

**PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

**Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale**

**DEMENZA E DEPRESSIONE:  
LA SINTOMATOLOGIA PSICHICA E  
COMPORTAMENTALE NEL PAZIENTE ANZIANO**

---

**Medico in Formazione**

*Dr.ssa Corrada Ambrogio*

**Tutor**

*Dr. Fabio Tobaldin*

**Anno accademico 2018 - 2021**

**DEMENZA E DEPRESSIONE:  
LA SINTOMATOLOGIA PSICHICA E  
COMPORTAMENTALE NEL PAZIENTE ANZIANO**

**TUTOR TESINA - DOTT. FABIO TOBALDIN**

“*Cultura, Pazienza e Compassione*“, sono le tre parole chiave, fortemente coese, in ambito psicogeriatrico. Una *cultura geriatrica* approfondita induce ad esercitare la *pazienza* necessaria a conoscere chi ha bisogno di cure e a seguirlo nelle strade difficili della malattia; ma nello stesso tempo, cultura e pazienza non sarebbero sufficienti al bisogno della persona se il medico non sapesse esercitare la *compassione*.

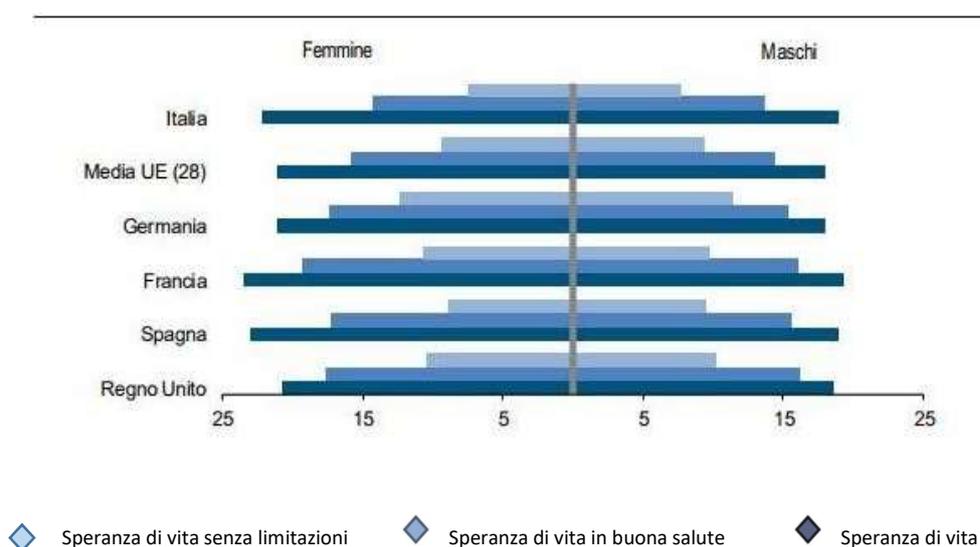
**Prof. Marco Trabucchi**

## **INDICE GENERALE**

<b>1. Dati epidemiologici</b>	<b>3</b>
<b>2. Depressione</b>	<b>6</b>
<b>3. Demenza</b>	<b>10</b>
<b>4. Dalla depressione alla demenza ?</b>	<b>13</b>
<b>5. Studi ed ipotesi</b>	<b>19</b>
<b>6. Ansia e depressione nei pazienti post COVID-19.</b>	<b>21</b>
<b>7. Il ruolo del MMG e il Piano Nazionale Demenze</b>	<b>23</b>
<b>8. Antidepressivi: un impiego razionale</b>	<b>25</b>

## 1. DATI EPIDEMIOLOGICI

Grazie al prolungamento della vita media e nel contempo a causa della riduzione della fecondità, l'Italia ha modificato radicalmente la propria struttura demografica, mettendo il nostro paese tra i primi in Europa e al mondo per longevità. Come dato specifico il nostro paese può vantare circa 19,4 e 22,4 anni di speranza di vita (*indicatore della longevità di una popolazione*) 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).



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

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha comportato un sensibile aumento dei disturbi cognitivo-comportamentali di natura neurodegenerativa, destinati ad acquisire in futuro sempre più rilevanza. Come evidenzia l'OMS (Nota del Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale-Iss), tra le malattie degenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani le **demenze** rappresentano una priorità di salute pubblica.

Proprio per questo si cerca sempre più la strategia migliore per coordinare gli interventi sanitari atti a 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

**I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO.** Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
<b>Totale</b>	<b>43,2</b>	<b>52,0</b>	<b>14,7</b>	<b>28,4</b>	<b>31,5</b>	<b>10,6</b>	<b>65,8</b>
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
<b>Totale V.A.</b>	<b>5.871</b>	<b>7.064</b>	<b>3.919</b>	<b>3.860</b>	<b>5.136</b>	<b>1.437</b>	<b>945</b>

**La depressione è spesso associata con l'ansia cronica grave. Si parla di stato ansioso-depressivo**

Considerando gli ultimi dati di popolazione, aggiornati al primo gennaio 2018, appare pertanto evidente che l'impegno del medico di medicina generale, ma in realtà del Servizio Sanitario Nazionale tutto, sia in buona 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. (Bib.1)

In un'ottica di politica sanitaria, dove la programmazione e la gestione delle risorse sono temi fondamentali, è altrettanto rilevante riportare quelle che sono le proiezioni Istat della nostra popolazione nel 2028, ossia tra soli 7 anni. Si prevede l'incremento degli anziani con oltre 65 anni sino al 26,9% della popolazione, di cui il 4,7% con 85 anni e più. 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 situazione di salute del paziente anziano, dalla differente 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 della sfera psichica come la depressione, si nota come la

prevalenza al 2015 era dell'11,6% per la fascia di età fino a 75 anni, mentre arrivava fino al 17 % nei soggetti con più di 75 anni. Tali valori si diversificano in base al sesso, con una prevalenza maggiore per le donne.

**(Bib.2) - “La salute mentale nelle varie fasi della vita”.**

**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

**Fonte: ISTAT – (26 settembre 2017) - Anziani: Le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea. Riferimento anno 2015 (Bib.3)**

Infatti, sempre grazie ai dati dello studio EHIS (Indagine Europea sulla Salute), 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 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 pertanto 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.

<b>Figura 2- Persone di 15 anni e più che riferiscono depressione cronica per Paesi dell'Unione Europea, sesso e classe di età. Anno 2015</b> (per 100 persone)				
<b>PAESI</b>	<b>DEPRESSIONE</b>			
	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>	
	<b>15-64 anni</b>	<b>65 e più</b>	<b>15-64 anni</b>	<b>65 e più</b>
<b>Italia</b>	<b>1,7</b>	<b>7,5</b>	<b>4,1</b>	<b>14,7</b>
<b>Unione Europea</b>	<b>5,2</b>	<b>5,8</b>	<b>8,1</b>	<b>11,1</b>

## 2. DEPRESSIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione è tra le prime cause di disabilità a livello mondiale. Una malattia spesso sommersa, che impedisce la presa di coscienza di chi soffre e dei suoi famigliari, ritardando le terapie. Si stima che nell'arco della vita una persona su 4 viene colpita da disturbi mentali, dati che tenderanno ad aumentare anche a causa della pandemia.

