I farmaci per la depressione nell'anziano

Angelo Bianchetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica

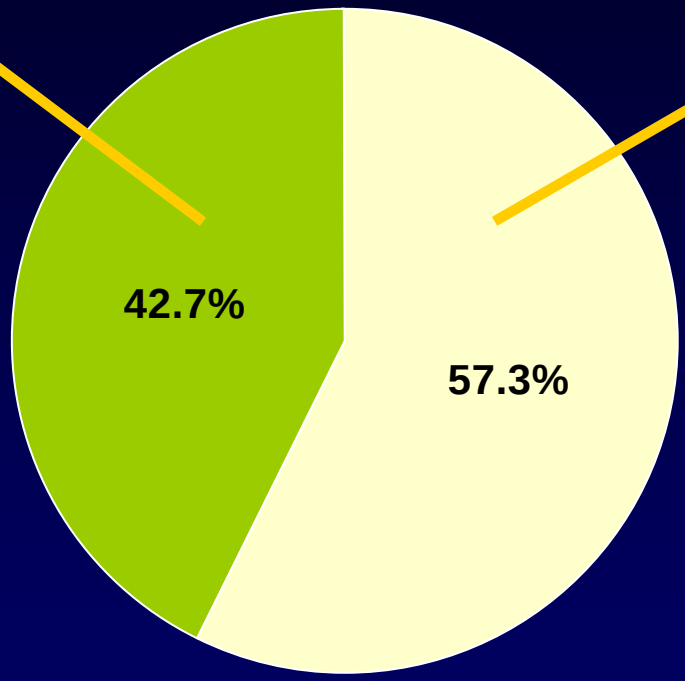
Istituto Clinico "S.Anna", Brescia

Depressione nell'Anziano

- **Comune e trattabile**
- **Sottodiagnosticata e sottotrattata**
- **Ad elevato tasso di ricadute**
- **Ad elevato tasso di cronicizzazione**
- **Ad elevato rischio suicidario**
- **Peggiora la prognosi delle malattie somatiche**
- **Non è una risposta normale alla vecchiaia**

NIH Panel On Depression in Late Life, JAMA 1992, 268

Many Depressed People Identified Remain Untreated



Results from the National Comorbidity Survey Replication

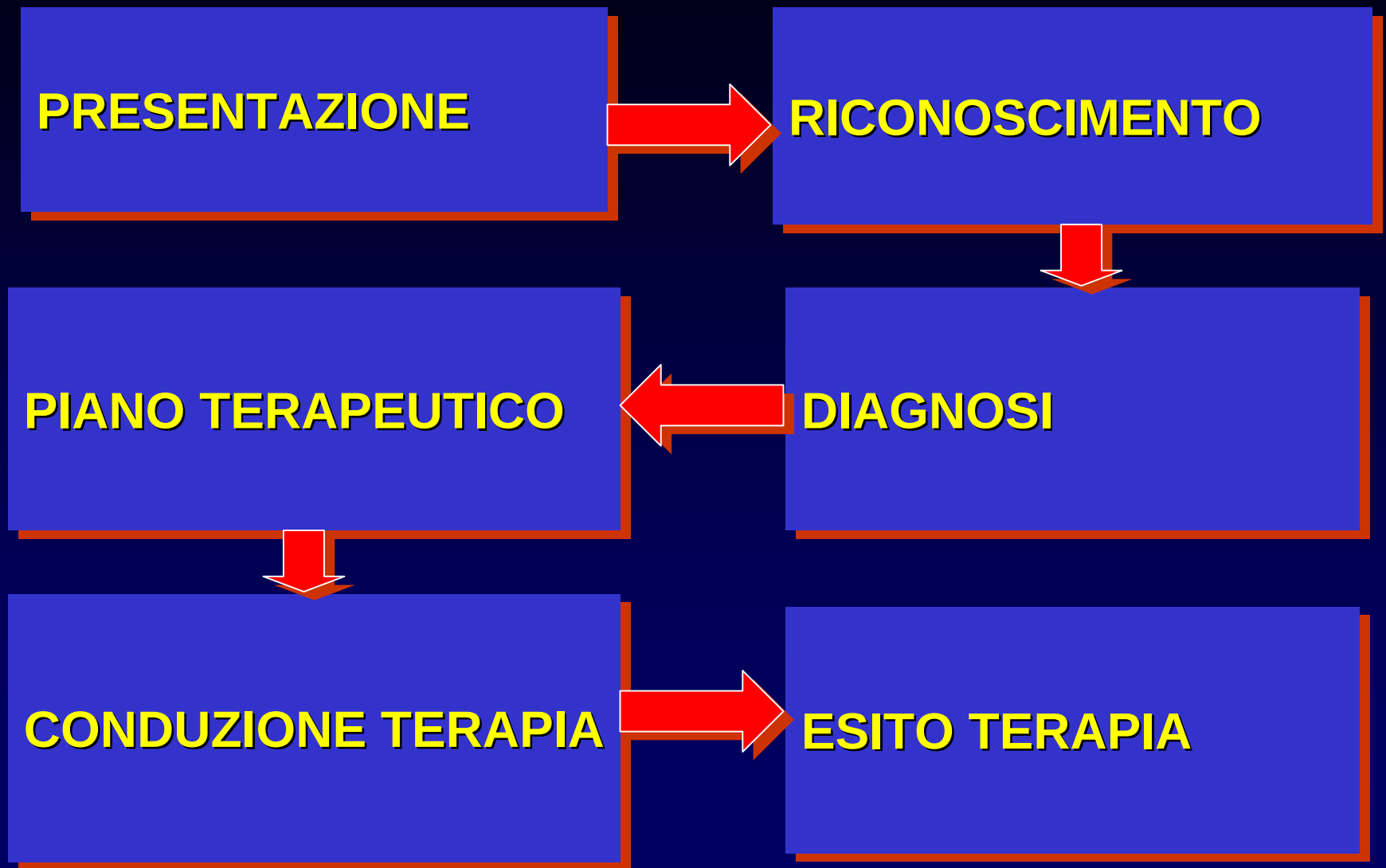
Kessler RC, et al. *JAMA.* 2003;289:3095-3105.

Tabella 5 • Durata media dell'episodio depressivo, in mesi, per i pazienti non in trattamento, in relazione all'età e alla sindrome depressiva.

