

Dominio 2: DISORDINI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI

Item 4. Illustra e differenzia la presentazione clinica di delirium, demenza e depressione

DELIRIUM

Il delirium rappresenta una delle sindromi geriatriche più diffuse. In ospedale, circa 1 paziente anziano ogni 6 ne è affetto e nei reparti chirurgici-ortopedici tale percentuale risulta ancora superiore (circa 1 paziente ogni 3), per arrivare ad interessare più della metà dei pazienti in terapia intensiva, cardiocirurgia o unità per ustionati; ha un'elevata prevalenza anche negli anziani ospiti di strutture per anziani. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual dell'American Psychiatric Association (DSM), 5a edizione, il delirium è definito dalla coesistenza di 5 condizioni (Tabella 1):

Tabella 1: definizione del delirium secondo il DSM-5.

-
1. disturbo dell'attenzione (intesa come ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione) e dello stato di consapevolezza di sé nell'ambiente;
 2. insorgenza acuta o subacuta (vi deve essere un cambiamento rispetto alle condizioni di base) e decorso fluttuante;
 3. coesistenza di altri deficit cognitivi (disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio, della memoria o della percezione);
 4. assenza di severa compromissione del livello di coscienza (ad esempio il coma);
 5. evidenza di patologia acuta in atto, intossicazione da farmaci, sindrome da astinenza, esposizione a tossine o eziologia multipla.
-

L'esordio del DELIRIUM è generalmente improvviso, ma può anche esservi una fase prodromica caratterizzata da irritabilità, ansia, alterazioni del tono dell'umore e del ciclo sonno-veglia, irrequietezza motoria. Il decorso è tipicamente fluttuante, caratterizzato da riesacerbazioni della sintomatologia specialmente notturne.

Clinicamente il DELIRIUM ha andamento fluttuante e può presentarsi in tre differenti varianti:

1. Forma ipercinetica o iperattiva: è caratterizzata da agitazione psicomotoria, aumentata sensibilità agli stimoli esterni, stato di iper-allerta. Si sviluppano spesso illusioni e allucinazioni;
2. Forma ipocinetica o ipoattiva: si presenta con rallentamento psicomotorio, tendenza all'assopimento fino alla letargia e ridotta risposta agli stimoli esterni; è frequente nell'anziano
3. Forma mista: caratterizzata dall'alternanza di fasi di tipo ipercinetico e ipocinetico.

La variante ipercinetica, per ovvi motivi, è la più facile da riconoscere ma è anche la meno frequente; è il paziente ricoverato che disturba di notte e che può essere oggetto di contenzione fisica o farmacologica. La variante ipocinetica, invece, è la più comune, soprattutto negli anziani, ed è correlata ad una prognosi peggiore: il suo riconoscimento richiede attenzione qualificata. La perdita di attenzione è il problema centrale e caratteristico del delirium; per rilevare il difetto di attenzione esistono test neuropsicologici di non facile esecuzione. In clinica, si fa riferimento alle impressioni durante il colloquio con il malato e anche l'infermiere può cogliere agevolmente la ridotta attenzione. La prova della lista dei mesi dell'anno al contrario (da dicembre a gennaio)

sembra la più semplice ed efficace a rilevare la inattenzione. Il medico e l'infermiere devono conoscere i fattori predisponenti / precipitanti del delirium, il suo significato prognostico e sulla dimissione ospedaliera. La prevenzione del delirium deve entrare nel protocollo della assistenza infermieristica sia in ospedale che nelle residenze per anziani. Lo studente dovrà esercitarsi a compilare correttamente lo strumento diagnostico utilizzato nel setting in cui sta facendo esperienza sul malato.

Il CAM è di seguito descritto ; è test semplice

1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante

Dato acquisito di solito da un familiare: c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità? 0= no 1=si

2. Perdita dell'attenzione

Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso ecc.? 0= no 1=si

3. Disorganizzazione del pensiero

Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile? 0= no 1=si

4. Alterato livello di coscienza

0= vigile

1= iperallerta, letargia, stupor, coma

La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed alternativamente 3 o 4.