La **DEPRESSIONE** è una **malattia sommersa**, c'è chi la chiama mal di vivere e chi male dell'anima. Ma di certo non ha sbagliato chi, già qualche tempo fa, l'ha definita male del secolo: in un solo decennio la sua incidenza è aumentata del 18,4%. La depressione, una patologia che, nel mondo, colpisce quasi 5 persone su 100 (4,4%). e sta assumendo dimensioni preoccupanti: nel 2020 sarà la più diffusa al mondo tra le malattie mentali e in generale la seconda malattia più diffusa dopo le patologie cardiovascolari. **(Rif.4)**

Uno studio dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità** su “**depressione** e altri disturbi mentali” pubblicato nel 2017 ha rivelato che circa 322 milioni di persone nel mondo sono affette da **depressione**, con un aumento di oltre il 18% avvenuto tra il 2005 e il 2015. Le conseguenze di queste patologie in termini di anni di salute persi sono enormi. La depressione è infatti classificata dall'OMS come la maggior causa al mondo di disabilità. **(Bib.4)**

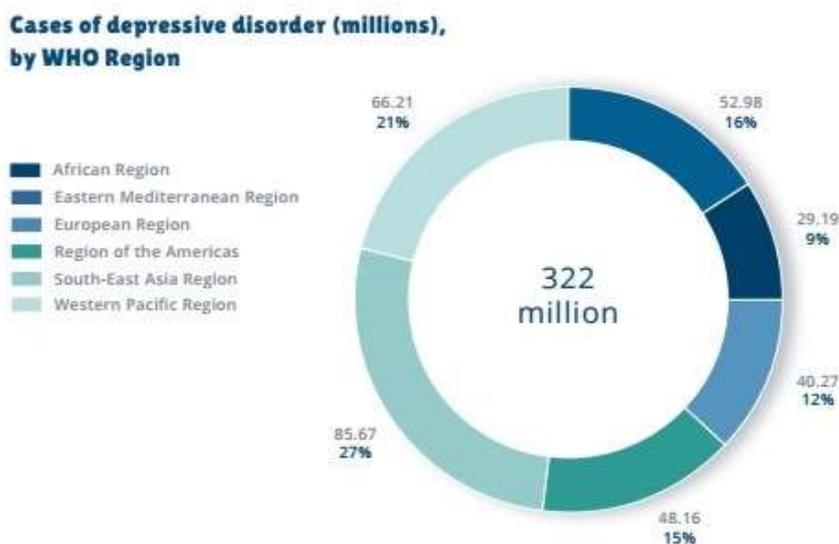
Il bilancio dei costi necessari al mantenimento e alle cure di una persona depressa è molto alto: il soggetto perde infatti la sua capacità produttiva e difficilmente mantiene il posto di lavoro o trova un nuovo impiego. L'OMS ha inoltre identificato forti legami tra

depressione e altre malattie non trasmissibili, tra cui l'aumento del rischio di abuso di sostanze e le malattie come il diabete e le malattie cardiache. **(Bib.6). Ministero della salute.**

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media.

Per esempio persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità maggiore del 40-60%, rispetto al resto della popolazione, di morte prematura, a causa di altre malattie, che spesso non vengono affrontate (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Quest'ultimo rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.

Spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, come il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzate da queste. È stato dimostrato, per esempio, che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete, i quali, a loro volta, aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione.



**Quasi la metà di questi vivono nell' Asia Sud-Orientale e in Occidente.** I dati diffusi dall'Oms si riferiscono ad un'analisi effettuata nel 2015. Lo studio ha esaminato anche come l'incidenza della depressione cambi a seconda del genere: le donne sono più depresse degli uomini, 5,1% contro 3,6.

Questi tassi variano anche a seconda dell'età, con un picco tra gli anziani e gli adulti: tra le donne con un'età compresa tra 55 e i 74 anni le cifre superano il 7,5%, per gli uomini si arriva al di sopra del 5,5%. Cifre preoccupanti che hanno spinto l'Oms ad affrontare la questione attraverso iniziative di sensibilizzazione e spingere chi soffre di depressione a parlarne, perché il dialogo è il primo passo verso la guarigione. **(Bib.5)**

La depressione è una malattia più o meno grave, che peraltro può complicarsi fino a provocare il suicidio del paziente. È considerata tra le principali patologie che causano disabilità e non solo. Secondo le ultime ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2015, **788 mila persone si sono suicidate**. Il pensiero della morte è uno dei sintomi della depressione. Molti soggetti depressi desiderano morire o avvertono un profondo senso d'inutilità che li porta a pensare alla morte. Il 15% dei depressi non trattati pone fine alla propria vita con il suicidio. A questa cifra, già di per sé allarmante, vanno aggiunti i casi di tutti coloro che hanno tentato il suicidio, ma sono rimasti in vita. Le statistiche cambiano a seconda della nazione, del sesso o anche della classe sociale di appartenenza. Lì dove il reddito è più basso, o al massimo medio, si concentrano circa il 78% del totale dei casi registrati.

In 737 suicidi è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti. Tra questi, 288 presentano **anche** una malattia mentale (**principalmente depressione**). **In 1.664 casi si segnala la presenza di sole malattie mentali (principalmente depressione e ansia).**

**In Italia** si stima che superino i 2,8 milioni (5,4% delle persone di 15 anni e più) coloro che ne hanno sofferto nel corso del 2015 e siano 1,3 milioni (2,5%) coloro che hanno presentato i sintomi della depressione maggiore nelle due settimane precedenti l'intervista.

#### **(Bib.5)**

Rispetto la media dei paesi europei, in Italia la depressione è meno diffusa fra gli adulti e fra i 15-44enni, ma molto più diffusa fra gli anziani.

La depressione è spesso associata con l'ansia cronica grave. Si stima che il 7% della popolazione oltre i 14 anni (3,7 milioni di persone) abbia sofferto nell'anno di disturbi ansioso-depressivi. **(Bib.7)**

Al crescere dell'età aumenta la prevalenza dei disturbi di depressione e ansia cronica grave (dal 5,8% tra i 35-64 anni al 14,9% dopo i 65, soprattutto fra le donne).

I disturbi ansioso-depressivi si associano a condizioni di svantaggio sociale ed economico: rispetto ai coetanei più istruiti, raddoppiano negli adulti con basso livello di istruzione e triplicano (16,6% rispetto a 6,3%) tra gli anziani, fra i quali risultano però meno evidenti i differenziali rispetto al reddito.

Gli anziani tendono a sotto-riferire i sintomi depressivi e possono non riconoscere di essere tristi o depressi. Al loro posto segnalano sintomi come la perdita di interesse per la vita, la mancanza di divertimento nelle attività normali, apprensione e poco sonno. Altri

sintomi sono pensieri persistenti di morte, dolore cronico inspiegabile, e scarsa concentrazione.

La depressione in età avanzata è spesso accompagnata da turbe della memoria che di solito diventano l'obiettivo principale dell'intervento medico, piuttosto che la malattia depressiva. Famiglia, amici e medici attribuiscono spesso i sintomi alla vecchiaia o alla demenza.

Il risultato è che la depressione può restare non diagnosticata e trattata per lungo tempo. I sintomi della depressione spesso diventano evidenti a fronte di domande precise, e tuttavia, l'anziano può negare che il problema possa essere la depressione. In casi estremi, la persona anziana può credere di avere una malattia incurabile tale da far insorgere un rischio di suicidio.

### **Sintomi della depressione**

I criteri del DSM-IV (Manuale diagnostico-statistico) per la **diagnosi di depressione**

Occorre che 5 o più dei seguenti sintomi siano stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane, con netto cambiamento della cenestesi almeno uno dei sintomi dev'essere costituito da **umore depresso o perdita di interesse o piacere**.

- a. **Umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto o come osservato da altri.
- b. Marcata **diminuzione di interesse o piacere** per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno.
- c. Significativa **perdita di peso**, in assenza di una dieta, o significativo **aumento di peso**, oppure **diminuzione o aumento dell'appetito**.
- d. **Insonnia o ipersonnia**.
- e. **Agitazione o rallentamento psicomotorio**.
- f. **Affaticamento o mancanza di energia**.
- g. Sentimenti di **autosvalutazione** oppure sentimenti eccessivi o inappropriati di colpa.
- h. Diminuzione della **capacità di pensare o concentrarsi**, o difficoltà a prendere decisioni.

- i. Ricorrenti **pensieri di morte**, ricorrente **ideazione suicida** senza elaborazione di piani specifici, oppure un **tentativo di suicidio** o l'elaborazione di un piano specifico per commettere suicidio.

**j.I comportamenti** che contraddistinguono la persona depressa sono l'evitamento delle persone e l'isolamento sociale, i comportamenti passivi, frequenti lamentele, e i tentativi di suicidio.

### 3. DEMENZA

Con il termine demenza si intende una malattia dell'encefalo, tipica dei soggetti anziani, ma non solo, che solitamente esordisce in modo subdolo e ha un andamento progressivo. La demenza causa una compromissione delle funzioni cognitive (come la memoria, il ragionamento, il linguaggio, la capacità di orientarsi e di svolgere compiti complessi) che è in grado di pregiudicare la possibilità di vivere in modo autonomo.

Spesso, oltre ai sintomi cognitivi compaiono anche alterazioni della personalità e del comportamento come ansia, depressione, ideazione delirante, allucinazioni visive, facile irritabilità, aggressività, insonnia, apatia, tendenza a comportamenti ripetitivi e senza scopo, alterazioni dell'appetito e talvolta modificazioni del comportamento sessuale.