	<65 anni			≥65 anni		
	media	dev std	max	media	dev std	max
Depr magg. + dist. bipolare	7,1	14	102	18,2	79,7	889
Altre depressioni	9,3	22,6	209	10,6	18,3	137
Totale	**8,1**	**18,0**	**209**	**13,4**	**50,6**	**889**

Studio EpiDel, AIP

La gestione del paziente anziano con Depressione

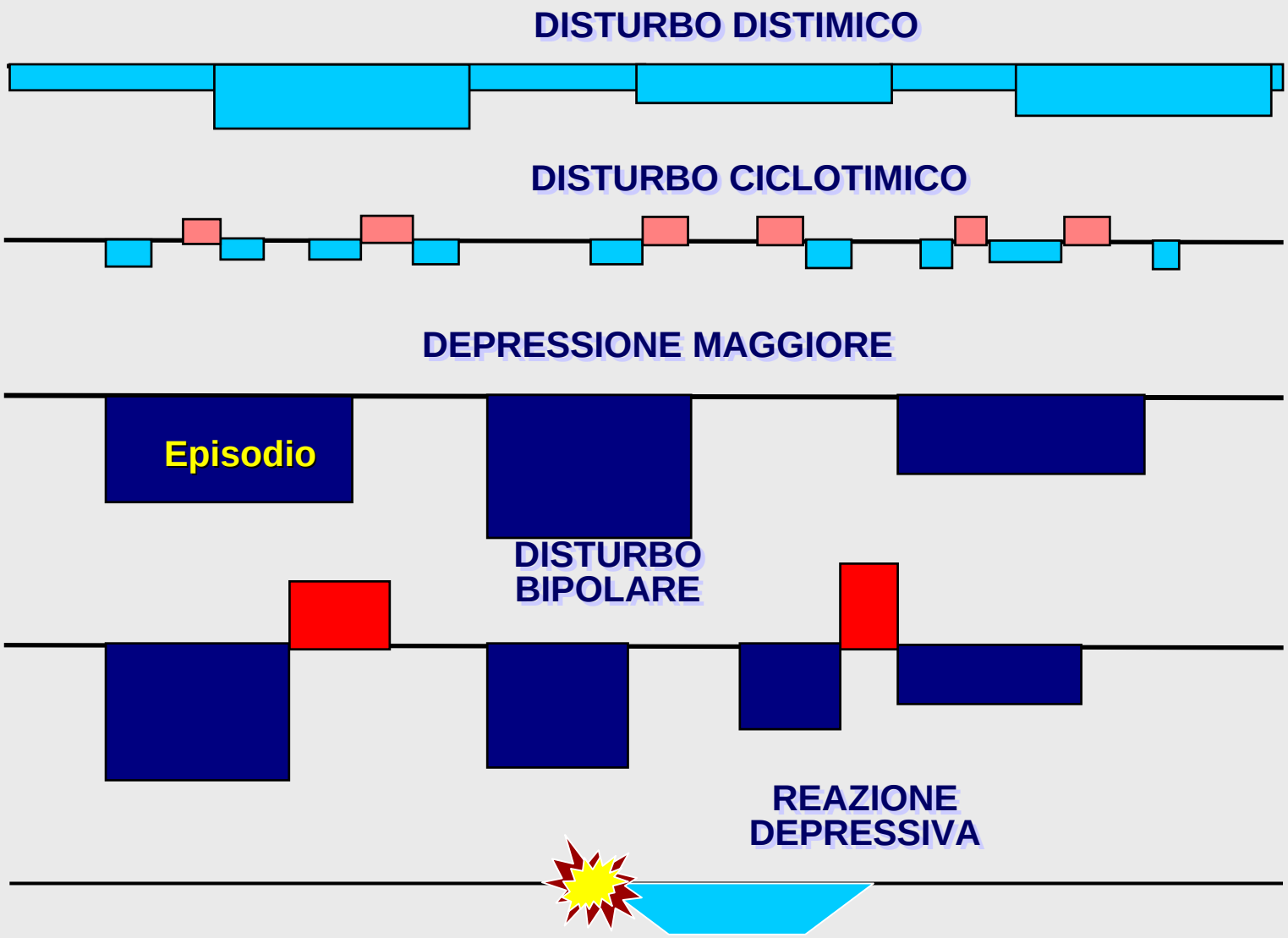


Quali fattori considerare per decidere il trattamento?

- Severità dei sintomi
- Probabilità di risposta al trattamento
- Probabilità complicanze
- Effetti collaterali ed interazioni farmacologiche
- Comorbilità somatica e cognitva
- Rapporto costo/benefici
- Risorse individuali e del contesto

Trattare i “sintomi” o la “sindrome”?

SINDROMI AFFETTIVE



Età media e classi di età divise per categoria diagnostica

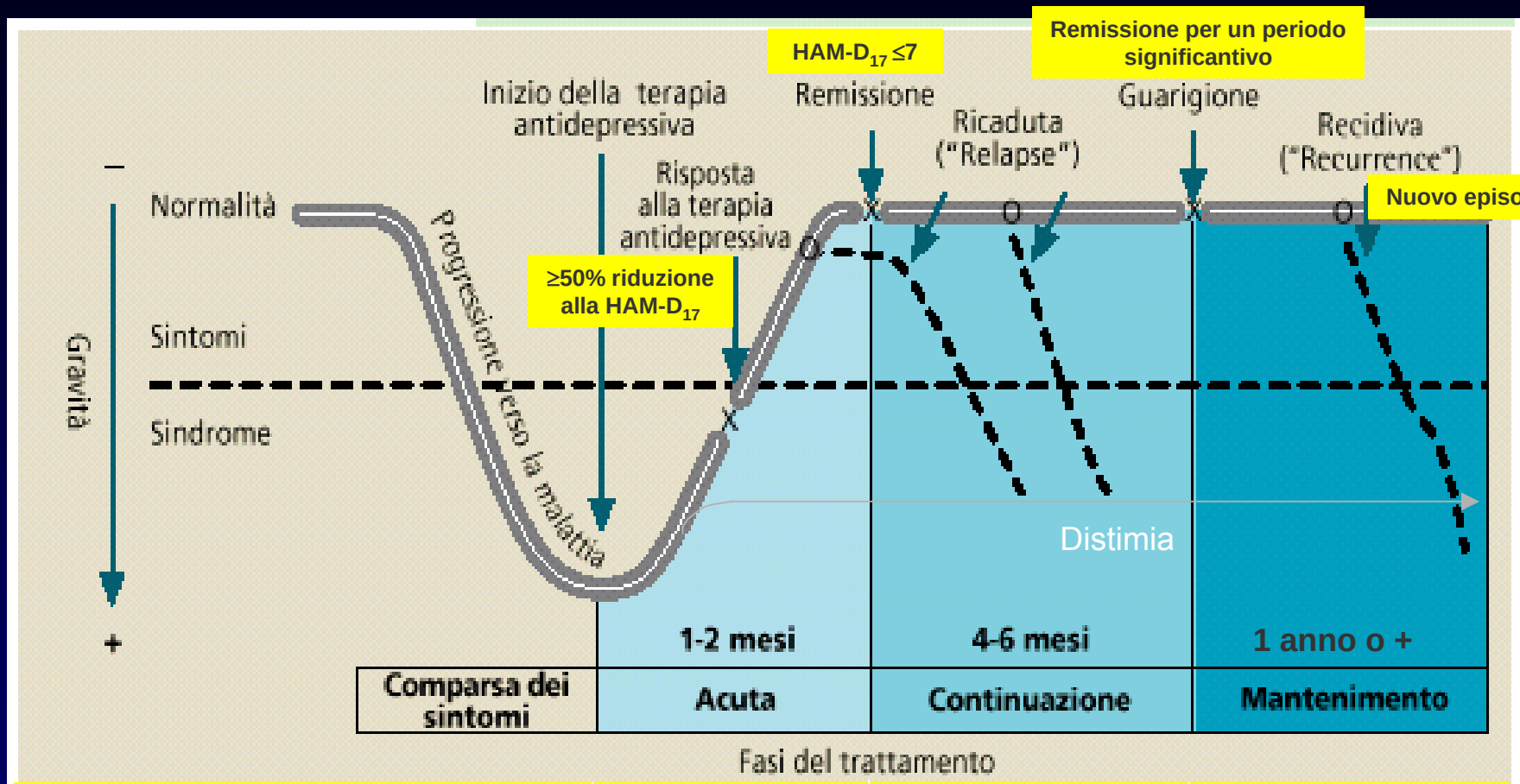
Classi di età	depressione maggiore		disturbo bipolare		disturbo adattamento		disturbo distimico		depressivo NAS		tutto il campione	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
da 19 a 44	115	55,3	8	3,8	28	13,5	36	17,3	21	10,1	208	100,0
da 45 a 64	176	55,3	14	4,4	51	16,0	51	16,0	26	8,2	318	100,0
da 65 a 75	95	43,6	4	1,8	54	24,8	46	21,1	19	8,7	218	100,0
76 e oltre	66	26,3	11	4,4	84	33,5	53	21,1	37	14,7	251	100,0
Totale	452	45,4	37	3,7	217	21,8	186	18,7	103	10,4	995	100,0
Età media	**57,8**		**60,3**		**66,4**		**62,4**		**64,0**		**61,0**	

