

A score of 10 or higher means significant anxiety is present. Score over 15 are severe.

GUIDE FOR INTERPRETING GAD-7 SCORES

Scale	Severity
0-9	None to mild
10-14	Moderate
15-21	Severe

GAD-7 developed by Dr. Robert L. Spitzer, Dr. K. Kroenke. et.al.

Trattamenti per la sindrome ansioso-depressiva nel paziente anziano.

Alla luce della precedente disamina su i vari test e questionari utili per una valutazione del paziente anziano che potrebbe presentare sintomi di ansia e depressione, viene naturale chiedersi cosa fare dopo. In caso che il medico di medicina generale fosse stato attento e preciso nell'esecuzione degli algoritmi e delle procedure riconosciute per la diagnosi, quale atteggiamento dovrebbe mantenere nei confronti dei propri pazienti?

Secondo quanto affermato in precedenza, sembra logico, se non anche giusto e coscienzioso, proseguire sulla strada tracciata, muovendosi dalla diagnosi verso la terapia.

Prima di fare questo però, trattandosi di pazienti anziani, non bisogna tralasciare i dati epidemiologici che abbiamo analizzato in fase preliminare. Essi ci indicano con forza che non stiamo parlando dell'ideale paziente al quale abbiamo fatto la nostra diagnosi e ci resta solo da risolvere il problema con il migliore trattamento. Bisogna parlare appunto del paziente al quale magari abbiamo o hanno fatto diverse diagnosi, per le quali si sono intrapresi diversi trattamenti, e che non sempre, anzi spesso, siamo stati in grado di curare. Si deve poi aggiungere inevitabilmente quel processo di cui si è accennato, ossia dello scarso adattamento dell'organismo agli stress, tipico dell'anziano, che abbiamo chiamato fragilità. Ultima considerazione, non meno importante, è quella di guardare non solo alle patologie e farmaci, ma alla persona con le sue malattie, che prende i propri farmaci, e che vive nel suo ambiente, incontrando di volta in volta diverse difficoltà, o addirittura disabilità.

Questo è il prospetto che dobbiamo avere presente prima di parlare di trattamento, e probabilmente diversi ricercatori si sono interrogati sugli stessi temi ad hanno cercato di proporre criteri che si adattino al meglio alle varie situazioni cliniche degli anziani.

Infatti già nel 1991, Beers e collaboratori elaborarono dei criteri appositi per individuare un elenco di farmaci il cui utilizzo negli anziani era da sconsigliare. Questo elenco è stato rivisto più volte fino al 2015 e rimane un pezzo fondamentale del ragionamento che dovrebbe indirizzare le prescrizioni. Tuttavia sono state mosse alcune accuse di incompletezza dei criteri di Beers, pertanto le ultime due proposte sono state lo Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescription (STOPP) e lo START (Screening Tool to Alert doctors to Rights Treatments). I due elenchi affrontato apparato per apparato, nel primo casi i farmaci sconsigliati per determinate condizioni, e nel secondo suggerendo i principi attivi più adatti con l'indicazione migliore (Fig. 8-9).

Central Nervous System and Psychotropic Drugs.

1. Tricyclic antidepressants (TCAs) with dementia
2. TCAs with glaucoma
3. TCAs with cardiac conductive abnormalities
4. TCAs with constipation
5. TCAs with an opiate or calcium channel blocker
6. TCAs with prostatism or prior history of urinary retention
7. Long-term (i.e. > 1 month), long-acting benzodiazepines and benzodiazepines with long-acting metabolites
8. Long-term (i.e. > 1 month) neuroleptics as long-term hypnotics
9. Long-term neuroleptics (> 1 month) in those with parkinsonism
10. Phenothiazines in patients with epilepsy
11. Anticholinergics to treat extra-pyramidal side-effects of neuroleptic medications
12. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) with a history of clinically significant hyponatraemia
13. Prolonged use (> 1 week) of first generation antihistamines i.e. diphenhydramine, chlorpheniramine, cyclizine, promethazine

Figura 8. Criteri STOPP per il sistema nervoso centrale

Central Nervous System

1. L-DOPA in idiopathic Parkinson's disease with definite functional impairment and resultant disability
2. Antidepressant drug in the presence of moderate-severe depressive symptoms lasting at least three months.

Figura 9. Criteri START per il sistema nervoso centrale.

E' stato verificato come l'utilizzo di entrambi i protocolli (STOPP composto da 65 criteri, START da 22 criteri), possa avere tre differenti risultati quali un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, la prevenzione degli effetti avversi dei farmaci e non ultimo la riduzione della spesa farmaceutica.