Nelle fasi iniziali il deterioramento coinvolge le funzioni quotidiane più semplici come la capacità di gestire il denaro, la casa, assumere i farmaci, utilizzare i mezzi di trasporto.

Con la progressione della malattia viene successivamente persa anche la capacità di svolgere altre attività come curare l'igiene personale, vestirsi, lavarsi o muoversi e pertanto il paziente diventa non più autosufficiente.

Secondo il Rapporto OMS e ADI (*Alzheimer's Disease International*) del 2016 la **DEMENTIA**, nelle sue molteplici forme, è stata definita "**una priorità mondiale di salute pubblica**": "Nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8-anni.

**(Bib. 8) - Istituto Superiore di Sanità. Epidemiologie delle demenze**

La stima dei costi è di 604 miliardi di dollari all'anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. **(Bib. 9)**

Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica. A livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate. **(Bib.10)**

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica.

La popolazione femminile, che ha speranza di vita più alta, con il progredire dell'età vede una prevalenza maggiore della condizione di demenza rispetto alla popolazione maschile. **(Bib.12) – Ministero della Salute**

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali.

Il rapporto mondiale Alzheimer 2015, dal titolo “L’impatto globale della demenza: un’analisi di prevalenza, incidenza, costi e andamento dei dati”, sottolinea inoltre che il costo globale della demenza è destinato a raggiungere 1000 miliardi di dollari nel 2018 e che il 58% di tutte le persone con demenza vive attualmente in Paesi a reddito medio o basso.

Nel report, Alzheimer Disease International (Adi), che riunisce le Associazioni Alzheimer di tutto il mondo, tra cui la Federazione Alzheimer Italia, propone una serie di raccomandazioni tra cui la necessità di far diventare la riduzione del rischio di demenza una priorità esplicita nelle attività dell’Organizzazione mondiale della Sanità, includendo azioni chiare, collegate a obiettivi e indicatori specifici.

Per affrontare il problema delle demenze anche l’Italia si è allineata alle politiche in atto negli altri Paesi occidentali e si è dotata del “**Piano nazionale demenze**”, un importante atto di programmazione che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore delle demenze, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all’accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Il “**Piano nazionale demenze**” è stato promosso dal ministero della Salute con le Regioni, le Associazioni nazionali dei familiari e dei pazienti con demenza e con l’Istituto superiore di sanità (Iss); e nella seduta del 30 ottobre 2014, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha sancito l’accordo tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali.

**In Italia**, secondo le proiezioni demografiche, nel 2051 ci saranno 280 anziani per ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, e tra queste **le demenze**.  
**(Bib.13)**

Ma quanti sono i malati di Alzheimer in Italia ed in Alto Adige? L'ultimo "Rapporto Mondiale Alzheimer" del 2016 stima che in Italia le persone con demenza siano 1.240.000, in Alto Adige si stimano ad oggi circa 13.000 persone affette da demenza (dato dell'Associazione Alzheimer Alto Adige) e questi numeri sono destinati ad aumentare. Circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza di questi pazienti (caregiver), con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo.

La demenza è una sindrome clinica (insieme di segni e sintomi) dovuta ad una malattia che colpisce l'encefalo, cronica e progressiva che comporta l'alterazione profonda e il decadimento di:

- facoltà mentali quali la memoria, la capacità di ragionamento, il linguaggio e la capacità di riconoscere oggetti e persone;
- affettività ed emotività;
- comportamento e personalità

Tale sindrome pregiudica le normali attività sociali e lavorative del malato, con deterioramento della qualità di vita e perdita di autonomia.

Esistono diverse forme di demenza, **la più frequente è la malattia di Alzheimer**, che riguarda il 50% dei casi. Si tratta di una malattia progressiva che prende il nome da A. Alzheimer, il neuropsichiatra tedesco che nel 1906 descrisse per primo la malattia.

**La seconda in ordine di frequenza è la demenza vascolare**, dovuta all'arteriosclerosi cerebrale ed in particolare a lesioni cerebrali multiple provocate dall'interruzione del flusso di sangue (lesioni ischemiche). È importante sottolineare che questa forma di demenza può essere prevenuta attraverso un corretto controllo dei fattori di rischio, in particolare ipertensione arteriosa. Altre forme la demenza con corpi di Lewy, la frontotemporale, la vascolare e la malattia di Creutzfeldt-Jakob.

A tutt'oggi la malattia è inguaribile ma resta comunque curabile sia attraverso trattamenti farmacologici, che non bloccano il progredire della malattia ma che hanno benefici sui sintomi della malattia, sia non farmacologici. Per trattamenti non farmacologici si intendono gli accorgimenti relativi alla relazione con la persona malata e all'organizzazione dell'ambiente che la circonda.

Quest'ultimo aspetto è importantissimo, in quanto le persone con demenza mostrano a volte comportamenti di difficile gestione creando difficoltà a se stesso e al suo benessere

generale e, di conseguenza, anche ai caregivers familiari e/o professionali: queste difficoltà includono gli stati confusionali, il ritmo sonno-veglia disturbato, nervosismo crescente specie nelle ore serali, indifferenza, apatia.

Si ricercano trattamenti senza farmaci: una delle ricerche che va in questa direzione si chiama “GREAT - Get ready for activity – Ambient day scheduling with dementia”. Lo studio, sta sviluppando un approccio promettente tramite interventi con luce artificiale che potrebbero avere effetti positivi sulle fasi della veglia e del sonno e più in generale sul ritmo circadiano delle persone con demenza.

La luce ha difatti un impatto diretto sulle attività della corteccia cerebrale, sulla temperatura corporea e sulla frequenza cardiaca regolando anche la produzione di melatonina. La luce è il principale fattore responsabile della regolazione del nostro orologio circadiano che influenza il nostro umore e il controllo dei processi fondamentali che ci tengono in buona salute. Il trattamento terapeutico che verrà sviluppato dovrà essere in grado di adattare l’illuminazione affinché le persone malate vengano stimolate a svolgere attività varie della vita quotidiana.

Oltre ad un’illuminazione ottimale, il sistema GREAT integra anche l’utilizzo di suoni e di aromi al fine di alleviare alcuni sintomi come l’irrequietezza, l’apatia o i cambiamenti d’umore, che si verificano frequentemente nei pazienti affetti da demenza.

#### **4. DALLA DEPRESSIONE alla DEMENZA?**

Le cause della malattia sono fino ad oggi sconosciute; probabilmente l’origine è plurifattoriale, legata cioè a fattori genetici, ambientali o anche allo stile di vita.

Il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di malattia è l’età, soprattutto fra i 75 e gli 85 anni; tuttavia fra i centenari la malattia di Alzheimer sembra essere rara, al contrario possono esserne colpiti soggetti al di sotto di 75 anni.

Una persona con diagnosi di Alzheimer, che è la forma più comune di demenza, può anche sperimentare cambiamenti di umore o di comportamento.

L’Alzheimer iniziale e la depressione condividono molti sintomi, per cui può essere difficile anche per i medici distinguere tra i disturbi. Inoltre, molte persone con Alzheimer sono anche depresse.

La discrepanza tra le due condizioni può essere nelle capacità cognitive, nel comportamento, nel linguaggio e nelle capacità motorie:

- Nella depressione, il declino mentale è relativamente rapido, mentre nella demenza

avviene lentamente;

- La persona che soffre di depressione è generalmente orientata su ora, giorno, data, e sa dove è, mentre la persona con demenza è di solito confusa e disorientata, incline a perdersi in luoghi familiari;

- La persona depressa è consapevole dei problemi di memoria e ha difficoltà di concentrazione, mentre la persona che vive con demenza incontra difficoltà con la memoria a breve termine, e non è consapevole del problema. Non può ricordare gli eventi recenti, come quello che ha mangiato a colazione, o se l'ha fatta;

- Le capacità linguistiche e motorie sono lente, ma normali nell'anziano depresso, mentre nella persona con demenza sono compromesse le capacità di scrivere, di parlare, e quelle motorie.

A causa della sovrapposizione dei sintomi, può essere molto difficile discriminare se una persona ha la depressione, la demenza precoce o entrambe.