Continuum depressivo

Obiettivi del trattamento

- Miglioramento o remissione dei sintomi primari
- Miglioramento dello stato funzionale e del ruolo sociale
- Mantenimento della risposta o remissione
- Prevenzione delle ricadute o ricorrenze
- Miglioramento dei sintomi fisici, cognitvi, psicotici, comportamentali

Decorso della Malattia



Obiettivi del trattamento	Raggiungere la remissione	Prevenire le ricadute	Prevenire le recidive

Based on: Depression Guideline Panel, AHCPR Depression in Primary Care. 1993 and Kupfer DJ. J Clin Psychiatry. 1991; 52 (suppl) 28-34.

FASI DEL TRATTAMENTO

- **Fase acuta**: trattamento dell'episodio depressivo fino alla ***remissione*** dello stesso (4-8 settimane, con grande variabilità) (non sono più soddisfatti i criteri sindromici e possono essere presenti solo minimi sintomi residui)
- **Fase di continuazione**: stabilizzazione della risposta clinica in modo da prevenire una ***ricaduta*** (ricomparsa dei sintomi depressivi nell'arco di 4-8 mesi dalla remissione) (20% di ricadute in trattaci con AD vs 50% in trattati con plecebo)
- **Fase di mantenimento**: trattamento a lungo termine per prevenire una ***ricorrenza*** (comparsa di un nuovo episodio depressivo dopo la completa remissione del precedente con pieno ritorno del paziente al livello di funzionamento precedente

Depressione: Risposta vs. Remissione

Risposta

- 50% di riduzione sintomatologica sulla base della $HAMD_{17}$[1] o di altra scala di gravità per la misurazione della sintomatologia depressiva

Remissione

- Riduzione del punteggio alla $HAMD_{17}$ ≤7 indipendentemente dal punteggio basale[2]

Molti pazienti migliorano ma non raggiungono la remissione, continuando a manifestare **sintomi residui** che possono soddisfare i criteri per depressione subsindromica e minore[3]

I sintomi residui sono anche importanti predittori di **ricaduta precoce**[4]

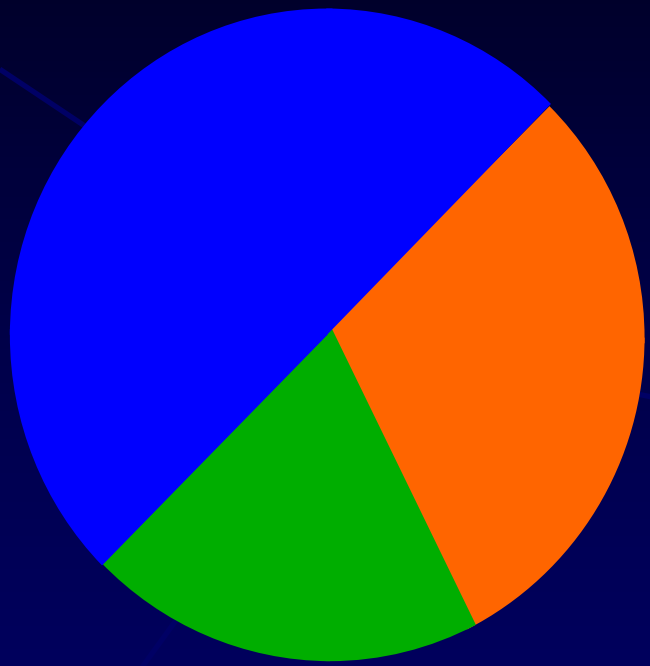
1. Fawcett J, et al. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(suppl 6):32-39.
2. Ballenger JC. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(suppl 22):29-34.
3. Nierenberg AA, et al. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(suppl 22):7-11.
4. Paykel ES, et al. *Psychol Med*. 1995;25:1171-1180.

Predittori di ricorrenza

- Sesso femminile
- Ansia concomitante, Psicosi, Depressione doppia
- Elevato numero e durata di precedenti episodi
- Esordio precoce della depressione
- Esordio tardivo della depressione
- Storia familiare, soprattutto se bipolare
- Scarso funzionamento lavorativo
- Persistenti sintomi residui sottosoglia
- Presenza si sintomi somatici/fisici

Disturbi Depressivi : frequenza di recidive

il 50% dei pazienti con un Disturbo Depressivo Maggiore hanno 1 episodio [1]



il 30% dei pazienti diventa cronicamente depresso

20% dei pazienti hanno un decorso cronico recidivante

1 Merikangas et al, 1994 WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders
2 Kendler KS et al. Am J Psychiatry 2000;157:1243.1251
3 Judd LL et al. J Affect Disord 1998;50:97.108