Questa premessa risulta quindi necessaria prima di poter affrontare i possibili trattamenti terapeutici per l'ansia e la depressione del paziente anziano, in particolare poiché sicuramente ci sono da distinguere i trattamenti farmacologici e non farmacologici. Ad esempio, possiamo verificare che il consenso sia unanime rispetto alla necessità di trattare un soggetto anziano con un quadro di depressione maggiore; ma nelle forme sottosoglia (PHQ 9: 5-9) o nelle depressioni "lievi" (PHQ 9:

10-14) a insorgenza più recente , 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.

Tra i trattamenti non farmacologici validati e certificati che hanno un'importantissima efficacia vanno considerati almeno due tipi:

- Interventi di tipo psicologico;
- Interventi di tipo somatico.

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 paziente, 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 depressivi. 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. Tutte le terapie psicologiche elencate però hanno dimostrato comunque, in recenti meta-analisi, una buona efficacia in comparazione anche a trattamenti farmacologici. Sembra inoltre che la terapia cognitivo comportamentale e di problem-solving siano quelle con maggiori dati di efficacia e che possano mantenere tali effetti a sei mesi.

Gli interventi di tipo somatico a loro volta, come ad esempio l'esercizio fisico, hanno evidenze che suggeriscono come possano produrre effetti positivi sulla plasticità cerebrale e sulla cognitivtà, soprattutto in relazione alle funzioni esecutive, particolarmente colpite nella patologia depressiva. L'associazione di un'attività fisica combinata a una terapia antidepressiva è risultata superiore alla sola terapia farmacologica nella remissione dei sintomi depressivi nel paziente anziano. Tuttavia, non bisogna dimenticare che vi possono essere delle situazioni particolarmente gravi quali la depressione psicotica e catatonica, e ancora nei pazienti con tendenza suicidaria. In questi casi si è visto che 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 antidepressivi.

Oltre ai trattamenti illustrati e validati, ci sono alcune evidenze che prendono in considerazione misure terapeutiche alternative, che vanno da accorgimenti dietetici fino a terapie fisiche non ancora riconosciute dalla medicina tradizionale.

In particolare non è da sottovalutare il ricorso che i pazienti fanno a prodotti naturali e supplementi di erboristeria, che in alcuni studi era arrivato all' 11%, per il trattamento generico dei disturbi dell'umore (particolarmente ansia e depressione), soprattutto perché l'utilizzo precede anche di tre mesi il consulto medico. Gli stessi studi mettono in guardia dall'utilizzo generico di questi prodotti principalmente per le possibili interazioni ed effetti avversi che possono andare dall'intossicazione da metalli pesanti, fino a sindromi e compromissione organiche importanti.

Esistono tuttavia dei prodotti di erboristeria che sono stati presi in considerazione per il trattamento dell'ansia e depressione. Ad esempio, l'infuso di St. John's, meglio conosciuto come estratto di Iperico, è stato considerato come trattamento di prima linea della depressione medio-moderata, da usare con cautela però, a causa della scarsa regolamentazione nella preparazione e per le possibili interazioni farmacologiche.

Anche le terapie erboristiche tradizionali della cultura cinese hanno ricevuto una nota di attenzione da parte di molti studi, che però non hanno dimostrato una chiara valenza sia nei confronti del placebo che dei trattamenti antidepressivi.

Esistono evidenze inoltre per azioni antidepressive di vitamine e minerali come l'acido folico, le vitamine del complesso B e la vitamina D. Il più studiato è proprio l'acido folico, che secondo l'American Psychiatric Association, può essere considerato tra le strategie per adjuvare la terapia antidepressiva fino a, in alcuni casi, non mostrare sostanziali differenze di trattamento in confronto con il trazodone.

Il supplemento dietetico di amminoacidi come triptofano, s-adenosilmetionina e acidi grasso omega-3 non sembra avere un ruolo decisivo nel trattamento dei disturbi dell'umore, e vengono al massimo considerati come trattamenti di seconda linea in aggiunta agli interventi standard.

Tra gli interventi psicofisici alternativi vanno sicuramente annoverate le tecniche di rilassamento, che però hanno dimostrato una minore efficacia rispetto ai trattamenti psicologici; le mindfulness based therapy, un insieme di terapie cognitivo-comportamentali e di consapevolezza che possono diminuire la gravità dei sintomi sia depressivi che relativi all'ansia.

Si stanno anche moltiplicando le terapie basate sull'arte, come la musico-terapia, la terapia antroposofica nelle sue varie forme che hanno dimostrato in entrambi i casi un miglioramento dei sintomi sia ansiosi che depressivi in particolare nei soggetti anziani, e inoltre si è verificato un miglioramento clinico della depressione anche a lungo termine.