I segni più comuni della depressione sono ansia, tristezza, mancanza di appetito, passare più tempo a dormire, perdita di peso e agitazione. A volte la persona esprime pensieri dolorosi e sconvolgenti o fa commenti negativi come "Voglio morire", o "Sono così solo". Queste sono parole che segnalano depressione.

Proprio come il trattamento è importante per le persone solo con depressione, è altrettanto cruciale che le persone con Alzheimer e depressione si sottopongano a un trattamento per la depressione. Stabilire una diagnosi di depressione o demenza è cruciale prima di iniziare un trattamento.

### **Legame tra demenza e depressione negli anziani**

Nell'arco degli ultimi anni c'è stato un notevole mutamento nella considerazione dei sintomi depressivi degli anziani, si è passati da una visione pessimistica che li considerava come un aspetto insito nell'invecchiamento a un approccio che li ritiene l'espressione di una patologia indipendente da esso e per la quale possono essere messi in atto interventi terapeutici efficaci.

Il riconoscimento precoce, la diagnosi e l'inizio del trattamento della **depressione** negli **anziani** presenta varie opportunità di migliorare la qualità di vita, di prevenire la sofferenza o la morte prematura e di mantenere livelli ottimali delle funzioni e dell'autonomia.

La depressione può colpire soggetti di ogni età, ma la sua maggiore incidenza nella vecchiaia è spiegabile anche in considerazione dei lutti, dei traumi psichici e degli stress che

via via si accumulano nell'arco della vita. Oltre a ciò, spesso si associa una mancanza di risorse economiche e sociali, nonché l'inevitabile declino fisico. Il deterioramento del corpo è proprio uno dei motivi più frequenti nel determinare la **depressione**: l'**anziano** fatica ad accettare la perdita dell'autonomia, l'insorgenza di malattie, la trasformazione del proprio aspetto esteriore. La **depressione** negli **anziani** spesso può manifestarsi anche in forma "mascherata" mediante l'insorgenza di una sintomatologia algica al posto di quella psichica.

Il dolore psicogeno rientra nelle sindromi relativamente generalizzate e viene definito come dolore di origine psicologica. All'interno di questa categoria sono descritte tre sottoclassi.

***Dolore muscolo tensivo***: dolore virtualmente continuo in qualsiasi parte del corpo causato da contrattura muscolare prolungata e provocato da cause emotive o da eccessivo impiego di certi muscoli.

***Dolore da delirio o allucinatorio***: dolore di origine psicologica attribuito dal paziente a una particolare causa delirante.

***Dolore isterico, da conversione o ipocondriaco***: dolore specificamente attribuibile allo stato mentale, emotivo o alla personalità del paziente in assenza di cause organiche, deliri o meccanismi tensivi.

In alcuni casi il confine tra **demenza** e **depressione** è spesso incerto. Sebbene la relazione tra **demenza** e **depressione** sia stata oggetto di ricerche nel campo della psichiatria geriatrica negli ultimi decenni, le considerazioni cliniche sono in continua evoluzione.

Le attuali conoscenze in quest'area sono iniziate con i lavori di Roth (1955) e Post (1962) che hanno postulato che **demenza** e **depressione** costituiscono due disturbi separati e distinti. La difficoltà nel distinguerli è stata enfatizzata da Kiloh, che ha ripreso nel 1961 il termine introdotto da Madding (1952) di **pseudodemenza** con il quale descrive un quadro clinico caratterizzato da una sintomatologia sovrapponibile a quella della **demenza primaria**, ma in realtà secondario a **depressione** e solitamente reversibile.

La diagnosi di **pseudodemenza** si basa sull'assenza del substrato organico specifico della **demenza** e sulla reversibilità della demenza stessa. La diagnosi differenziale tra le fasi iniziali della **demenza** e un **disturbo depressivo** ad insorgenza tardiva può risultare difficile per la contemporanea manifestazione sia di sintomi cognitivi, come deficit mnesici e la scarsa concentrazione, sia di altri sintomi, quali l'apatia, il ritiro sociale e la scarsa energia.

Più recentemente le conoscenze tra **demenza e depressione** propendono verso l'evidenza che la **depressione** con sintomi cognitivi reversibili possa costituire un prodromo per la **demenza**, piuttosto che un distinto e separato disturbo. Un'altra possibilità è che la **depressione** possa costituire un fattore di rischio per la **demenza**.

L'importanza della **depressione** in corso di **demenza** è sottolineata dalle sue conseguenze. Poiché la **depressione** costituisce una condizione potenzialmente reversibile, il suo trattamento potrebbe evitarle. Le sue conseguenze sono un peggioramento della qualità di vita, una maggior compromissione nelle attività giornaliere, una maggior predisposizione a sviluppare disturbi fisici, una precoce istituzionalizzazione e un maggior peso a carico dei caregivers.

La frequente coesistenza tra le due condizioni ha stimolato la formulazione di diverse ipotesi sulla loro possibile associazione.

Una di queste è: la **depressione** come espressione del **processo demenziale**. Secondo questa ipotesi la **depressione** apparirebbe non come una sindrome autonoma, patogenicamente distinta dalla **demenza di Alzheimer** come richiesto dalla comorbilità, ma come una costellazione di sintomi, espressione dello stesso danno biologico che sottende il **processo demenziale** o i meccanismi biochimici correlati. Sono state avanzate due possibili spiegazioni la correlazione tra **sintomi depressivi** e **sintomi cognitivi**:

1. La prima è che la **depressione** possa rappresentare un prodromo della **demenza**, piuttosto che un disturbo distinto, che può precedere anche di molto tempo l'esordio del deficit conclamato. In altri termini, alcuni pazienti potrebbero essere portatori di una **demenza subclinica** in cui la **depressione** transitoria agirebbe come sorta di rilevatore precoce dell'affezione sottostante. Un possibile meccanismo risiederebbe nella perdita di neuroni noradrenergici, riscontrabile sia nella **demenza di Alzheimer** che nella **depressione**.

2. La seconda è che la **depressione** agisca come fattore di rischio per un'**evoluzione demenziale**. All'interno di quest'ottica esaminiamo altre possibili spiegazioni per l'associazione di demenza e depressione:

- **Depressione** come reazione alla compromissione cognitiva: la **depressione** può anche essere considerata come una reazione al processo **demenziale**, legata alla

consapevolezza nei primi stadi della **demenza** da parte del soggetto delle difficoltà cognitive ingravescenti.

- **Depressione** come soglia: questa ipotesi propone che la **depressione** non agisca direttamente sul processo patologico della **demenza** ma piuttosto sulla soglia per la sua manifestazione. La **depressione** comporta, infatti, deficit cognitivi e motivazionali che si aggiungono a quelli esistenti nelle fasi iniziali della **demenza** e che conducono alla manifestazione clinica di quest'ultima.
- Depressione come un'entità clinica indipendente dal **processo demenziale**: per poter usare correttamente il concetto di comorbilità, le sindromi in causa devono essere reciprocamente distinguibili dal punto di vista patogenetico. Secondo alcuni autori le modificazioni neurochimiche che si accompagnano ai quadri di **depressione maggiore** nel contesto di una **demenza primaria** sono qualitativamente diverse da quelle associate alla **demenza**, corroborando così i criteri diagnostici del DSM-5 per **depressione maggiore in demenza primaria**. Alcuni autori, seguendo un criterio ex adiuvantibus (diagnosi supportata da un tempo di remissione della patologia in seguito ad un dato trattamento), sottolineano che la **sintomatologia depressiva** nel demente risponde spesso all'uso della terapia antidepressiva suffragando tale ipotesi. Infatti, se i **sintomi depressivi** appartenessero al **quadro demenziale**, la risposta tenderebbe ad essere assente e solo un eventuale trattamento del disturbo cognitivo potrebbe risolvere la sindrome affettiva. È stato postulato che la **depressione maggiore** nella **demenza di Alzheimer** si associ ad una preesistente vulnerabilità al disturbo dell'umore non espressa in precedenza, **slatentizzata** dalle modificazioni cerebrali in corso di **demenza primaria**.

Il paziente **depresso** è molto dettagliato nel presentare le proprie difficoltà e incapacità, non fa nessun tentativo per risolvere i problemi mnesici e appare triste quando si confronta con situazioni che lo mettono in difficoltà. La perdita degli interessi e l'anedonia (incapacità di un paziente di provare piacere) sono globali, il rallentamento riguarda tutte le abilità e l'intensità dei disturbi lamentati non è correlata al disturbo cognitivo effettivo.