Lo strumento 4AT è molto facile da utilizzare e dà buoni risultati ; si veda

<https://static1.squarespace.com/static/543cac47e4b0388ca43554df/t/5821a09420099e79d2b2978d/1478598806267/4AT+-+Italiano+-+v1.2.pdf> . Un video è consultabile in

:<https://www.youtube.com/watch?v=w3B0DDQgJeA> (prof G Bellelli).

Si ricordi il delirium superimposto a demenza (DSD) condizione clinica in cui il delirium si sovrappone a una condizione di demenza pre-esistente; è fattore prognostico negativo. L' anziano con declino cognitivo ospedalizzato presenta DSD nel 60-65% dei casi.

La depressione può provocare nell' anziano ospedalizzato una condizione simile ad delirium ipocinetico.

DEMENZA

La demenza è una sindrome clinica, su base organica, caratterizzata da deficit cognitivi multipli (es. difficoltà di memoria, disturbi del linguaggio, ecc.), oltre che da modificazioni psicologiche-comportamentali e talora sintomi psichiatrici, di gravità tale da compromettere la vita di relazione e la esecuzione delle attività quotidiane (IADL e/o BADL). Il DSM-5 preferisce parlare di *Disturbo Neurocognitivo Maggiore* sottolineando la necessità di evidenziare un rilevante declino delle funzioni cognitive (da parte del paziente, parente o del medico) tale da compromettere la sua autonomia nelle IADL o BADL, non spiegabile da altro disturbo mentale o da delirium. Il disturbo può essere lieve (difficoltà nelle IADL), moderato (difficoltà nelle BADL) o grave (del tutto dipendente). La demenza è una tipica patologia età-correlata e la sua incidenza aumenta in modo esponenziale con l'età. Il numero di soggetti malati nel mondo è di oltre 46 milioni mentre in Italia sono presenti almeno 1 milione e duecentomila pazienti con demenza. La demenza è certamente un'importante causa di morte, che spesso non è correttamente diagnosticata e riportata nei certificati di morte: anche Italia è annoverata fra le più frequenti cause di morte (è al 6° posto) Nella Tabella 2 viene riportata una classificazione patogenetica delle demenze.

Tabella 2: classificazione eziopatogenetica delle principali forme di demenza.

■ **DEMENZE PRIMARIE (DEGENERATIVE)**

Senza prevalenti segni motori (demenze corticali)

- demenza di Alzheimer
- demenza fronto-temporale

Con prevalenti segni motori (demenze sottocorticali)

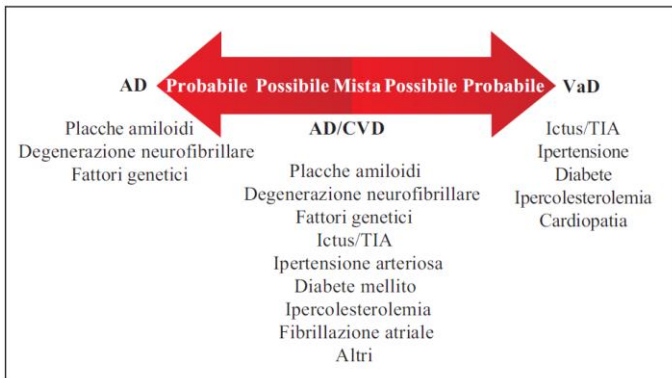
- demenza a corpi di Lewy
- Parkinson-demenza
- paralisi sopranucleare progressiva
- degenerazione cortico-basale
- corea di Huntington
- malattia di Fahr

■ **DEMENZE SECONDARIE**

- demenza vascolare
- idrocefalo normoteso
- disturbi endocrino-metabolici (soprattutto ipo- ed ipertiroidismo)
- malattie infettive-infiammatorie del SNC
- sostanze tossiche (alcool, metalli pesanti)
- stati carenziali (vitamina B₁₂, folati, tiamina, malnutrizione)
- processi espansivi endocranici (neoplasie, ematomi, ascessi)
- varie (trauma cranico, insufficienza cardiaca e respiratoria)