Come ultime considerazioni, si può parlare delle terapie prettamente fisiche, quali l'esercizio fisico già esaminato, lo yoga, i massaggi, l'agopuntura e la terapia luminosa.

Partendo proprio da quest'ultima va detto quanto sia efficace nelle sindromi depressive stagionali, considerata addirittura come trattamento di prima linea dal CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments). Essa comporta l'esposizione giornaliera di luce brillante anche a casa, tramite degli strumenti luminosi per circa 30 minuti a primo mattino, il che riduce significativamente i sintomi stagionali e in maniera più lieve, associata magari a terapia farmacologica, i sintomi depressivi non stagionali.

L'agopuntura invece, validata per altre condizioni, non ha ricevuto sufficienti evidenze a riguardo della gestione della depressione.

Simile discorso si può fare per lo Yoga, che non ha dimostrato risultati eccellenti per la gestione dei sintomi ansioso depressivi negli adulti, ma sorprendentemente ciò è meno vero se si considerano gli anziani in comunità che praticano Yoga. Questi sembrano migliorare i propri punteggi nella scala GDS.

Infine, una pratica che a primo impatto può sembrare in contrasto con la neurofisiologia, è quella della deprivazione di sonno. Il meccanismo d'azione proposto è l'attivazione forzata dell'asse ipotalamo-pituitario e dei ritmi circadiani. Esistono fondamentalmente tre tipi di terapia tramite deprivazione del sonno che può essere parziale (PSD, dormire 3-4 ore per notte), totale (TSD, restare svegli per 40 ore), e a cicli. È stato visto che questo trattamento ha un'ottima efficacia nel migliorare rapidamente il tono dell'umore, aumentando anche la velocità con cui farmaci come amitriptilina e sertralina agiscono sui sintomi depressivi. I limiti della deprivazione di sonno sono sicuramente la grande difficoltà nell'aderenza terapeutica e la facile scomparsa dei benefici al ritorno del normale ritmo sonno veglia.

Come abbiamo visto, sono tanti i ragionamenti e gli studi che si possono fare a riguardo dei trattamenti delle patologie ansioso depressive in generale e soprattutto se, come nel nostro caso ci troviamo a parlare del paziente anziano. Abbiamo detto in precedenza che in condizioni borderline o di situazioni lievi di stati ansioso-depressivi, è preferibile rimanere in vigile attesa, prima di intraprendere un trattamento farmacologico. A questo punto però è necessario fare quantomeno un quadro dei principali farmaci utilizzati come terapia nei soggetti anziani, per i disturbi depressivi (Tab. 12) e i disturbi ansiosi (Tab. 13).

Tabella 12. Farmaci antidepressivi più utilizzati nel paziente anziano

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	Iponatremia, 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

Tabella 13. Farmaci approvati dall'Health Canada con le diverse indicazioni per i disturbi d'ansia e correlati.

	Anxiety disorders	Panic disorder	Social anxiety disorder	Obsessive-compulsive disorder	Generalized anxiety disorder	Posttraumatic stress disorder
ANTIDEPRESSANTS						
SSRIs						
Escitalopram (Cipraxel [®])				X	X	
Fluoxetine (Prozac [®])				X		
Fluvoxamine (Luvox [®])				X		
Paroxetine (Paxil [®])		X	X	X	X	X
Paroxetine CR (Paxil [®] CR)		X	X			
Sertraline (Zoloft [®])		X		X		
TCA's						
Clomipramine				X		
Other antidepressants						
Venlafaxine XR (Effexor [®] XR)		X	X		X	
Duloxetine (Cymbalta [®])					X	
AZAPIRONES						
Buspirone (BuSpar [®] , Bupirex [®])					X	
BENZODIAZEPINES*	X					

Parlando di terapia antidepressiva nell'anziano, soprattutto nel setting della medicina generale, dovremmo parlare di farmaci ideali che dovrebbero soddisfare almeno cinque punti:

1. efficacia terapeutica documentata;
2. tollerabilità e sicurezza;
3. assenza di interazioni farmacologiche;
4. maneggevolezza d'impiego;
5. sicurezza in overdose.

Purtroppo il farmaco ideale non è mai esistito, e non fa eccezione il caso degli antidepressivi. Pertanto, per scegliere un antidepressivo si dovrebbe necessariamente tenere conto della risposta a precedenti trattamenti, farmacoterapie concomitanti, del rischio potenziale di sovradosaggio, nonché del tipo di depressione. Il trattamento con antidepressivi tuttavia, 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. Per questo, questa classe di farmaci, per altro caratterizzati da un'ottima efficacia, sono sconsigliati per l'utilizzo nell'ambito geriatrico.