Nella **demenza** il soggetto, invece, è poco lamentoso, tende a sminuire le proprie incapacità, cerca in ogni modo di sopperire ai deficit mnesici e rimane indifferente di fronte a situazioni che possono metterlo in difficoltà. Sono assenti i sintomi vegetativi tipici della **depressione** e vi è un rapporto diretto tra disturbi cognitivi manifesti e comportamento.

Per fare diagnosi differenziale è necessario valutare longitudinalmente sia i **sintomi depressivi** che le funzioni cognitive. Le scale più utilizzate per valutare il tono dell'umore nell'**anziano** sono la GDS, la HAM-D e la Cornell Depression Scale.

La diagnosi differenziale della **pseudodemenza depressiva** dalla **demenza primaria** è fondamentale in quanto la prima, se opportunamente riconosciuta, curata e trattata, costituisce solitamente un disturbo reversibile. [Elisabetta Pellegrini - OPEN SCHOOL studi cognitivi Bolzano]

### GDS - Geriatric Depression Scale (forma breve)

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

## **5. ALTRI STUDI e IPOTESI (Prof. Osvaldo Almeida dell'University of Western Australia)**

### **Depressione come primo segnale della demenza:**

Lo studio guidato dal professore Osvaldo Almeida dell'University of Western Australia e pubblicato su *Translational Psychiatry* ha confermato la tesi secondo la quale la patologia depressiva rappresenta uno dei principali fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza della demenza. In particolare lo studio è iniziato in seguito a tentativi di cure attraverso antidepressivi che non avevano alcun effetto sulla riduzione del rischio di demenza. La ricerca ha coinvolto circa 12.000 mila uomini con un'età compresa tra i 64 e gli 84 anni che vivevano a Perth nel 1996.

Dopo alcuni anni, i ricercatori hanno chiesto ai soggetti coinvolti di riportare episodi relativi a disturbi dell'umore. Lo studio, durato circa 9 anni, ha permesso di riconoscere nella depressione uno dei sintomi di un declino cognitivo. I ricercatori inoltre hanno specificato che episodi di depressione in età giovanile o durante la mezza età possono concorrere a modulare il pericolo di soffrire di demenza in età avanzata mentre quella che insorge in questa fase è invece un segnale tipico del processo neurodegenerativo.

Per gli anziani malati di Alzheimer è fondamentale quindi un trattamento che colpisce non solo i sintomi comuni della patologia ma anche terapie specifiche per trattare i sintomi legati ai disturbi depressivi.

### **Quando si manifesta il sintomo**

Il docente di neurologia dell'Università di Genova Prof. Massimo Tabaton, ha commentato la ricerca affermando che “sebbene episodi depressivi durante la propria vita non necessariamente aumentano notevolmente il rischio di sviluppare la malattia”, condivide l'esito della ricerca che indica la depressione come uno dei sintomi della demenza aggiungendo inoltre che “tali segnali si possono presentare nella persona anziana già due o tre anni prima, specialmente nei soggetti che non hanno mai sofferto di depressione”.

Secondo il professore il sintomo si presenta addirittura prima di uno dei più comuni segnali Alzheimer, ovvero la perdita di memoria. In particolare, la zona del cervello colpita in questo processo di degenerazione è il lobo frontale, la parte che permette all'uomo di fare progetti. Tabaton specifica anche che la depressione che insorge come sintomo di demenza è diversa da quella pura ma che è complicato distinguerle a causa dei tanti fattori comuni. Ad esempio nei casi di depressione maggiore si registra anche una notevole riduzione della memoria, sintomo che è possibile trovare anche nell'Alzheimer.

Sono diverse le due depressioni, quella pura e quella segnale di un calo cognitivo?. Distinguerle è molto difficile, anche perché nella depressione maggiore c'è una diminuzione della memoria, tant'è che un tempo la si chiamava pseudo-demenza. Il prof. Tabaton alla domanda “Un segnale diverso dà risposte diverse agli antidepressivi?” No, gli antidepressivi si dimostrano efficaci in tutti e due tipi di depressione». Solo il tempo chiarirà se quel disturbo angoscioso, battuto dagli antidepressivi, era un sintomo prodromico dell'Alzheimer.

Tuttavia, il professore afferma che è necessario, in entrambe le tipologie di depressione, iniziare terapie con antidepressivi.

Ancora da tenere presente il **rapporto tra presenza di luce e livello di serotonina**. In precedenza, ho già accennato al GREAT - Get ready for activity che si occupa di trattamenti senza farmaci.

**Depressione stagionale: il buio «imprigiona» la serotonina, è il meccanismo, più forte d'inverno, che impedisce di agire al “neurotrasmettitore del buonumore”. Le donne molto più colpite.**

Perché c'è chi cade nella tristezza quando arriva la stagione autunnale e ancora più dopo, mentre il buio avanza e la luce si fa breve? Il fenomeno è noto, si parla di *Winter Blues*, malinconia invernale o, scientificamente, di **Sad** che vuol dire “triste”, ma nasce dalle iniziali di *Seasonal affective Disorder*, **disturbo dell'umore stagionale**. C'entra, sembra, il “trasportatore della serotonina”, ovvero di un neurotrasmettitore molto legato all'umore (in positivo), che agirebbe in modo diverso nella bella e nella brutta stagione.

## **IL BUIO DEL NORD**

Così afferma il Prof. Giuseppe Maina «Non a caso questo studio è danese, **nei paesi del Nord Europa**, dove in inverno il buio occupa così tanta parte delle giornate, **il problema è molto più grave** che da noi». I ricercatori di Copenaghen calcolano in **1 su 6 le persone predisposte al Sad** in Scandinavia, a Glasgow o a Mosca, mentre le statistiche alle nostre latitudini parlano di 1-2 su 10. E con forme spesso meno gravi. “**Anche in Italia** si coglie una **leggera differenza tra sud e nord**, a sfavore del nord “.

Aggiunge: «Ne soffrono molto più le donne degli uomini». È una depressione che va curata? «Certo, come le altre. In questo tipo di depressione **la cura di elezione è la *light therapy***, che è molto in uso nei paesi nordici». Mentre da noi si fa in pochissimi centri.

## 6. ANSIA E DEPRESSIONE NEI PAZIENTI POST COVID-19

Pubblicato il 04 agosto 2020

### **Uno studio del San Raffaele mostra per la prima volta le ripercussioni a medio termine che COVID-19 può lasciare sui pazienti dal punto di vista psichiatrico.**

Uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *Brain, Behavior and Immunity* e coordinato dal professor Francesco Benedetti, psichiatra e Group leader dell'Unità di ricerca in Psichiatria e psicobiologia clinica, ha descritto e riportato per la prima volta al mondo **le conseguenze di COVID-19 a livello psichiatrico**, con patologie quali disturbo post traumatico da stress, ansia, insonnia e depressione.

“È apparso chiaro da subito che l'**infiammazione causata dalla malattia** potesse avere **ripercussioni anche a livello psichiatrico**. Infatti, gli stati infiammatori (anche in conseguenza a infezioni virali) possono costituire dei fattori di rischio per diverse patologie, in particolare la depressione” afferma il professor Benedetti.

### **Lo studio del San Raffaele**

Lo studio è stato condotto su 402 pazienti (265 uomini e 137 donne) nell'ambito dell'ambulatorio di follow-up (FU) post COVID-19 che il San Raffaele ha attivato lo scorso maggio.

Sulla base di interviste cliniche e questionari di auto-valutazione, **sono stati esaminati i sintomi psichiatrici** dei pazienti COVID-19 a un mese di follow-up, dopo il trattamento ospedaliero. Di questi circa 300 erano stati ricoverati presso il San Raffaele e 100 erano stati seguiti al proprio domicilio.

### **I risultati dello studio**

Nel complesso, i pazienti con una precedente diagnosi psichiatrica sono peggiorati e il 56% dei partecipanti allo studio ha manifestato **almeno uno di questi disturbi, in proporzione alla gravità dell'infiammazione** durante la malattia:

- disturbo post-traumatico da stress nel 28% dei casi;

- depressione nel 31%;
- ansia nel 42%;
- insonnia nel 40%;
- sintomatologia ossessivo-compulsiva nel 20%.