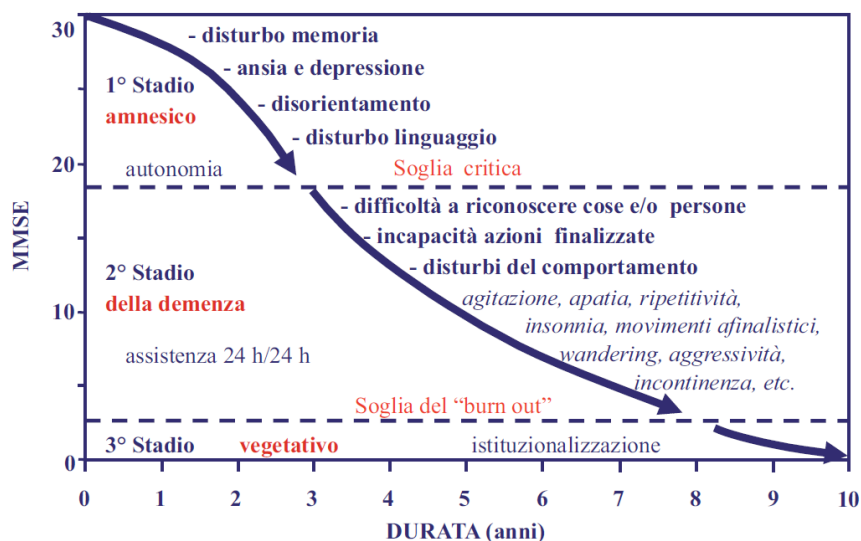
La demenza di Alzheimer è la forma più frequente (50-70% dei casi); tuttavia, nelle fasce di età più avanzate può essere molto difficile una diagnosi etiologica certa per la forte sovrapposizione di quadri anatomopatologici diversi (es. M. di Alzheimer e danno vascolare) (Figura 1).

Figura 1: sovrapposizione tra malattia di Alzheimer e danno vascolare nell’anziano.



Sul *piano clinico* la malattia di Alzheimer è caratterizzata da un deterioramento progressivo ed ingravescente delle capacità cognitive (in primis la memoria) oltre che dalla comparsa di disturbi comportamentali. Ha spesso un esordio subdolo, insidioso, dove sono i deficit della memoria quelli più frequenti. Il decorso è progressivo, a stadi, con andamento e durata molto variabili da soggetto a soggetto (Figura 2).

Figura 2: decorso della sintomatologia nella progressione della demenza di Alzheimer tipica.



Nella demenza la compromissione cognitiva influenza negativamente la vita sociale e familiare del paziente che diventa un problema a causa del declino delle sue capacità funzionali; il decorso è gradualmente progressivo. Attenzione dovrà essere posta alla pseudodemenza e alle carenze nutrizionali (per esempio di vitamina B12) e l'ipotiroidismo che possono compromettere le prestazioni cognitive (demenza secondaria).

Nella demenza su base vascolare la progressione può essere "a scalini", con fasi di relativa stabilità clinica e fasi di rapido peggioramento; nel grande vecchio (oldest-old, > 85 anni) la genesi vascolare della compromissione cognitiva è più probabile. In questi soggetti si parla di late-onset alzheimer disease (LOAD): oltre ai fattori vascolari incidono molteplici fattori anche genetici che sono potenzialmente prevenibili nel corso della vita -

<https://www.nature.com/articles/npjamd20153.pdf> .

Durante il decorso della demenza, oltre alla progressiva compromissione delle funzioni corticali superiori e della dipendenza nelle attività della vita quotidiana, più del 90% dei soggetti manifesta sintomi psichici e comportamentali (noti anche con l'acronimo americano *BPSD – Behavioural and Psychological Signs and symptoms in Dementia*) che rendono assai difficile la vita in famiglia.

Questi rappresentano un gruppo eterogeneo di reazioni psicologiche, sintomi psichiatrici e comportamentali che si possono manifestare in diverse fasi della malattia. I BPSD caratterizzano e influenzano pesantemente il "destino" del soggetto demente in quanto possono indurre a contenzione farmacologica/fisica e determinano una significativa perdita di qualità della vita per il malato ed il caregiver. I BPSD sono raggruppabili in 5 cluster sintomatologici con un significato operativo, permettendo in certa misura, di meglio definire il bersaglio delle terapie farmacologiche di variabile efficacia e foriere di effetti avversi:

1. Psicosi: allucinazioni, delusioni e misidentificazioni;
2. Depressione: tristezza, pianto, disperazione, scarsa autostima, ansia, colpa;
3. Apatia: ritiro sociale, mancanza di interessi e demotivazione;
4. Aggressività: resistenza aggressiva, aggressività fisica e verbale;
5. Agitazione: affaccendamento, vagabondaggio, pedinamento, irrequietezza, grida, disinibizione, stereotipie, vestirsi/svestirsi, disturbi del sonno.