E' fondamentale, minimizzare le interazioni farmacologiche (farmacodinamiche e farmacocinetiche), particolarmente probabili negli anziani per la frequente politerapia. Per orientare la scelta del farmaco è in ogni caso giusto partire dai dati di efficacia, e a tal proposito, studi condotti tramite sei metanalisi 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. Alcuni studi documentano, peraltro come abbiamo già accennato, che gli antidepressivi triciclici sono più efficaci degli SSRI in pazienti con DDM grave, ma ovviamente inficiati da pesanti effetti avversi. L'avvento dei serotoninergici selettivi (SSRI), ha considerevolmente ridotto il rischio specifico derivante dagli effetti collaterali dei triciclici e ha determinato i seguenti vantaggi gestionali:

- mono somministrazione giornaliera;
- assenza di ipotensione ortostatica;
- assenza di tossicità cardiaca;
- tossicità comportamentale trascurabile;
- effetti anticolinergici clinicamente trascurabili;
- sicurezza in overdose.

Naturalmente anche gli SSRI, come tutti i farmaci, possono dare effetti collaterali. I più comuni sono rappresentati da nausea, gastralgie, insonnia, irritabilità. Con maggiore attenzione vanno considerati i disturbi della sfera sessuale (caduta della libido e anorgasmia), l'iponatremia (Sindrome dell'inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico) e la riduzione dell'aggregazione piastrinica, che impongono un controllo clinico costante nel corso della somministrazione. A questo riguardo, durante il trattamento con SSRI, occorre evitare la somministrazione contemporanea e prolungata di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e valutare con attenzione la possibile concomitanza di terapie con antiaggreganti piastrinici, assai frequente in età avanzata. Sono molto efficaci anche gli antidepressivi a doppia azione, sia serotoninergica sia noradrenergica, come la venlafaxina, la duloxetina (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina [SNRI]) e la mirtazapina (antidepressivi specifici serotoninergici e noradrenergici

[NaSSA]). Quest'ultima ha un'azione inizialmente sedativa e può dare ipotensione e aumento ponderale. Venlafaxina e duloxetina, oltre agli effetti collaterali riferibili alla serotonina che abbiamo già ricordato, possono dare ad alti dosaggi, in individui predisposti, un innalzamento della pressione arteriosa. La venlafaxina è disponibile in preparazioni a rilascio prolungato, che nell'età anziana determinano una migliore tolleranza del prodotto. Il trazodone, facente parte della categoria dei SARI, si differenzia dagli altri antidepressivi, che intervengono essenzialmente aumentando il neurotrasmettitore. Infatti, agisce in maniera dose-dipendente aumentando la disponibilità della serotonina ed esercita anche un modesto effetto antistaminico e anti-adrenergico. Determina inoltre un quadro meno ricco di effetti collaterali.

In sostanza, Le regole di condotta nei trattamenti con farmaci antidepressivi nell'età anziana sono semplici e vanno assolutamente rispettate: riguardano la posologia, le modalità di somministrazione e la facilitazione della compliance. La posologia va commisurata alle condizioni generali del paziente e alla presenza di un'eventuale poliprescrizione farmacologica. Di grande importanza sono le modalità di somministrazione.

È indispensabile partire con dosaggi molto bassi e incrementarli lentamente per evitare effetti da up-regulation recettoriale. Un'intensa sedazione o uno stato di agitazione iatrogeni nei primissimi giorni di cura possono determinare il rifiuto delle terapie farmacologiche o, comunque, una significativa riduzione della compliance. Del resto non c'è alcuna fretta di raggiungere un dosaggio terapeutico ottimale, perché questi farmaci non agiscono prima del completamento di un periodo di latenza farmacologica che è di circa 4-6 settimane. Forzare precocemente la somministrazione provoca solamente la rapida comparsa di effetti collaterali. Molto utili, nei casi in cui sia difficile il frazionamento iniziale della dose, le preparazioni in gocce. Altrettanto importante è operare per favorire la compliance da parte del paziente. Se non vi sono familiari che controllino l'assunzione dei farmaci, occorre effettuare la prescrizione nel modo più semplice possibile e, preferibilmente, in mono somministrazione. La durata di somministrazione dei farmaci antidepressivi non può essere inferiore ai 9-12 mesi, per evitare ricadute, e va valutato l'aumento di questo tempo minimo di somministrazione in rapporto alle condizioni del paziente ed al numero di ricadute (Tab 14).