## **COVID-19 ed effetti di genere**

Tra chi non ne era mai stato affetto, in particolare **sono le donne ad aver sofferto di più** per l'ansia e la depressione, nonostante la minore gravità dell'infezione.

“Questo conferma quello che già sapevamo, ossia la maggior predisposizione della donna a poter sviluppare disturbi della sfera ansioso-depressiva, e ci conduce a ipotizzare che questa maggiore vulnerabilità possa essere dovuta anche al diverso funzionamento del sistema immunitario nelle sue componenti innate ed adattive”, commenta Benedetti.

## **Effetti psichiatrici e isolamento sociale**

Sono state riscontrate **ripercussioni psichiatriche meno gravi nei pazienti ricoverati in ospedale** rispetto ai pazienti ambulatoriali. Da qui, il ruolo e l'importanza del supporto sanitario nel diminuire l'isolamento sociale e la solitudine tipiche della pandemia.

In generale, infatti, le conseguenze psichiatriche da COVID-19 possono essere causate sia dalla risposta immunitaria al virus stesso, sia da fattori di stress psicologico come l'isolamento sociale, la preoccupazione di infettare gli altri e lo stigma.

## **Effetti a lungo termine: l'obiettivo della ricerca**

“Questo studio è solo il primo di molti altri che si propongono di indagare l'impatto psicopatologico di COVID-19.

## **7. IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE e IL PIANO NAZIONALE DEMENZE**

Il 30 ottobre 2014 è stato raggiunto l'**accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano**, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante **“PIANO NAZIONALE DEMENZE - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”** che, puntando a una gestione integrata e multidisciplinare del problema, intende fornire indicazioni strategiche per migliorare e uniformare la qualità dell’assistenza erogata in Italia: dalle terapie specialistiche al sostegno e all’accompagnamento del malato e dei caregiver, durante tutto il percorso di cura.

In questo complesso scenario si colloca l’operato del **Medico di Medicina Generale**, fondamentale per l’applicazione degli obiettivi del Piano, **in collaborazione con lo specialista**.

Nella presa in carico del malato di demenza, dal riconoscimento dei primi sintomi al trattamento a lungo termine, il **Medico di famiglia** è una figura cruciale all’interno della rete integrata di servizi sul territorio. **A lui è dedicato il progetto di formazione itinerante “Piano Nazionale Demenze”**.

**Obiettivo:** raggiungere i Medici di Medicina Generale, per “formarli” a un corretto approccio diagnostico-terapeutico al problema.

“La complessità della sfida alle demenze e la loro crescita esponenziale, legata all’aumento dell’aspettativa di vita, rendono necessario strutturare sul territorio interventi assistenziali appropriati e precoci, che richiedono un’adeguata preparazione da parte del personale sanitario”, spiega il Prof. Marco Trabucchi, Presidente dell’Associazione Italiana Psicogeriatria.

**Il Piano Nazionale Demenze** costituisce il primo tentativo di dare al nostro Paese una guida unitaria per affrontare una priorità mondiale di salute pubblica. È un punto di partenza di grande significato, perché coinvolge gli operatori a tutti i livelli, comunicando ai cittadini un impegno diffuso da parte della comunità. Per questo motivo, l’Associazione Italiana Psicogeriatria intende dar vita a un’intensa attività formativa, volta a presentare il Piano ai Medici di Medicina Generale, aumentare la loro consapevolezza sul problema demenze e

coinvolgerli nella rete assistenziale integrata, dove rappresentano una figura centrale: sono infatti il primo riferimento sul territorio per il paziente e i caregiver.

Il loro ruolo è essenziale per riconoscere tempestivamente i sintomi, portare la famiglia alla coscienza del bisogno di un intervento, intercettare i casi da avviare ai Centri specialistici e supportare l'assistito e i suoi familiari lungo tutta la storia naturale della malattia, in un percorso condiviso con lo specialista”.

## **ALCUNI PUNTI DEL PIANO NAZIONALE DEMENZE**

Obiettivi ed azioni prioritari

**Obiettivo 1:** Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria:

Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce;

**Obiettivo 2:** Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva

2.1. Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.)

2.2. la messa in rete delle professionalità necessarie all'approccio multidisciplinare e multidimensionale, garantendo la disponibilità delle figure professionali indispensabili (MMG, geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore sociosanitario, etc.);

**Obiettivo 3**

3.2 Formazione e aggiornamento:

3.2.1 Promozione di un adeguamento dei percorsi di formazione specialistica in Medicina Generale organizzati ed attivati dalle Regioni;

3.2.2 Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e sociosanitari

3.2.3 Promozione di occasioni formative in collaborazione con le associazioni dei familiari che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali sociosanitarie e dei familiari/caregivers informali;

## 8. ANTIDEPRESSIVI: UN IMPIEGO RAZIONALE

La depressione rappresenta un disturbo relativamente frequente in età avanzata, ma viene spesso sottodiagnosticata e sottotrattata per una serie di fattori di ordine clinico e culturale, quali, ad esempio, il ritenere che la tristezza sia connaturata alla vecchiaia, che l'impiego di antidepressivi (AD) negli anziani sia rischioso.

### **Il trattamento con antidepressivi**

Un primo aspetto da considerare, quando si inizia una terapia antidepressiva nel paziente anziano, è senza dubbio un coinvolgimento del paziente stesso e dei suoi familiari nel trattamento. Anche in questo caso, come in molti altri in campo medico, diventa basilare una corretta informazione non soltanto sul tipo di terapia, ma anche sul significato della stessa. Purtroppo, persistono ancora molti pregiudizi ed informazioni distorte sugli psicofarmaci e sul risultato di un loro utilizzo. Il farmaco antidepressivo viene talora inteso come sinonimo di tossicità, di dipendenza, di riduzione di vigilanza o peggio ancora come dannoso per il cervello.

Sulla base di questi presupposti, è chiaro che la terapia farmacologica possa venire accettata malvolentieri e considerata solo accessoria, con comprensibili ricadute sulla *compliance*. Sarà perciò fondamentale un intervento psico-educazionale che consista, innanzitutto, nel far comprendere al paziente ed alla famiglia che la depressione è una malattia curabile, non solo in termini di supporto di tipo psicologico, ma anche di intervento medico. Il concetto che la malattia depressiva nell'anziano sia un evento ineluttabile e scontato, come reazione di fronte ai tanti eventi di perdita, alla riduzione di autonomia o all'incedere dell'età, ha spesso portato a non considerare l'opportunità di un trattamento con AD. Tuttavia, sarà importante chiarire che, indipendentemente dall'eziologia, una depressione che persista nel tempo rappresenta sempre un elemento patologico che può influenzare negativamente non soltanto la sfera psichica o la qualità di vita del paziente, ma anche la sfera somatica, aggravando eventuali patologie mediche concomitanti.

Una corretta informazione a pazienti e familiari dovrà poi essere completata specificando come una terapia antidepressiva comporti una certa latenza d'azione (almeno 3-4 settimane): molto spesso, infatti, l'aspettativa del paziente di ottenere risultati immediati, parallelamente al timore di una dipendenza da AD e a possibili effetti indesiderati precoci, porta a sospensioni incongrue della terapia. Oltre a sottolineare che gli AD non inducono dipendenza, sarà ancora più importante far comprendere come il trattamento antidepressivo

non debba essere interrotto dopo la risoluzione dell'episodio, ma anzi continuato anche per lunghi periodi di tempo, onde evitare l'elevato rischio successivo di ricadute.

### ***Problemi generali di ordine farmacologico***

Nell'ottica di un intervento psicofarmacologico non vanno trascurate modificazioni biologiche legate all'età, corrispondenti ad una ridotta capacità funzionale dell'organismo, che si manifestano con una elevata variabilità interindividuale e, nello stesso soggetto, con diverso interessamento di vari organi e apparati.

Peraltro, la riduzione del flusso ematico del fegato può determinare un globale incremento dell'emivita di tutti i farmaci, indipendentemente dalle loro vie cataboliche. Allo stesso modo possono influire le modificazioni del volume di distribuzione del farmaco, che nell'anziano dipendono da problemi vascolari

L'eliminazione del farmaco è inoltre influenzata dalla riduzione del flusso ematico renale, del filtrato glomerulare e della funzionalità tubulare: anche tali parametri possono concorrere ad aumentare l'emivita di una sostanza.