Generalmente i BPSD compaiono durante la fase iniziale e intermedia del processo di deterioramento, mentre tendono a regredire quando la demenza ha raggiunto lo stadio molto avanzato e diventa predominante una grossolana compromissione del quadro neurologico. Essi comprendono manifestazioni cliniche assai diverse tra loro (Tabella 3)

Tabella 3: principali manifestazioni psichiche e comportamentali della demenza.

<p>Ansia Depressione Agitazione psicomotoria Aggressività verbale o fisica Vocalizzazione persistente Vagabondaggio Affaccendamento afinalistico Perseverazione Acatisia</p>	<p>Apatia/abulia Disinibizione Irritabilità Disturbi del comportamento alimentare Disturbi del comportamento sessuale Disturbi dei ritmi circadiani Deliri Allucinazioni Indifferenza</p>
--	--

I BPSD possono entrare in diagnosi differenziale con il Delirium iperattivo.

Deve essere anche sottolineato come una percentuale non indifferente di anziani con deterioramento cognitivo presenta, fin dall'esordio, un quadro depressivo (20-40%).

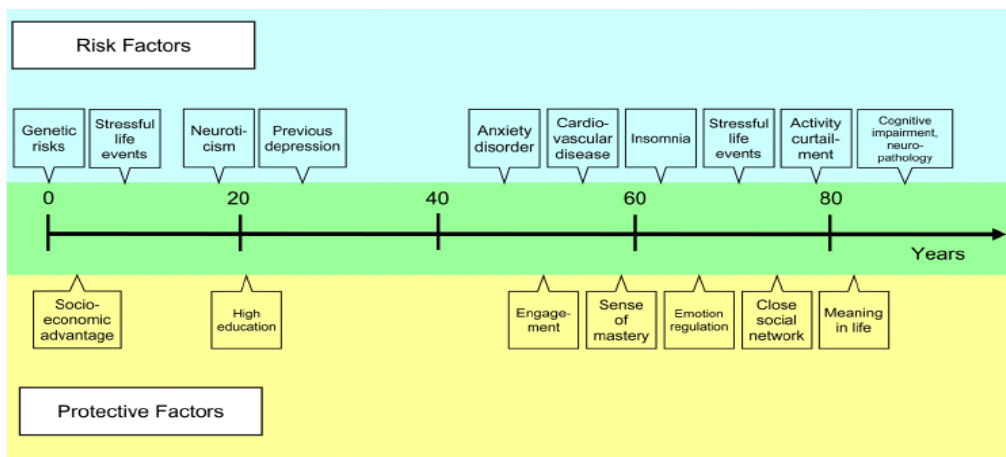
La presenza di *depressione* pone seri problemi di diagnosi differenziale. Da un lato la depressione può precedere il deterioramento cognitivo (fattore di rischio o prodromo), rappresentare una reazione ad esso, oppure essere un vero e proprio sintomo precoce della demenza; dall'altro la depressione dell'anziano si associa spesso a malattia cerebrovascolare oltre che a deficit delle funzioni esecutive e della memoria e ad un rallentamento ideo-motorio. Si ricorda infine che l'anziano ipoacusico è a maggior rischio di demenza: un grave deficit uditivo aumenta di 5 volte, in maniera indipendente da altri fattori, il rischio di demenza. L'ipoafferenza di stimoli uditivi al cervello riduce un importante input sensoriale compromettendo anche le relazioni sociali dell'anziano. Si deve tener presente che il declino cognitivo anche moderato si accompagna nell'anziano a compromissione delle prestazioni esecutive come le oscillazioni posturali e i tempi di reazione: ciò agevola le cadute. Un aspetto rilevante: il 10% dei pazienti che presentano ictus presentano già compromissione delle funzioni cognitive; la terapia trombolitica è meno frequente in questi casi che presentano esiti disabilitanti più gravi. Lo studente dovrà essere in grado di compilare un test di orientamento diagnostico per il declino cognitivo; il più noto è il Mini Mental State Examination (MMSE) - <http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/Neurocentro/Neurochirurgia-materiale-sito/Mini-Menta-Test/Mini%20Menta%20Test.pdf>; l'esperienza sulla sua utilizzazione sarà fatta in occasione delle frequentazione di un reparto ospedaliero o di una struttura per anziani; anche online si può migliorare la competenza ad eseguire correttamente il test: <http://www.centroalzheimer.org/area-ricerca/corso-gratuito-interattivo-sul-mmse/>. I sintomi che si accumulano nel tempo richiedono una loro descrizione precisa che sarà memorizzata su strumenti informatici come il fascicolo sanitario elettronico - <https://support.fascicolo-sanitario.it/guida/accedi-al-tuo-fse/crea-le-tue-credenziali> - in modo che essi possano essere comunicati e aggiornati in tempo reale e a distanza.