MDD: una malattia recidivante

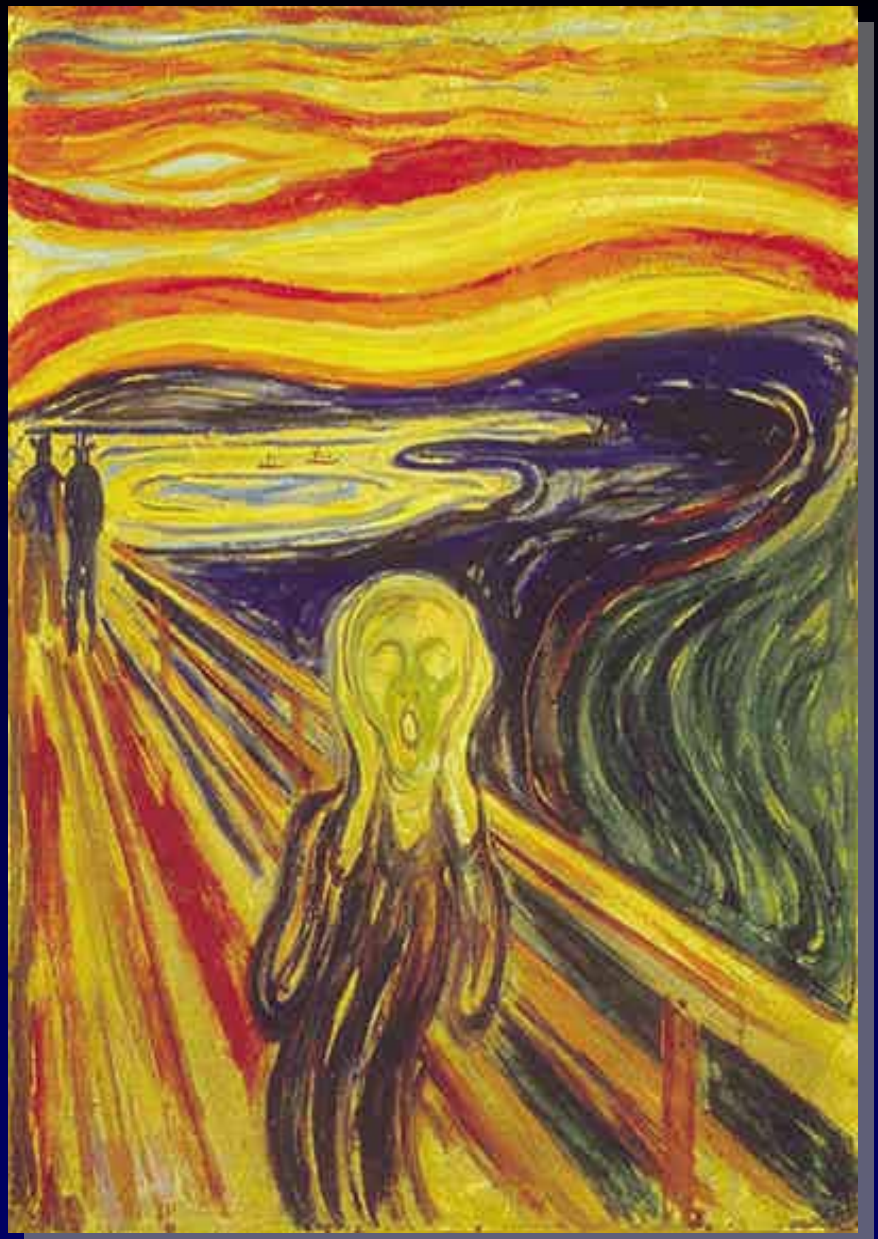
% di pazienti con ricorrenze nei 5 anni dopo la risoluzione dell'episodio precedente

Depression Guideline Panel; AHCPR Depression in Primary Care. 1993

Fattori che influenzano la prognosi della depressione

Alcuni dei fattori che influenzano la prognosi della depressione includono:

- gravità della depressione
- cronicità della depressione
- sintomi ansiosi associati
- malattie fisiche associate
- concomitante dolore senza una causa organica
- fattori psicologici, sociali e demografici



Il trattamento farmacologico delle sindromi depressive nell'anziano

GRG 28 settembre 2007

Response rate
ai farmaci antidepressivi

Nella "Depressione maggiore ricorrente" la *response rate*, nei trial clinici controllati varia:

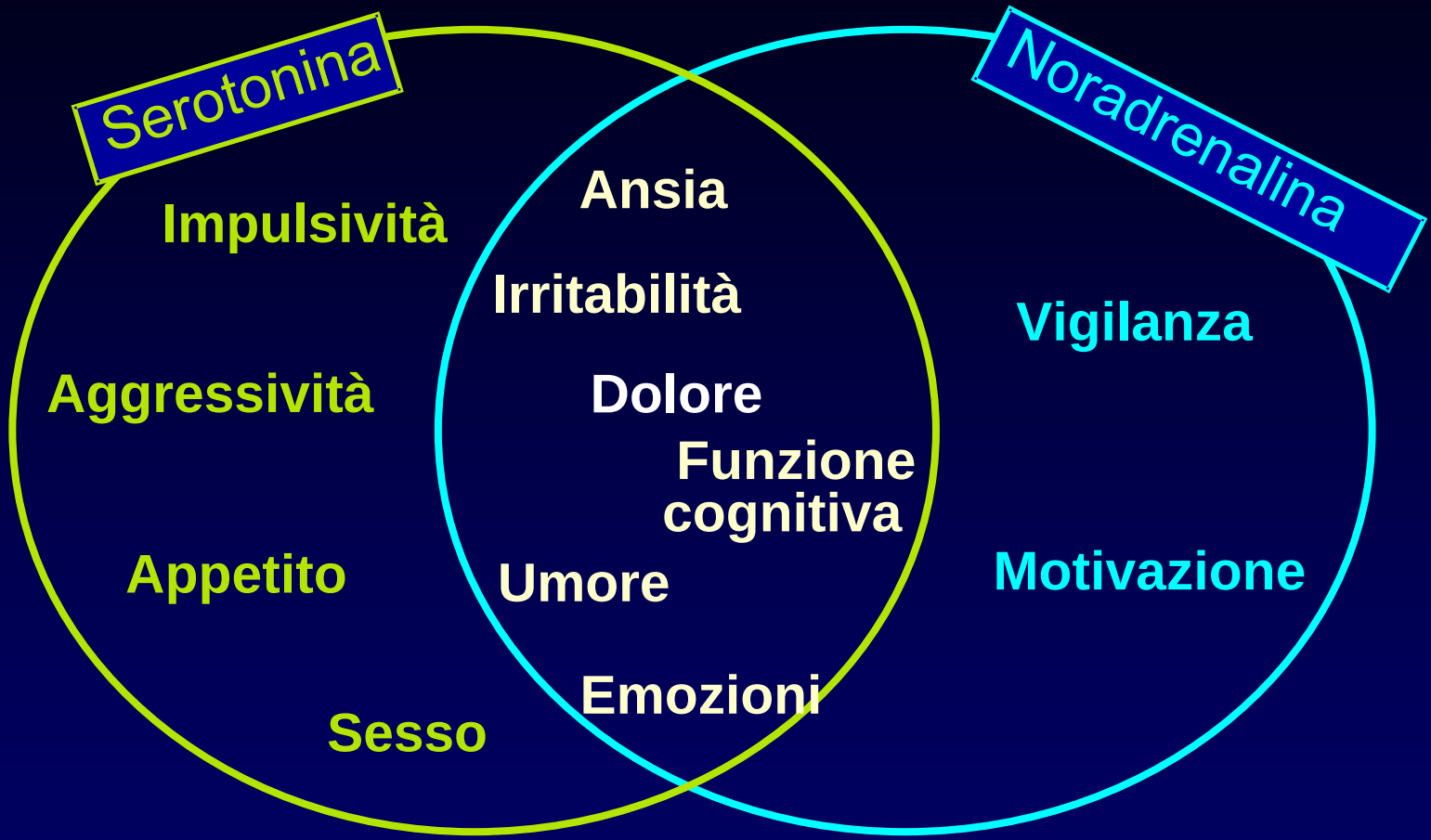
dal 63% al 79% per gli AD

dal 33% al 48% per il placebo

La quota di pazienti "*non-responders*" varia dal 10% al 30%

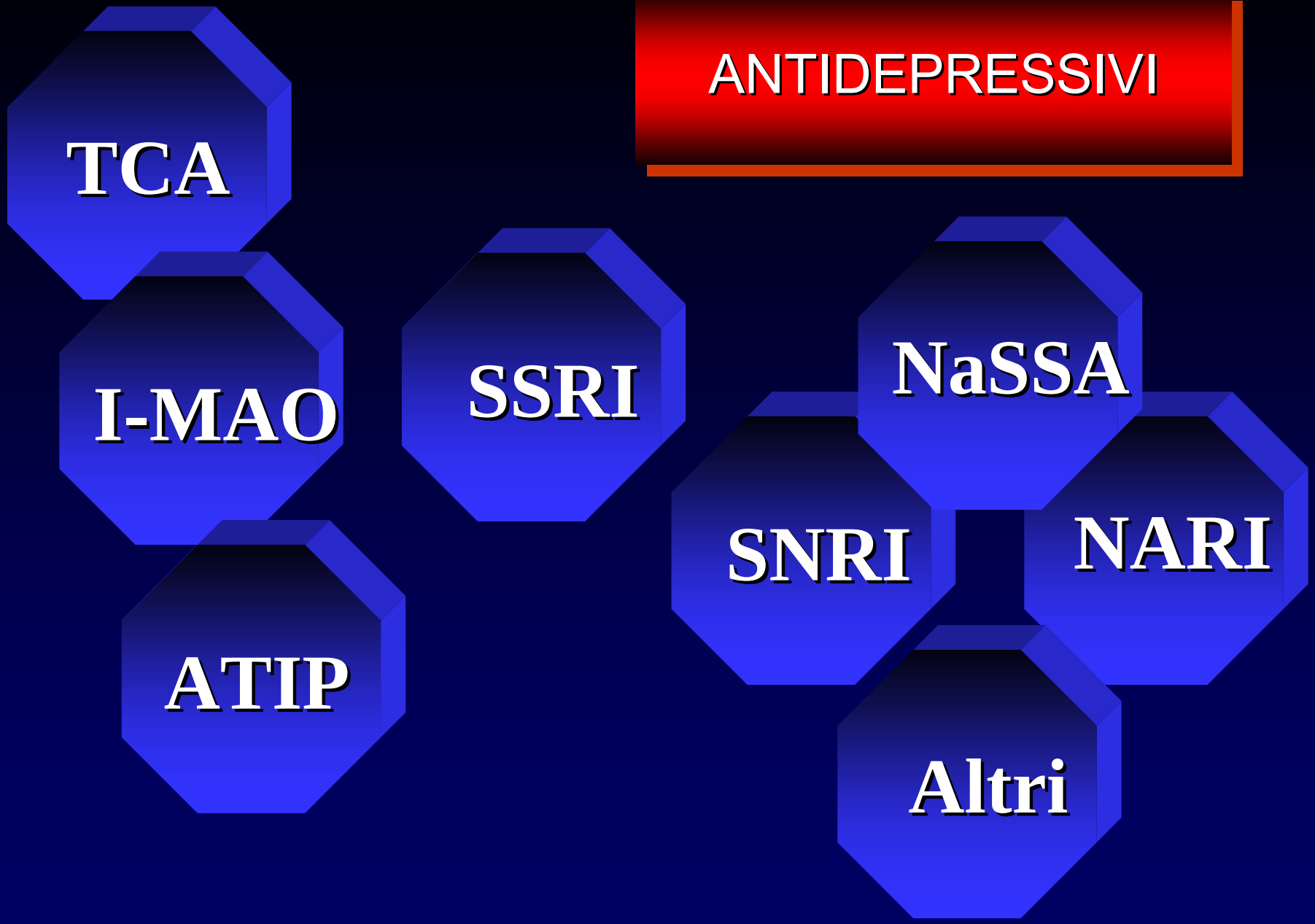
Bellantuono et al. 2003

Domini funzionali della serotonina e della noradrenalina[1-5]



1. Modificato da: Stahl SM. *Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder.* Cambridge University Press, United Kingdom. 2000: 65-109.
2. Verma, S, et al. *Int Rev Psychiatry.* 2000;12:103-114.
3. Blier P, et al. *J Psychiatry Neurosci.* 2001;26:37-43.
4. Doraiswamy PM, *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl12):30-35.
5. Frazer A, *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl12):16-23.