Tali dati giustificano le frequenti risposte anomale dell'anziano alla terapia psicofarmacologica e l'ipersensibilità agli effetti indesiderati dei farmaci.

Inoltre, la presenza di politerapie può portare da un lato alla riduzione di compliance, dall'altro ad una riduzione di tollerabilità ed efficacia degli psicofarmaci, con conseguente aumento del rischio di interazioni farmacologiche importanti.

### ***Criteri d'impiego razionale degli AD***

Non esistono a tutt'oggi regole univocamente condivise per il trattamento con AD nella popolazione anziana, anche se si vanno delineando alcune linee generali di comportamento

#### **Trattamento con Antidepressivi nell'anziano**

- **Indicazioni**
- **Obiettivi**
- **Scelta del farmaco**
  - ✓ **Efficacia**
  - ✓ **Tollerabilità**
  - ✓ **Interazioni**
- **Dosaggi**
- **Durata**

### **a) Indicazioni per il trattamento farmacologico**

La decisione di trattare farmacologicamente un paziente anziano che presenta un episodio depressivo deve essere presa in base alla gravità delle manifestazioni cliniche. Va tenuto presente che, a differenza di quanto si verifica con i soggetti giovani, negli anziani le depressioni di media gravità rispondono al trattamento con i farmaci AD alla stregua delle forme più gravi, a riprova del fatto che la depressione senile è un'entità clinica diversa o almeno che necessita di una diversa valutazione rispetto alle forme depressive adulto-giovanili.

Si è inoltre osservato che non esiste una soglia critica di gravità della sintomatologia depressiva, in quanto la capacità funzionale è linearmente correlata con la gravità della sintomatologia.

### **b) Obiettivi del trattamento**

**1. Remissione dei sintomi.** Il trattamento della depressione nell'anziano deve avere come obiettivo la completa risoluzione di tutti i sintomi della depressione. I sintomi residui, rappresentano infatti un fattore di rischio di cronicizzazione e predispongono all'insorgenza di malattie somatiche. I pazienti con sintomi residui tendono inoltre a guarire con maggiore difficoltà in caso di malattie somatiche.

**2. Recupero dell'autonomia funzionale.** Nei criteri diagnostici della Depressione Maggiore è previsto che i sintomi siano sufficientemente severi da interferire con le attività sociali e lavorative quotidiane del paziente. Dal momento che, anche nella Depressione Minore e sotto soglia si osserva una riduzione delle capacità funzionali, il ripristino della funzionalità fisica, sociale ed occupazionale dell'anziano depresso rappresenta l'obiettivo primario dei trattamenti.

**3. Prevenzione delle recidive e della cronicizzazione.** La prevenzione delle recidive e della cronicizzazione è uno degli obiettivi primari del trattamento della depressione. Occorre sottolineare che un non ottimale controllo terapeutico dell'episodio acuto e/o una inadeguata continuazione del trattamento sono elementi che contribuiscono al fatto che nell'anziano la frequenza di recidive risulta superiore al 50%.

**4. Controllo dei cofattori depressogeni.** Il trattamento della depressione deve costituire anche l'occasione per intervenire su tutti quei fattori iatrogeni, fisici e sociali che possono agire da cofattori depressogeni. In particolare andranno considerate le terapie concomitanti,

lo stato di nutrizione e l'alimentazione, le malattie somatiche e il contesto sociale nel quale il paziente vive.

### *c) Scelta del farmaco*

Prima ancora di optare per uno specifico composto si deve tenere in considerazione la storia clinica del singolo paziente: una corretta anamnesi psicofarmacologica potrà individuare un antidepressivo al quale vi sia stata una risposta positiva in passato: in tal caso dovrebbe venire impiegato il medesimo farmaco, tranne in casi in cui siano subentrate, nel tempo, controindicazioni all'impiego dello stesso. La storia clinica può, analogamente, evidenziare intolleranze a uno o più AD. Sulla base delle evidenze scientifiche accumulate negli ultimi 30 anni, i farmaci AD che presentano un miglior rapporto rischio/beneficio, sia pur nell'ambito di una eterogeneità intra- ed inter-classe, sono i composti di II generazione.

***Efficacia.*** La scelta in base all'efficacia terapeutica non può rappresentare il solo criterio, dal momento che pressoché tutte le classi di AD dispongono di un'ampia documentazione scientifica che ne conferma la potenzialità antidepressiva.

Recenti metanalisi degli studi randomizzati e controllati (RCT) hanno documentato che i composti di I e di II generazione sono superiori al placebo ed equivalenti tra di loro nell'indurre la remissione di episodi depressivi maggiori. I risultati degli RCT che documentano l'efficacia degli AD nella fase acuta della depressione dell'anziano riportano tassi di risposta variabili dal 50% al 70%, rispetto al 30% del placebo. L'interpretazione dei dati di letteratura non può non tenere conto di alcuni problemi metodologici che ne riducono l'applicabilità nella pratica clinica quotidiana.

Anzitutto, la maggior parte degli studi clinici risultano effettuati su pazienti di età compresa tra 55 e 65 anni, mentre pochissime informazioni sono disponibili per quanto riguarda i soggetti di oltre 80 anni.

Inoltre, i pazienti descritti negli studi clinici sono solitamente selezionati in modo da essere liberi da malattie somatiche e da terapie farmacologiche concomitanti. In altri termini, essi costituiscono un campione non rappresentativo della popolazione anziana depressa che si incontra nella pratica clinica.

***Terapia farmacologica della depressione psicotica.*** I pazienti con depressione psicotica (La depressione psicotica è una forma grave di depressione in cui ai classici sintomi della depressione maggiore si associano sintomi tipici della psicosi) rispondono in modo insoddisfacente al trattamento con soli AD. In studi randomizzati controllati effettuati su

adulti giovani è stata documentata la maggior efficacia di una terapia combinata con AD tricyclici ed antipsicotici tradizionali. Questa combinazione sembra non essere così efficace nei soggetti anziani.

**La depressione resistente.** Una problematica particolare può essere rappresentata dai pazienti che non rispondono alla terapia di prima linea, con i quali è utile seguire alcune linee generali di condotta terapeutica.

Dopo aver verificato che il farmaco sia stato assunto regolarmente e nei dosaggi adeguati, per un periodo di tempo di almeno 4 settimane, si potrà valutarne la risposta in termini di efficacia. Se quest'ultima risulterà assente o non soddisfacente, sarà molto improbabile che un prosieguo del trattamento conduca a risultati migliori. In tal senso, prima ancora di optare per un cambiamento del farmaco, sarà opportuno verificare che non siano presenti fattori di resistenza agli antidepressivi, eventualità non rara nel paziente anziano.

È il caso, ad esempio, della copresenza in terapia di farmaci potenzialmente depressogeni, come benzodiazepine a dosi incongrue.

L'ottimizzazione del dosaggio rappresenta il primo provvedimento da adottare, adeguando le dosi al livello superiore del range terapeutico. In caso di ulteriore inefficacia successive opzioni sono quelle di un passaggio ad un composto di classe diversa (ad es. un farmaco SNRI al posto di un SSRI), tenendo presente che tutte queste strategie sono poco supportate in letteratura e comportano il rischio di incremento di effetti indesiderati e/o interazioni farmacologiche.

In ogni caso, di fronte ad una resistenza ad un primo trattamento sarà opportuna un'attenta revisione dell'anamnesi psicofarmacologica, ed eventualmente della diagnosi, per individuare fattori di resistenza già citati precedentemente.

**Tollerabilità e sicurezza.** Risulta ormai assodato come la scelta del farmaco antidepressivo debba basarsi, anche e soprattutto sul diverso profilo di tollerabilità e sicurezza e sulle possibili interazioni farmacologiche. È prassi comune ormai nota il cercare di evitare nell'anziano l'impiego di farmaci antidepressivi di vecchia generazione.

L'orientamento moderno nella terapia antidepressiva dell'anziano è indirizzato verso l'impiego di molecole a più bassa collateralità, quali i farmaci di II generazione, in particolare gli SSRI e gli SNRI. La buona tollerabilità, associata al fatto che la maggior parte di questi composti può essere somministrato in monodose giornaliera, facilitando ulteriormente l'adesione del paziente, rende tali classi di prima scelta nell'anziano.