E' fondamentale il coinvolgimento attivo della persona, di solito un familiare - <http://www.alzheimer-aima.it/caregiver.htm> - che avrà cura del paziente con declino cognitivo: una serie di video potranno essere utili nella informazione ed educazione del **caregiver**: <http://www.centroalzheimer.org/area-familiari/video/>.

DEPRESSIONE

La depressione dopo i 55 anni è presente nel 15% della popolazione, ma solo nel 2% se si considera solo la depressione maggiore. Benchè la depressione maggiore abbia minor prevalenza nell' anziano rispetto al giovane, nell' oldest-old (> 85 anni) la sua incidenza aumenta soprattutto nell' anziano in ospedale e nelle residenze. Essa può essere il risultato di una condizione comparsa nelle età precedenti o che si manifesta per la prima volta in età senile. Nel primo caso si parla di depressione senile ad esordio precoce (*early onset*), prima dei 65 anni d'età; nel secondo caso di esordio tardivo (*late-onset*), in cui il primo esordio depressivo si è manifestato dopo i 65 anni. Più della metà delle depressioni maggiori senili ha esordio tardivo

I criteri del DSM-5 per porre la diagnosi di depressione anche nell' anziano si basa sulla presenza di almeno 5 dei segni e sintomi quasi ogni giorno durante lo stesso periodo di 2 settimane: umore depresso, ridotto interesse e piacere per diverse attività, perdita di peso importante o anche aumento del peso, insonnia/ipersonnia, agitazione psicomotoria o rallentamento delle attività, fatica o perdita di energia, ridotta capacità di concentrazione, indecisione, sentimenti di indegnità o di inadeguatezza oppure senso di colpa e di inapproprietezza. I cambiamenti citati si riferiscono a periodo precedenti di normalità; i sintomi citati causano distress e interferiscono con il normale svolgimento delle attività della vita quotidiana. I fattori più spesso associati alla depressione tardiva sono: il sesso femminile, comorbidità, compromissione cognitiva, disabilità, scarsi contatti sociali, eventi stressanti, storia pregressa di depressione e tratti particolari della personalità. Durante la vita (vedi figura) agiscono fattori protettivi e fattori di rischio per la depressione tardiva: l' attenzione clinica alla loro presenza è alquanto problematica.



La depressione è una malattia ad alto impatto sanitario e alti costi anche in Geriatria; è considerata dall'OMS la seconda causa di disabilità dopo l'ictus. Si manifesta con vari livelli di gravità e fenotipi, ma quasi sempre induce nell' anziano isolamento, carenza di emozioni positive, calo dell' appetito, apatia, comparsa di idee suicidarie. Gli anziani ricoverati in ospedale e in struttura presentano spesso depressione di vario grado, non sempre diagnosticata. Le emozioni tipiche sperimentate da chi è soffre di disturbo depressivo sono la tristezza, l'angoscia, disperazione, insoddisfazione, senso di impotenza, perdita della speranza, senso di vuoto. I sintomi cognitivi, frequenti nell'anziano, sono la difficoltà nel prendere decisioni e nel risolvere i problemi, la ruminazione mentale (restare a pensare al proprio malessere e alle possibili ragioni), autocriticismo e autosvalutazione, pensieri catastrofici e di rovina. I comportamenti che

contraddistinguono il depresso sono l'isolamento sociale, i comportamenti passivi, frequenti lamentele, la riduzione dell'attività sessuale e i tentativi di suicidio.