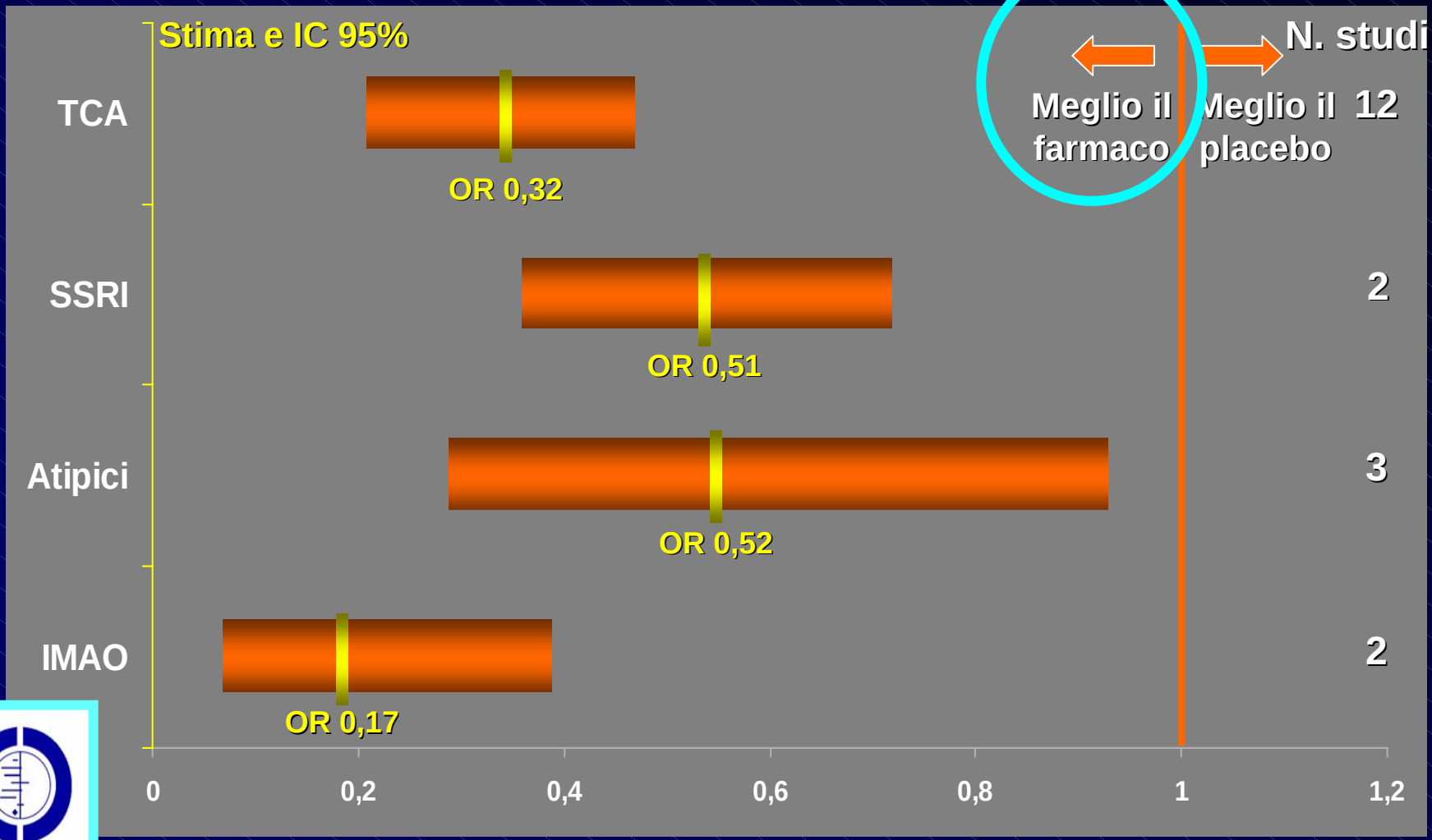
ANTIDEPRESSIVI



AD vs. Placebo nella Depressione in Età Senile – RCT in Acuto

EFFICACIA (pazienti che guariscono)

Meta-analisi



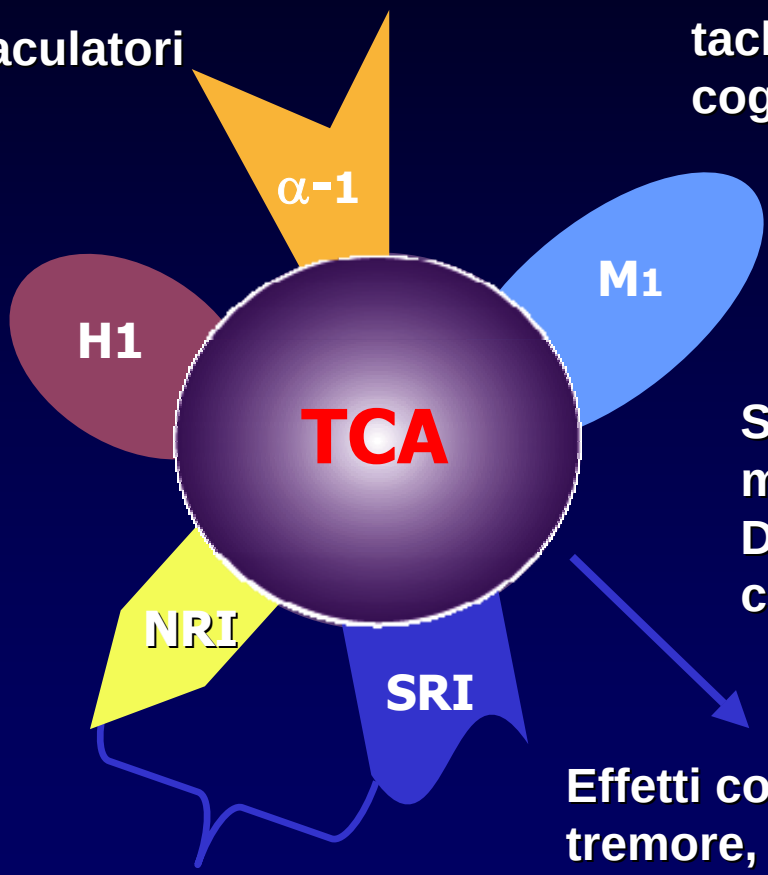
THE COCHRANE COLLABORATION®

Wilson et al – The Cochrane Library, 2003

Antidepressivi Triciclici

Vertigine
Ipotensione ortostatica
Problemi eiaculatori

Secchezza delle fauci, stipsi
ritenzione urinaria
visione offuscata,
tachicardia, disturbi cognitivi, deliri



Aumento ponderale
Sonnolenza
Vertigini
Sedazione

Stabilizzazione della membrana
Disturbi del ritmo cardiaco

EFFETTO ANTIDEPRESSIVO

Effetti complessi:
tremore, riduzione soglia convulsiva, viraggio maniacale

AD triciclici: effetti indesiderati e conseguenze cliniche nel paziente anziano

ANTICOLINERGICI

- Deficit cognitivi
- Confusione
- Glaucoma
- Turbe masticazione
- Ritenzione urinaria
- Ileo paralitico