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

Tabella 14. Durata del trattamento in relazione agli episodi depressivi.

Le linee-guida internazionali sul trattamento farmacologico della depressione nell'anziano

consigliano il mantenimento, per le terapie prolungate, del dosaggio massimo utilizzato nella fase

acuta. Ma sta al clinico decidere caso per caso, applicando la regola aurea della farmacoterapia che impone sempre l'uso della dose minima efficace. La resistenza al trattamento comporta particolari e ulteriori interventi, una volta accertata la sua fondatezza clinica. Spesso infatti ci troviamo di fronte a una pseudo resistenza determinata da mancata compliance o da un trattamento inadeguato per dosaggi e/o per tempi di somministrazione farmacologica. Gli interventi che si possono attuare di fronte a una resistenza agli antidepressivi sono classicamente quattro:

- ottimizzazione della terapia,
- augmentation (aggiunta all'antidepressivo di un farmaco non antidepressivo per potenziarne l'effetto)
- switching (preferibilmente a un antidepressivo di diversa classe farmacologica),
- combination (associazione di due differenti antidepressivi, anche qui preferibilmente di diversa classe farmacologica).

Va altresì presa in considerazione la correzione di possibili fattori di mantenimento della farmacoresistenza oltre alla possibilità di ricorrere alla terapia elettroconvulsivante (ECT), poco diffusa in Italia ma di comune utilizzazione nei paesi anglosassoni.

Per il trattamento dei disturbi d'ansia nel paziente anziano, è importante fare la premessa dei dati di frequenza. I disturbi d'ansia sono spesso associati a disturbi depressivi, e le forme pure si riscontrano meno spesso nel paziente nella fascia di età superiore ai 65 anni. Questo fenomeno è certamente dovuto al mascheramento prodotto da altri sintomi che riduce la capacità del clinico di identificare il corretto disturbo d'ansia. In ogni caso, se da un lato è stato chiaro il limite del medico che non si è dotato per tempo delle giuste competenze per la diagnosi, dall'altro non è stato e tuttora non è semplice poter discernere la sintomatologia umorale da quella somatica. In modo particolare, laddove poi la diagnosi si doveva tradurre in terapia, si perdono un po' le tracce degli studi scientifici che dovrebbero valutare i principi farmacologici nei soggetti con più di 65 anni. Infatti, gli studi di farmaco-efficacia nei pazienti anziani sono ridotti e al massimo si limitano sulla valutazione del disturbo d'ansia generalizzato (GAD). Ad esempio, lo studio più corposo, suggerisce l'efficacia e tollerabilità del pregabalin vs. placebo.

Altri farmaci come la duloxetina e venlafaxina sono stati valutati in subset di pazienti anziani e mantengono anch'essi, il loro profilo di tollerabilità ed efficacia per la GAD.

Citalopram ed escitalopram possono essere principi attivi utili nel ridurre i sintomi del disturbo d'ansia generalizzato, anche se il secondo, in altri studi, non sembra avere una superiorità significativa al placebo.

La sertralina invece può vantare una maggiore efficacia anche rispetto alle terapie cognitivo-comportamentali, che nel paziente anziano sono preferite per il massimo profilo di sicurezza nei confronti di qualsiasi terapia farmacologica.

Si deve sottolineare che la prescrizione di benzodiazepine sia largamente utilizzata a partire dai 55 anni per il trattamento dei disturbi d'ansia e correlati, e questo causa seria preoccupazione per il trattamento dell'anziano poiché un trattamento a lunga durata, caldamente sconsigliato, esporrebbe a maggiori effetti avversi. Infatti l'utilizzo delle benzodiazepine si correla con un aumentato rischio di caduta e anche di fratture.

Anche gli antidepressivi come la classe degli SSRI, utilizzati come ansiolitici non sono esenti da rischi di eventi avversi, ma questo è da reputare più che alla classe farmacologica, al fisiologico cambiamento del metabolismo dell'organismo in tarda età e alle pressoché imprevedibili modifiche della farmacocinetica che si osservano a seguito di cambiamenti e dei tessuti, e della funzionalità organica. Hanno però dimostrato, non solo efficacia nel trattamento, ma anche un miglioramento della qualità della vita, osservato tramite una riduzione della mortalità per tutte le cause di origine cardiovascolare.