La depressione "sottosoglia" è la depressione nella forma lieve; la diagnosi di pone se sono presenti 2 o più dei seguenti sintomi, in un periodo di due settimane:

- Umore depresso
- Alterazioni cognitive
- Insonnia notturna
- Difficoltà a prendere decisioni
- Perdita di interessi e/o piacere
- Alterazioni del comportamento alimentare
- Sintomi fisici
- Alterazioni del comportamento sessuale

Non deve essere confusa con la tristezza. Per questo è necessario fare riferimento a scale diagnostiche validate. Il colloquio anamnestico è molto importante: la riduzione del supporto sociale per lutto familiare, pensionamento, cambio di abitazione, sono fattori di rischio da valutare attentamente; anche l'insonnia può essere un segno di depressione e richiede attenzione anche per il possibile impiego di farmaci. Gli eventi stressanti devono essere rilevati durante l'anamnesi così come la presenza di malattie (cancro, ictus, diabete, cardiopatia ischemica, scompenso, ipotiroidismo, carenza di vitamina B12 e acido folico), politerapia (in particolare clonidina, beta bloccanti, tranquillanti, calcio antagonisti, ipnotici, antiparkinsoniani), dolore cronico, lutto recente. Anche gli anziani non sempre rispondono positivamente ai farmaci antidepressivi; questi sono efficaci solo se assunti a lungo (1 anno); i SRRI attenzione perché inducono cadute. Attenzione alla politerapia (> 5 farmaci) che si associa a cadute, effetti avversi, declino funzionale, Farmaci che si associano a depressione sono gli ACE inibitori, i corticosteroidi, gli ipolipemizzanti. Le benzodiazepine non sono efficaci come antidepressivi: riducono le performance cognitive. La risposta ai farmaci antidepressivi varia: nel 30% dei trattati c'è remissione; nei non rispondenti si può ricorrere a farmaci come il litio; gli anziani residenti in struttura rispondono poco ai farmaci antidepressivi; questi non sono efficaci se coesiste compromissione neurocognitiva: in questi casi sono utili gli interventi psicosociali come la terapia comportamentale, la musicoterapia e l'educazione dell'eventuale caregiver. La terapia antidepressiva invece migliora le prestazioni cognitive se la situazione è dovuta a pseudodemenza. I farmaci antidepressivi e gli interventi psicologici mostrano una discreta efficacia anche nella popolazione anziana. Gli interventi che aumentano la partecipazione e il coinvolgimento sociale del malato riducono i sintomi depressivi; anche la partecipazione ad attività di volontariato e di studio sono benefiche.

Un problema fondamentale è la frequente mancata diagnosi di depressione, più volte ricordata. Come semplice screening ambulatoriale o a domicilio si possono porre due semplici domande (PHQ-2 - Patient Health Questionnaire).

Nelle ultime 2 settimane quante volte sei stato coinvolto nei seguenti problemi ?

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. scarso interesse o piacere a fare le cose | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. sentirsi giù, depresso o senza speranza | 0 | 1 | 2 | 3 |

0. mai; 1. diversi giorni; 2. più della metà del tempo; 3. praticamente ogni giorno

Il punteggio varia da 0 a 6. Il cut-off di 2 da una buona sensibilità, quello di 4 una buona specificità. (*Medical Care 2003; pag 1284*).

La multifattorialità patogenetica è sempre presente, compresa la componente vascolare. L'esordio precoce della depressione può contribuire ad alterazioni cerebrali che predispongono ad episodi depressivi in età senile. I sintomi della depressione, confrontando due gruppi di anziani uno con esordio depressivo precoce (il primo episodio depressivo si è manifestato prima dei 60 anni) e il secondo gruppo a esordio più tardivo (dopo i 60 anni) presentano simile sintomatologia; solo i soggetti con età più elevata, indipendentemente dall'epoca dell'esordio del quadro depressivo, presentavano sintomi psicotici e sintomi come l'agitazione psicomotoria, l'insonnia, l'ipocondria e un profondo senso di colpa.