ANTISTAMINICI

- Sedazione
- Deficit coordinazione

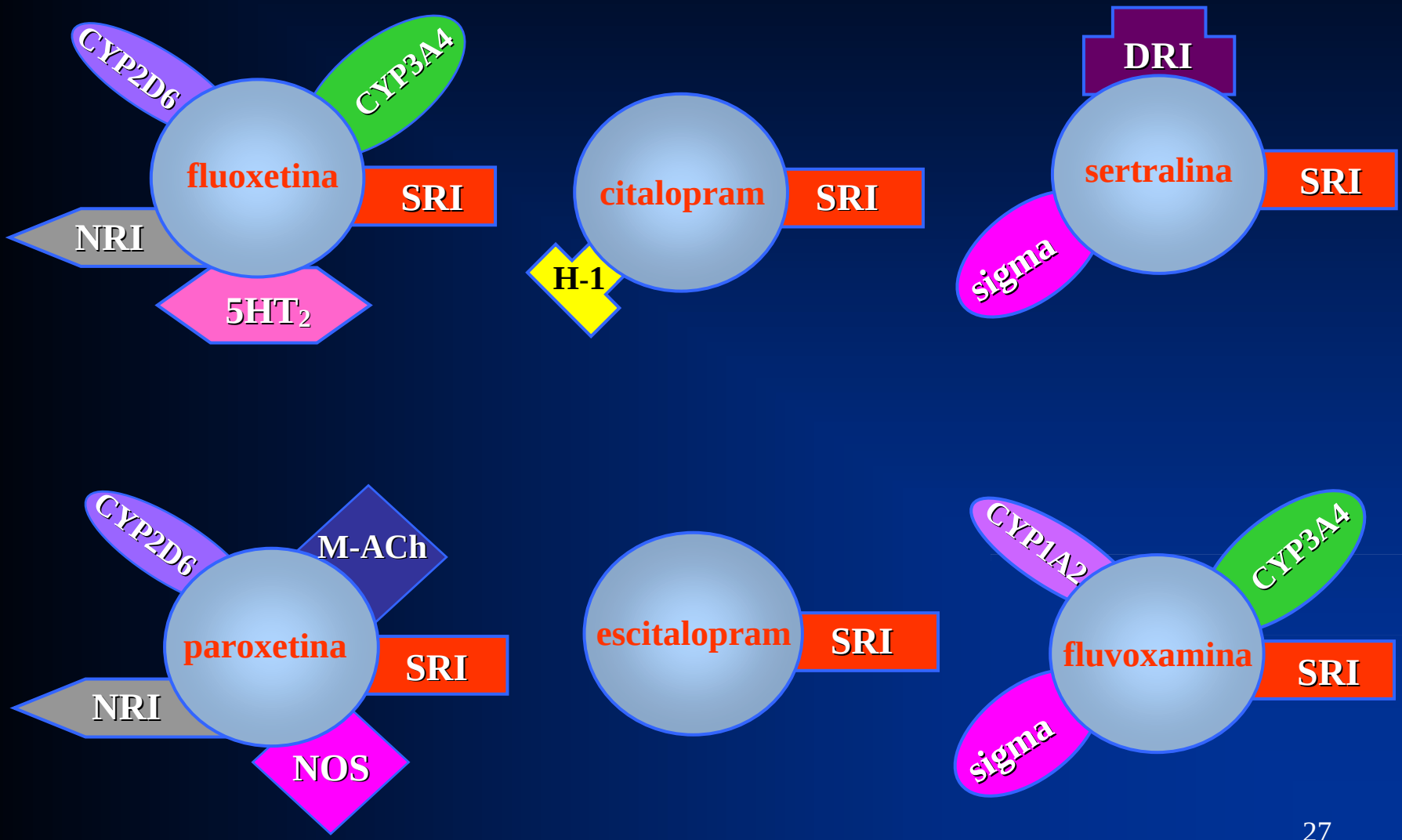
ANTIADRENERGICI

- Ipotensione ortostatica (cadute a terra, fratture di femore, strokes)

CHINIDINOSIMILI

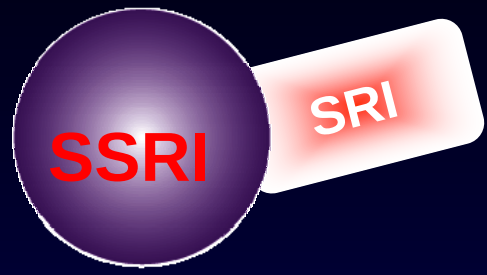
- Blocchi di branca
- Blocchi A-V
- Aritmie ventricolari

Non attività anticolinergica, antiadrenergica o di stabilizzazione delle membrane



Stahl, *J Clin Psich,* 2001 (modificato)

Inibitori del reuptake della serotonina (SSRI)



- Ampio spettro di attività terapeutica
- Sicurezza. Minore rischio di tossicità in overdose.
- Tollerabilità. Minore incidenza di abbandono a causa degli effetti collaterali.

•**Principali effetti collaterali**

-Disturbi GI (nausea, vomito, perdita/aumento di peso) > rec.5-HT3

-Cefalea >rec 5-HT3, 5-HT1D

-Disfunzione sessuale (anorgasmia, riduzione della libido) > rec.5-HT3

-Ansia, tremore, nervosismo, agitazione > rec.5-HT2

SSRI negli Anziani
PRECAUZIONI

- Iponatriemia - SIADH (10-15%)
- Effetti extrapiramidali (10%)
- Ridotta aggregazione piastrinica
- Interazioni farmacologiche

Iponatriemia - Sindrome da Inappropriata Secrezione di Ormone Antidiuretico (SIADH)

- **Livelli sierici di NA < 130 mmol/L**
- **SSRI, SNRI, CBZ, TCA, IMAO, AP tradizionali**
- **Astenia, nausea, crampi, vertigini, letargia, comizialità, delirium, edema cerebrale**
- **>> primi 3 mesi**
- **>> età superiore a 80 anni, diuretici tiazidici**

Hyponatraemia in elderly psychiatric patients treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and venlafaxine: a retrospective controlled study in an inpatient unit

Dianne Kirby[1], Susan Harrigan[2] and David Ames[2]*

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY
Int J Geriatr Psychiatry 2002; **17**: 231–237.

- **Studio retrospettivo su 199 p.ti, età media 74.2 a., trattati con SSRI o venlafaxina**
- **Prevalenza iponatriemia: 39% vs 10% controlli**

- ***Prevalenza con SSRI in altri studi:***
  - ✓ ***Bouman et al (1998): 25%***
  - ✓ ***Strachan & Shepard (1998): 22-28%***

Extrapyramidal syndromes associated with selective serotonin reuptake inhibitors: a case–control study using spontaneous reports

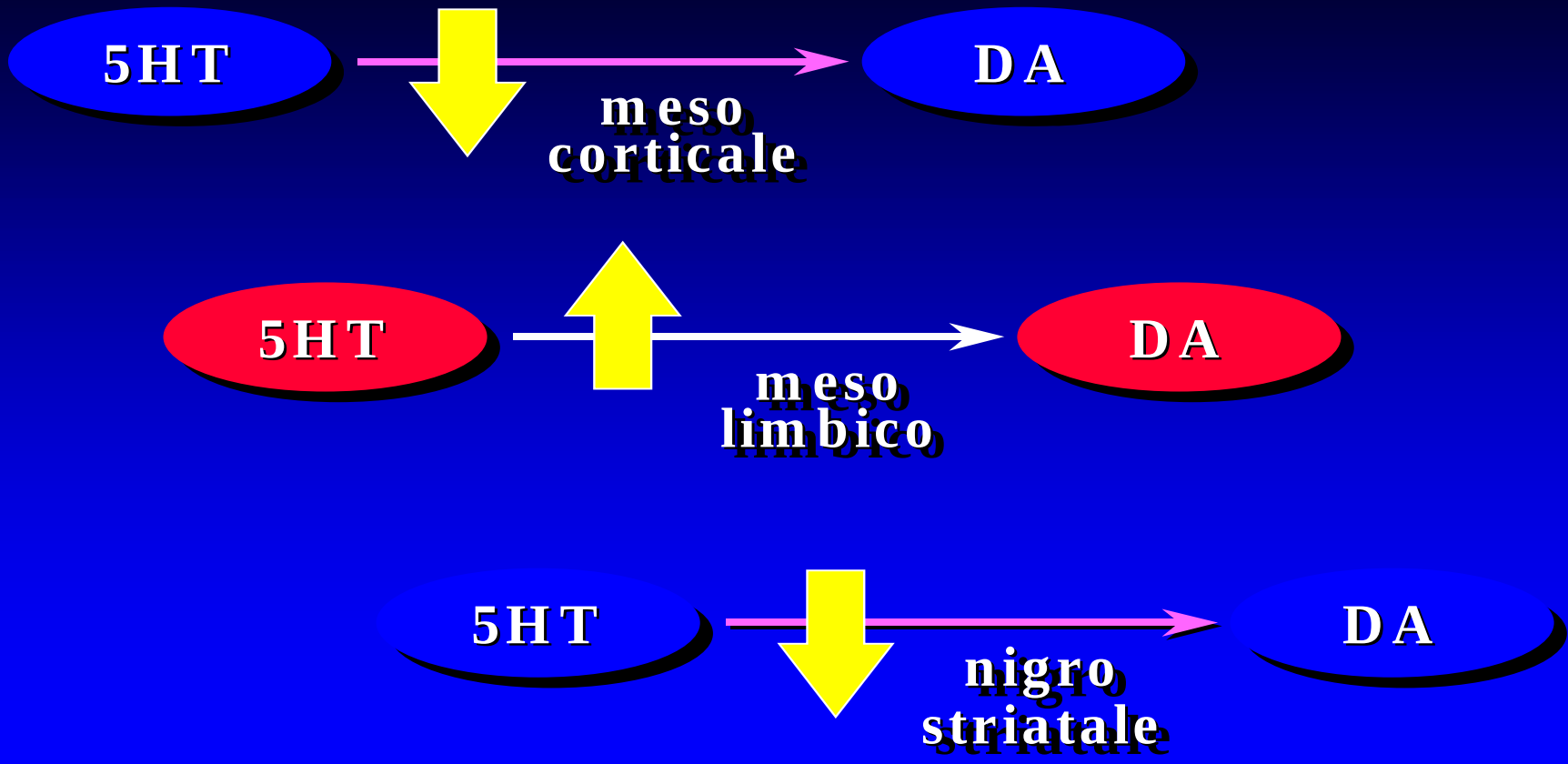
I. Schillevoort[a], E.P. van Puijenbroek[b], A. de Boer[a], R.A.C. Roos[c], Paul A.F. Jansen[d] and H.G.M. Leufkens[a]