C'è, in sostanza, da dire che i trattamenti con farmaci antidepressivi e anticonvulsivanti hanno la stessa efficacia nell'anziano rispetto a soggetti più giovani per la patologia ansiosa, ma sono da tenere sotto stretta osservazione per valutare con finezza l'equilibrio tra rischio e beneficio, vista l'esistenza di molte terapie non farmacologiche.

Discussione e Conclusioni

Sostenere con forza il valore della Salute nella società attuale non è assolutamente soltanto un vezzo di chi si trova, per diversi motivi ad amministrare le politiche sanitarie. Ogni cittadino deve essere sicuramente partecipe del proprio stato di benessere e contribuisce inoltre attivamente al benessere sociale. Alcune figure, più di altre, sono incaricate di fornire una guida verso la soluzione delle problematiche, attraverso la gestione della Salute in tutte le sue sfaccettature. Per fare questo è necessario una profonda analisi dello status della popolazione, un'accurata interpretazione dei bisogni di salute, ed infine una risposta adeguata alle aspettative. Il Servizio Sanitario Nazionale, organo istituzionale che ha il compito di raccogliere le richieste dei cittadini e di fornire cure e sostegno per ognuno di essi, si è dotato, tra gli altri, di figure fondamentali per espletare le sue funzioni in maniera capillare su tutto il territorio italiano. Il Medico di Medicina Generale è colui il quale racchiude in se, da un lato le specifiche caratteristiche che necessitano ad un professionista sanitario, dall'altro un potenziale di azione, sostanziale e duraturo, sul terreno su cui poggia tutta la salute sociale. Intraprendere questo ruolo denso di responsabilità, non sembra affatto semplice e addirittura potrebbe spaventare a causa della complessità che ormai caratterizza tutte le dinamiche socio-sanitarie. Per l'uomo di scienza però, le sfide stimolano l'ingegno e danno costanti spunti per dominare le difficoltà. Dello stesso spirito è dotato il medico, che vede di fronte a se ogni giorno delle sfide e deve tentare, di concerto ad altre figure di supporto, di proporre le migliori soluzioni possibili.

Una delle maggiori sfide che in questi anni, vuoi per la stabilità economica, vuoi per il progresso tecnologico medico o per maggiore grado di cultura, è la gestione dell'anziano. I dati epidemiologici parlano chiaro su quanto sia e sarà presente il fenomeno "anzianità" su tutta la penisola, e quanto il mondo sanitario abbia il dovere di occuparsene. Numeri come 22% di over 65 forse non rendono bene l'idea di quanto sia importante la situazione, ma di sicuro basta una semplice giornata passata negli ambulatori medici per poter toccare con mano quanti sono realmente i soggetti anziani che ci chiedono aiuto. Stesso ragionamento si può fare se consideriamo che di questi nostri pazienti anziani, circa il 10-15% viene da noi con disturbi dell'umore e, considerato quale impatto possono avere su tutte le sfere sociali, il clinico non può esimersi dal compito di prendere in considerazione il problema.

Gli studiosi, i medici, sia specialisti che non, sostengono appunto quanto sia difficile approcciarsi in maniera corretta in primis al paziente anziano, e maggiormente al paziente con disturbi mentali. Sono diverse le patologie che con l'avanzare dell'età colpiscono il corpo dei nostri vecchietti e sempre maggiori sono le possibilità che tale corpo, in coesione con la mente, vada incontro a rottura,

a deficit. Questa fragilità si ripercuote su tutti gli aspetti della vita, fino a generare condizioni di disabilità che mettono sotto stress prima di tutto il soggetto, assieme a tutta la famiglia e tutto il sistema assistenziale che ruota intorno ad esso.

Per cercare di evitare o almeno rallentare il più possibile questo processo, non sembra un'idea tanto strana interessarsi di sintomi come agitazione, cefalea, dimagrimento, dolore diffuso, ipomotilità, finanche alla morte.

Questi e molti altri sono stati raccolti appositamente per supportare tutti coloro che hanno la volontà di superare le sfide e apportare il proprio contributo per migliorare la società in cui vivono. Molti studiosi si sono adoperati per redigere e modificare il più importante Manuale dei Disturbi Mentali, ed essendo anche questi partecipi di un mondo che sta invecchiando, lo hanno fatto anche tenendo presente alcune considerazioni per il paziente anziano, che più facilmente di altri, può andare incontro a deficit cognitivo.

Per essere comunque riconosciuti come professionisti della salute, c'è bisogno, oggi più che mai, di valori. Il bisogno di misurare, quantificare, non è soltanto una fredda visione della situazione clinica ma un momento per definire in maniera oggettiva un disturbo, per essere più sicuri dei propri sospetti e in ultima analisi, tentare di sbagliare il meno possibile. A questo scopo sono molti i momenti di test che sono stati proposti sul panorama internazionale (dal PHQ – 9 fino GAD – 2) e che sono sicuramente venuti in aiuto al medico di medicina generale che si è interessato di disturbi d'ansia e depressione.