Le caratteristiche sintomatologiche proprie della depressione delle persone più anziane sono: la tendenza dell'anziano a sminuire i sentimenti di tristezza provati, osservata dalla discrepanza tra il sentimento di tristezza riscontrato dalla valutazione oggettiva e quello verbalizzato dagli anziani stessi, e la tendenza a riflettere i propri contenuti depressivi sul corpo, manifestando ipocondria e preoccupazioni somatiche. La terminologia *depression without sadness* indica una sindrome caratterizzata da ritiro, apatia e mancanza di vigore e da una prevalenza di sintomi somatici, attraverso i quali l'anziano concentra le sue preoccupazioni sul proprio stato di salute e sul proprio corpo. In alcuni casi i sintomi ipocondriaci possono trasformarsi in veri e propri deliri, in cui l'anziano ha la credenza irragionevole di avere, per esempio, una malattia terminale e inguaribile, mostrandosi incapace di accogliere o di far proprie le rassicurazioni del medico che indicano il contrario. Un'altra peculiarità della depressione senile è la prevalenza di sintomi cognitivi rispetto a quelli affettivi: l'anziano depresso infatti presenta difficoltà attentive o di concentrazione e di memoria e in generale una ridotta efficienza intellettiva. È noto che la depressione influisce sulle capacità cognitive, ad esempio sulla velocità di elaborazione delle informazioni. Nel caso del paziente anziano, in particolare quando l'esordio depressivo è tardivo, si può manifestare un impoverimento cognitivo caratterizzato da deficit di attenzione di memoria e rallentamento psicomotorio molto simile a quello osservato nella demenza (vedi pseudodemenza).

La depressione può presentare anche sintomi psicotici come i deliri di colpa (si sente responsabile per qualcosa che non ha compiuto e si sente solo degno di morire, arrivando, in alcuni casi, anche al suicidio).

La diagnosi di depressione è agevolata da strumenti come il *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, breve strumento autosomministrabile sviluppato specificatamente per il suo impiego nelle cure primarie. Il PHQ-9 è composto da 9 item che corrispondono ai sintomi della depressione maggiore. Il punteggio ha un range tra 0 e 27. Il punteggio di 10 viene indicato come cut-off ottimale per

evidenziare una depressione di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - PHQ-9

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

1. Durante le ultime due settimane, con quale frequenza è stato disturbato da qualcuno dei seguenti problemi?	Mai	Molti giorni	Più della metà dei giorni	Quasi tutti i giorni
a. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
b. Sentirsi giù, depresso o disperato	0	1	2	3
c. Difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, o dormire troppo	0	1	2	3
d. Sentirsi stanco o avere poca energia	0	1	2	3
e. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
f. Sentirsi in colpa o di essere un fallito o di aver danneggiato se stesso o la sua famiglia	0	1	2	3
g. Difficoltà a concentrarsi sulle cose, come leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
h. Muoversi o parlare così lentamente tanto che anche gli altri se ne accorgevano o, al contrario, essere così irrequieto o agitato da doversi muovere da ogni parte molto più del solito	0	1	2	3
i. Pensare che sarebbe meglio essere morto o di farsi del male in qualche modo	0	1	2	3

2. Se ha riscontrato la presenza di qualcuno dei problemi indicati nel presente questionario, in che misura quei problemi le hanno creato difficoltà nel suo lavoro, nel prendersi cura delle cose a casa o nello stare insieme agli altri?

Nessuna difficoltà	Qualche difficoltà	Notevole difficoltà	Estrema Difficoltà
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La Geriatric Depression Scale (GDS a 15 items) è un altro strumento utile e di facile utilizzazione nella pratica clinica quotidiana

GDS - Geriatric Depression Scale (forma breve)

1. È fondamentalmente soddisfatto della sua vita?	Si	No
2. Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	Si	No
3. Sente che la sua vita è vuota?	Si	No
4. Si annoia spesso?	Si	No
5. È di buon umore la maggior parte del tempo?	Si	No
6. Ha paura che qualcosa di brutto stia per succederle?	Si	No
7. Si sente più felice nella maggior parte del tempo?	Si	No
8. Si sente spesso impotente?	Si	No
9. Preferisce restare a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?	Si	No
10. Ritiene di avere più problemi con la memoria della maggior parte delle persone?	Si	No
11. Pensa che la vita sia meravigliosa?	Si	No
12. Si sente piuttosto inutile così com'è?	Si	No
13. Si sente pieno di energie?	Si	No
14. Ha l'impressione che la sua situazione sia disperata?	Si	No
15. Pensa che la maggior parte delle persone sia migliore di lei?	Si	No
Punteggio: ___/15 Un punto per "No" alle domande 1, 5, 7, 11, 13 Un punto per "Si" alle altre domande	Normale	3 ± 2
	Lievemente depresso	7 ± 3
	Molto depresso	12 ± 2