Gli effetti collaterali più frequenti in età geriatrica sono quelli di tipo gastroenterico (nausea, mancanza di appetito, gastralgie, raramente vomito e diarrea), che compaiono nel 20-30% dei pazienti e risultano abitualmente **transitori**.

La collateralità cardiovascolare comprende un aumento, solitamente lieve, della frequenza cardiaca, ed un incremento persistente della pressione arteriosa, dose-dipendente.

### ***Dosaggi***

Data la particolare sensibilità degli anziani agli effetti indesiderati degli AD, è opportuno seguire il principio generale che raccomanda di utilizzare all'inizio dosi basse e di incrementarle gradualmente dopo 4-7 giorni. Tale prassi appare indispensabile nel caso si usino i nuovi AD per i quali una titolazione graduale evita la comparsa di effetti indesiderati (es. nausea, sonnolenza, irritabilità), che compaiono prima dell'effetto terapeutico e che possono essere motivo di dropout precoci. L'individualizzazione del dosaggio durante la fase acuta deve sempre avvenire nell'ambito della dose terapeutica indicata per ciascun farmaco antidepressivo.

#### ***d) Durata del trattamento***

Negli ultimi anni le evidenze scientifiche hanno portato in generale ad un prolungamento dei tempi di trattamento, in specie in caso di recidive. Pazienti anziani, con risoluzione della sintomatologia di un episodio depressivo maggiore, che avevano continuato la terapia antidepressiva hanno infatti mostrato, in uno studio longitudinale di due anni, una riduzione di 2 volte e mezzo del rischio di ricaduta rispetto a quelli che l'avevano interrotta. Anche il dosaggio degli antidepressivi si è dimostrato importante..

È opinione condivisa che la durata del trattamento debba essere correlata al numero, durata e gravità degli episodi depressivi. Dopo la risoluzione quanto più completa dell'episodio depressivo, la terapia proseguirà con una fase cosiddetta di mantenimento, volta a prevenirne le recidive. In caso di un primo episodio depressivo, in assenza di precedenti anamnestici e di familiarità sarà indicato un trattamento per almeno un anno.

Di solito vengono consigliati trattamenti di 2-3 anni se vi sono stati due episodi depressivi in età avanzata, mentre in caso vi siano stati 2 o più episodi depressivi, ma siano presenti anche fattori di rischio significativi la durata di trattamento prevista si allunga a 3 o più anni, o addirittura a tutta la vita.

È importante sottolineare come durante il trattamento a lungo termine sia consigliato mantenere i dosaggi impiegati nella fase acuta, in quanto è stato dimostrato che una loro riduzione nella fase di mantenimento corrisponda ad una riduzione di efficacia nella prevenzione delle ricadute.

### ***Conclusioni***

La terapia farmacologica antidepressiva in fascia geriatrica presuppone una corretta individuazione diagnostica, oltre ad un'accurata indagine anamnestica psicopatologica, somatica e farmacologica.

Un riconoscimento precoce della depressione consentirebbe interventi risolutivi ed efficaci, evitando cronicizzazioni di malattia che purtroppo sono ancora molto frequenti, soprattutto per la tendenza a procrastinare od a considerare secondario nell'anziano un intervento medico psichiatrico, a fronte magari di altre problematiche somatiche apparentemente più urgenti. Le dinamiche e le metodiche di intervento farmacologico richiedono una particolare cautela, attenzione ed esperienza individuale, che devono integrare le linee guida ed i dati di letteratura.

Ogni persona anziana ha, infatti, una storia individuale che ne tipizza il quadro clinico e che richiede, di volta in volta, un atteggiamento terapeutico mirato, che includa, per un risultato ottimale, la valutazione di tutte le variabili somatiche, relazionali ed ambientali in gioco.

## BIBLIOGRAFIA

- DE BEAUVOIR S. “*La terza età. Einaudi*”. Ed. Torino, 1970;
- BORTOLOMIOL E., (2008) *Gentlecare:” L’approccio assistenziale alla persona con demenza.”*;
- G. GAMBINA, C. PASETTI.: “*Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze: dalla clinica alla bioetica.*” Edizioni libreria Cortina Verona;
- FASSINO S., e al. (2006). “*Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile*”. Rivista di Psicologia Individuale;
- MARTINI M., C., BROGGIO E., SALA F., (2008) “*Il sostegno psicologico al familiare e al caregiver*”;
- BELLANTUONO C, VAMPINI C, BALESTRIERI M. “*Psicofarmacoterapia delle sindromi depressive.* In: *Gli Psicofarmaci. Farmacologia e Terapia* (ed. C. Bellantuono e M. Balestrieri). 1997; Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;
- VAMPINI C, DE VREESE LP, SCOCCO P. *Farmacoterapia.* In “*Counselling psicologico e psichiatrico nelle case di riposo*”. A cura di P. Scocco & M. Trabucchi, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007;
- VAMPINI C, BELLANTUONO C. “*L’uso degli psicofarmaci negli anziani*”;
- ERIK H. ERIKSON. “*I cicli della vita. Continuità e mutamenti*”. Armando Ed. Roma;
- ERIK H. ERIKSON, JOAN M. ERIKSON e al. “*Coinvolgimenti vitali nella terza età*”. Armando Ed. Roma, 1997;
- JUNG CARL GUSTAV: “*Gli stadi della vita*”. Opere (1930-31) Boringhieri Edit., Torino;
- GALIMBERTI U.: *Il corpo.* Feltrinelli Ed. Milano, 1983;
- PLOTON LOUIS. “*La persona anziana. L’intervento medico e psicologico. I problemi delle demenze*”. Raffaello Cortina Ed. Milano, 2003;
- ROZZINI, TRABUCCHI M: “*Terapia geriatrica. Linee guida ospedaliere.* Milano, Utet,1999;
- HILLMAN J. “*Le storie che curano*”. Milano, Raffaello Cortina, 2002;
- ELISABETTA PELLEGRINI: *OPEN SCHOOL STUDI COGNITIVI Bolzano:*  
<https://www.stateofmind.it/2017/02/demenza-e-depressione-negli-anziani/>
- ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA, “*Il trattamento della Depressione nell’anziano*”, Musicco M, Bianchetti A, Caltagirone C. Mecocci P, Pirfo E, Salvioli G, Senin U, Trabucchi M, Vampini C. *Psicogeriatra*, Supplemento n 1, Gen-Apr 2007;
- FERRANDES G., FERRANNINI L. “*Etica di fine vita ed etica della cura: riflessioni e domande*”. *Psicogeriatra*, Anno III, N. 2.
- LAI G. “*Malattia di Alzheimer e Conversazionalismo. Terapia familiare*”;
- BELLELLI G, TESIO L., TRABUCCHI M. “*La riabilitazione nell’anziano: obiettivi e confini di una medicina difficile*”. In “*Riabilitare l’anziano*”, Carrocci ed., 2009;
- BIAGINI C.A.,” *Il trattamento farmacologico dei sintomi psicologici e comportamentali in corso di demenza: aspetti clinici e medico-giuridici*”;
- VIGORELLI P., (2010) “*L’ arte della conversazione con la persona affetta da demenza*”. *Psicogeriatra*;
- L. SCARZELLA, A COSTANZA: “*Assistenza e cura della Demenza Vascolare*”;

- F. BOGETTO, G. MAINA- U. ALBERT: *“Elementi di psichiatria”*;
- GRUPPO DI LAVORO ISD. *Studio italiano sulla depressione in medicina generale: studio ISD.*
- CENSIS, AIMA, *“L’impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer”* - CENSIS, 2015
- RODOTÀ S. *“La rivoluzione della dignità”*. Napoli: La scuola di Pitagora, 2013
- ISTAT: tabelle e dati
- MINISTERO DELLA SALUTE
- AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)
- 1) <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- 2) <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- 3) [https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni\\_Salute\\_anziani\\_anno\\_2015.pdf](https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf)
- 4) <https://www.aifa.gov.it/-/allarme-oms-nel-2020-la-depressione-sara-la-malattia-piu-diffusa>
- 5) [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=48198&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48198&fr=n)
- 6) <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
- 7) <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- 8) <https://demenze.iss.it/epidemiologia/>
- 9) [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto)
- 10) <https://www.salute.gov.it>
- 10) [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=2402&area=demenze&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2402&area=demenze&menu=vuoto)
- 11) [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto)
- 12) [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto)
- 13) <https://demenze.iss.it/epidemiologia/>