Accanto quindi ad una maggiore abilità tecnica che man mano si è perfezionata nella valutazione del paziente anziano, non si è messo da parte quello che può essere riferito come giudizio clinico. Nelle situazioni difficili come per il paziente anziano, affetto da polipatologie e in terapia con molti farmaci, il medico si pone di fronte a diverse scelte, in pochissimi casi obbligate. Scegliere infatti un trattamento per ansia e depressione, significa fare i conti con la farmacocinetica dei farmaci, effetti avversi e interazioni che possono limitare anche di molto i percorsi da poter seguire. Fortunatamente in questo arduo sentiero non si è soli. Proprio per venire incontro a questo impasse, non sono pochi gli aiuti che si trovano in letteratura (criteri STOPP/START).

Non si è soli in questo percorso anche perché non bisogna mai dimenticare che né il paziente, né il medico di medicina generale sono gli unici attori che fanno la loro parte. Fondamentale è il ruolo dello specialista che, se adeguatamente interpellato, può aiutarci nel gestire le situazioni più difficili, ma anche il familiare o il caregiver del paziente anziano che ha un ruolo attivo sia nella fase diagnostica che nella fase terapeutica non strettamente farmacologica.

Infatti proprio sull'ambito dei disturbi mentali sono molti gli interventi terapeutici non farmacologici validati (psicologici e somatici) oltre quelli che appartengono alla medicina alternativa. Poter usufruire di questi momenti che posso essere di semplice aggregazione, di esercizio, o anche di "gioco", alleggerisce di molto il timore del medico di non poter gestire in serenità le problematiche del suo paziente anziano.

Ciò però non prescinde dalla conoscenza della farmacologia attiva nei disturbi depressivi e ansiosi, proprio perché molte situazioni sono meglio gestibili attraverso i farmaci e di questi bisogna sapere i fondamenti per poter intervenire in maniera adeguata anche laddove si dovesse presentare un problema di resistenza.

In conclusione, è sembrato di particolare importanza affrontare il tema dell'ansia e della depressione nei soggetti anziani prima perché sono situazioni emergenti ma relativamente approfondite nel campo della medicina generale, e successivamente per un bisogno anche personale di imparare quantomeno in maniera preliminare un metodo migliore da applicare nel futuro della professione. Solo la conoscenza intima dei disturbi dell'umore, corredata da metodo di valutazione e inquadramento multidisciplinare della sintomatologia del paziente anziano, può far sì che il medico di medicina generale sia davvero il punto di riferimento per la Salute non solo individuale ma collettiva. Non bisogna però erroneamente credere che tale procedimento sia inapplicabile o di esclusiva pertinenza di altre figure professionali, ma sforzarsi di riprendere la dignità intrinseca del medico proprio attraverso la proposta di prendersi cura in prima linea del paziente soprattutto in età avanzata, preoccupandosi di migliorare le condizioni psicosomatiche che tanto incidono sulla società e sul suo futuro.

Bibliografia e Sitografia

- Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *The Annals of Family Medicine*. 2010;8(4):348-353.
- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(11):2227-2246.
- Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea [Internet]. Istat.it. 2018. Available from: <https://www.istat.it/it/archivio/203820>
- Bergua V, Meillon C, Potvin O, Ritchie K, Tzourio C, Bouisson J et al. Short STAI-Y anxiety scales: validation and normative data for elderly subjects. *Aging & Mental Health*. 2015;20(9):987-995.
- Biondi M, Bersani F. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5®*. Milano: R. Cortina; 2014.
- Brodaty H, Pond D, Kemp N, Luscombe G, Harding L, Berman K et al. The GPCOG: A New Screening Test for Dementia Designed for General Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(3):530-534.
- Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2010;69(5):543-552.
- Costa M, Diniz M, Nascimento K, Pereira K, Dias N, Malloy-Diniz L et al. Accuracy of three depression screening scales to diagnose major depressive episodes in older adults without neurocognitive disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016;38(2):154-156.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Pot A, Park M, Reynolds C. Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas*. 2014;79(2):160-169.
- Dati-anziani.istat.it. (2018). Statistiche Istat. [online] Available at: <http://dati-anziani.istat.it/>
- DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 474293, Depression alternative treatments; [updated 2018 Apr 30, cited place cited date here]; [about 25 screens]. Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=474293>. Registration and login required.