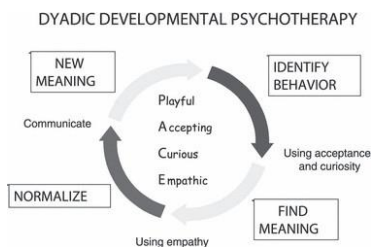
I due test citati sono utilizzati anche dal medico di medicina generale; si raccomanda anche la VMD se c'è polipatologia complessa.

Si ricorda che in circa il 15% degli anziani che cadono la caduta non è spiegabile : l' uso dei farmaci antidepressivi, i sintomi depressivi e l' ipotensione ortostatica aumentano il rischio di caduta unexplained , mentre il deficit cognitivo e somatosensoriale non hanno questa prerogativa: sarà interessante verificare se la psicoterapia e l' esercizio fisico per migliorare il tono affettivo e le cure non farmacologiche per ridurre l'ipotensione ortostatica sono in grado di ridurre il rischio di cadute unexplained nell' anziano

Il suicidio è tendenzialmente più comune nelle persone con più di 65-70 anni; le donne hanno tassi più elevati di comportamento suicida non fatale, mentre gli uomini sono associati a un tasso molto più elevato di suicidio riuscito. Nel suo determinismo entrano molti fattori anche di tipo sociale; l' aiuto sociale e il contrasto della solitudine riducono l'incidenza del suicidio nel vecchio anche se pare forte il nesso fra depressione e suicidio; l' ideazione suicida è spesso presente nel depresso e richiede una valutazione attenta da parte del medico di famiglia che deve cercare questo elemento che può emergere anche da una corretta valutazione multidimensionale geriatrica. Per gli adulti oltre alla patologia somatica o a problematiche ipocondriache emergono nel modello predittivo del suicidio eventi stressanti acuti e la diagnosi di depressione psicotica o di psicosi primaria oltre all'abuso alcolico, il sesso maschile e la condizione di single, separato o vedovo.

La terapia della depressione dell' anziano è simile a quella dell' adulto; naturalmente si dovranno tenere presenti gli effetti avversi dei più comuni farmaci antidepressivi dovuti anche alle interazioni farmacologiche. Se l' anziano depresso è oldest-old oppure fragile con multipatologia la psicoterapia e l' esercizio fisico sono di aiuto per ottenere risultati positivi con la terapia. Dopo aver ottenuto la risposta terapeutica favorevole si ritiene che il farmaco debba essere consigliato per 24 mesi per prevenire la possibile ricorrenza.

La depressione è contagiosa e influenza negativamente il network sociale ; anche le coppie sono contagiate dalla depressione; vivere con un coniuge depresso è un problema ; il contagio deve essere considerato ed affrontato anche se la preparazione psicologica del personale che cura e assiste gli anziani non è ancora deguata.



La gestione dei pazienti in situazioni di comorbidità rappresenta da tempo un impegno crescente soprattutto per il MMG.

Questo articolo puntualizza diversi aspetti che riguardano la comorbidità tra depressione e alcune patologie di comune riscontro, fornendo una serie di dati e di indicazioni utili a migliorare l'appropriatezza degli interventi su questi pazienti.

Il riconoscimento della depressione rappresenta uno degli aspetti più importanti del problema in queste situazioni, anche perché è una patologia non sempre di facile individuazione e il cui misconoscimento può di peggiorare il quadro clinico generale.

In un contesto di comorbidità e politerapie, il ricorso al trattamento con antidepressivi deve avere quale punto di partenza un'attenta analisi dei potenziali eventi avversi di questi farmaci sul singolo paziente affetto da una o più specifiche patologie somatiche, ponendo particolare attenzione alle potenziali interazioni farmacologiche che potrebbero sortire l'effetto inverso sulla salute dei pazienti andando a peggiorare sia il quadro depressivo sia l'evoluzione delle patologie somatiche.