- Flaherty L, Midden A, Mast B. Psychometric Evaluation of the Symptoms of Dementia Screener (SDS) in a Geriatric Primary Care Population. *Clinical Gerontologist*. 2018;1-8.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 146-56
- G. Biggio, O. Brignoli, A.C. Bruni, M.T. Dotti, D. Fornasari, F. Neviani, G. Pigato, A. Pirani, C. Vampini, O. Zanetti Depressione dell'anziano nell'ambulatorio del medico di medicina generale: dai sintomi alla terapia. *SIMG Suppl. Pacini Editore Medicina*, Febbraio 2017.
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2008;46(02):72-83.
- Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *Brit J Gen Pract*. 2007;57:650-652.
- ICF versione breve. Gardolo: Erickson; 2005.
- Julian L. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*. 2011;63(S11):S467-S472.
- Katzman M, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
- Kroenke K, Strine T, Spitzer R, Williams J, Berry J, Mokdad A. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*. 2009;114(1-3):163-173.
- Kvaal K, Ulstein I, Nordhus I, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20(7):629-634.
- La salute mentale nelle varie fasi della vita [Internet]. Available from: <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- Lin J, Huang M, Wang D, Chen Y, Lin C, Tang Y et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatrics*. 2014;14(1).
- Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *N Engl J Med* 2007;357:1939-45.

- MacArthur JD, MacArthur CT, MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009.
- Murri M, Amore M, Menchetti M, Toni G, Neviani F, Cerri M et al. Physical exercise for late-life major depression. *British Journal of Psychiatry*. 2015;207(03):235-242.
- Quaderni del Ministero della Salute - Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano [Internet]. 2011 Available from: http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1703_allegato.pdf
- Rabins P, Lyketsos C. A commentary on the proposed DSM revision regarding the classification of cognitive disorders. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011; 19:201–204. [PubMed: 21425503]
- Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G et al. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(5):694-698.
- Sachdev P, Mohan A, Taylor L, Jeste D. DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(5):320-328.
- Scapicchio P.L. Pharmacological treatment of depression in the elderly. *Fragilità e cervello. G Gerontol* 2007;55:27-30
- Spielberger C, Pedrabissi L, Santinello M. STAI state-trait anxiety inventory forma Y. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni speciali; 2012.
- Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092.
- 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.
- Taylor W. Depression in the Elderly. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(13):1228-1236.
- Thombs B, Benedetti A, Kloda L, Levis B, Nicolau I, Cuijpers P et al. The diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *Systematic Reviews*. 2014;3(1).

- Wild B, Eckl A, Herzog W, Niehoff D, Lechner S, Maatouk I et al. Assessing Generalized Anxiety Disorder in Elderly People Using the GAD-7 and GAD-2 Scales: Results of a Validation Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(10):1029-1038.
- Yesavage J, Brink T, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1982;17(1):37-49.

Ringraziamenti

Ognuno di noi, a mio parere ha bisogno di dire “grazie” almeno una volta al giorno. E’ una parola non solo di cortesia, ma anche di equilibrio. Un equilibrio che si stabilisce tra persone che si comprendono, si rispettano e a volte si ammirano. Talvolta il bisogno di dire grazie viene oscurato, viene messo da parte per motivi tanto futili quanto decisivi. Ma non si dimentica.

Quella necessità rimane presente, rimane in profondità dove forse si preferisce tenerla per timore di esporla a facili fraintendimenti. Permane viva e pressante, pronta a venir fuori quando il momento sembra propizio.

Dire grazie inoltre assume un significato particolare, che va al di là dell’equilibrio, nei confronti di coloro che ci rendono particolarmente significanti. Nei loro confronti l’equilibrio si trasforma in sostegno reciproco, in intersezione di intenti, in appartenenza di emozioni.

Dire grazie significa questo e forse ancora molto altro, per questo dico solamente grazie,

a chi da sempre, anche prima di me, è stato ed è lì, dentro e fuori le pareti del mio essere;

a chi un giorno, sollevando lo sguardo, mi ha donato la sua vasta gamma di emozioni, riuscendo così a fotografare la nostra felicità e a renderla sempre più vera;

a chi da lontani anni, lontane note, lontani paesi, è vicino in ogni momento, ogni volta con il sorriso che ci scalda;

a chi ha incrociato la mia strada, che ha percorso le intricate vie dell’essere giovani professionisti, e di tanto in tanto ha proposto la direzione da seguire;

a tutti voi, e come mi piace sempre dire, a tutti coloro che mi hanno dato la possibilità di vedere il mondo con i loro occhi,

grazie.