Table 2. ADR-reporting odds ratios of extrapyramidal syndromes for selective serotonin reuptake inhibitors versus other antidepressant drugs (either suspected drug or concomitant medication

	Cases: reports of EPS (SSRIs/other ADs)[a]	Controls: reports of other ADRs (SSRIs/other ADs)[a]	ADR-reporting OR (crude, 95% CI)	ADR-reporting OR (adjusted, 95% CI)[b]
Overall	41/19	1,264/1,107	1.9 (1.1–3.4)	2.2 (1.2–3.9)
Age				
< 55 years	25/11	919/863	2.1 (1.0–4.6)	2.1 (0.9–4.5)
⩾ 55 years	16/8	345/444	2.6 (1.0–6.6)	2.9 (1.1–7.3)

Unauthorized Use Prohibited

- **N: 2476 reports di EPS in trattamento con AD**
- **SSRI vs. altri AD: OR 2.2 (IC 95%: 1.2-3.9)**

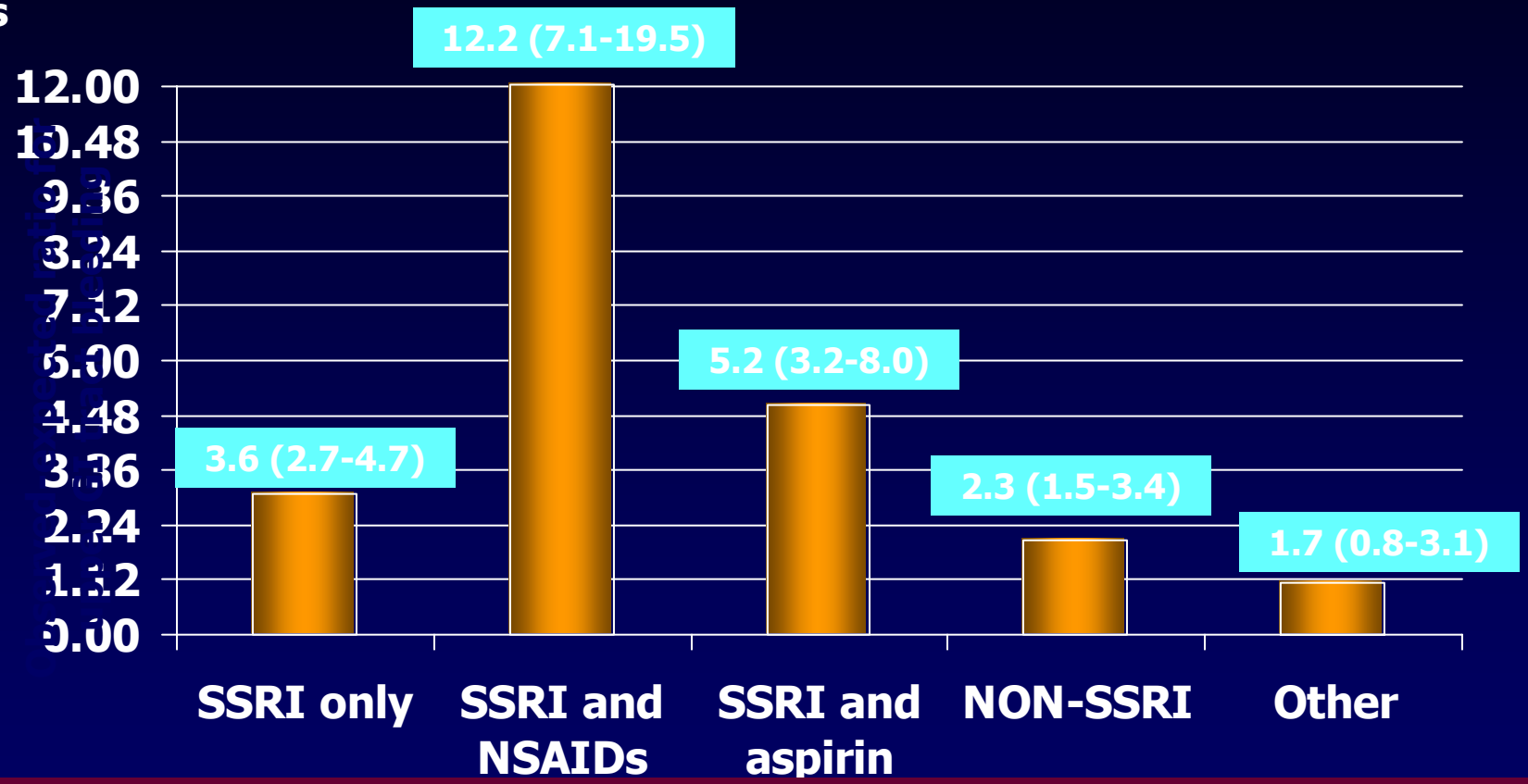

5HT
DA
meso
corticale
5HT
DA
meso
limbico
5HT
DA
nigro
striatale

Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding A Population-Based Cohort Study

Dalton et al, 2003, Arch Intern Med, 163:59-64

N=26.005

5 years



Dati non controllati per tipo di depressione, fumo, alcool, infezione da *Helicobacter Pylori*

Interazioni Farmacodinamiche degli SSRI/SNRI

SSRI
SNRI

+

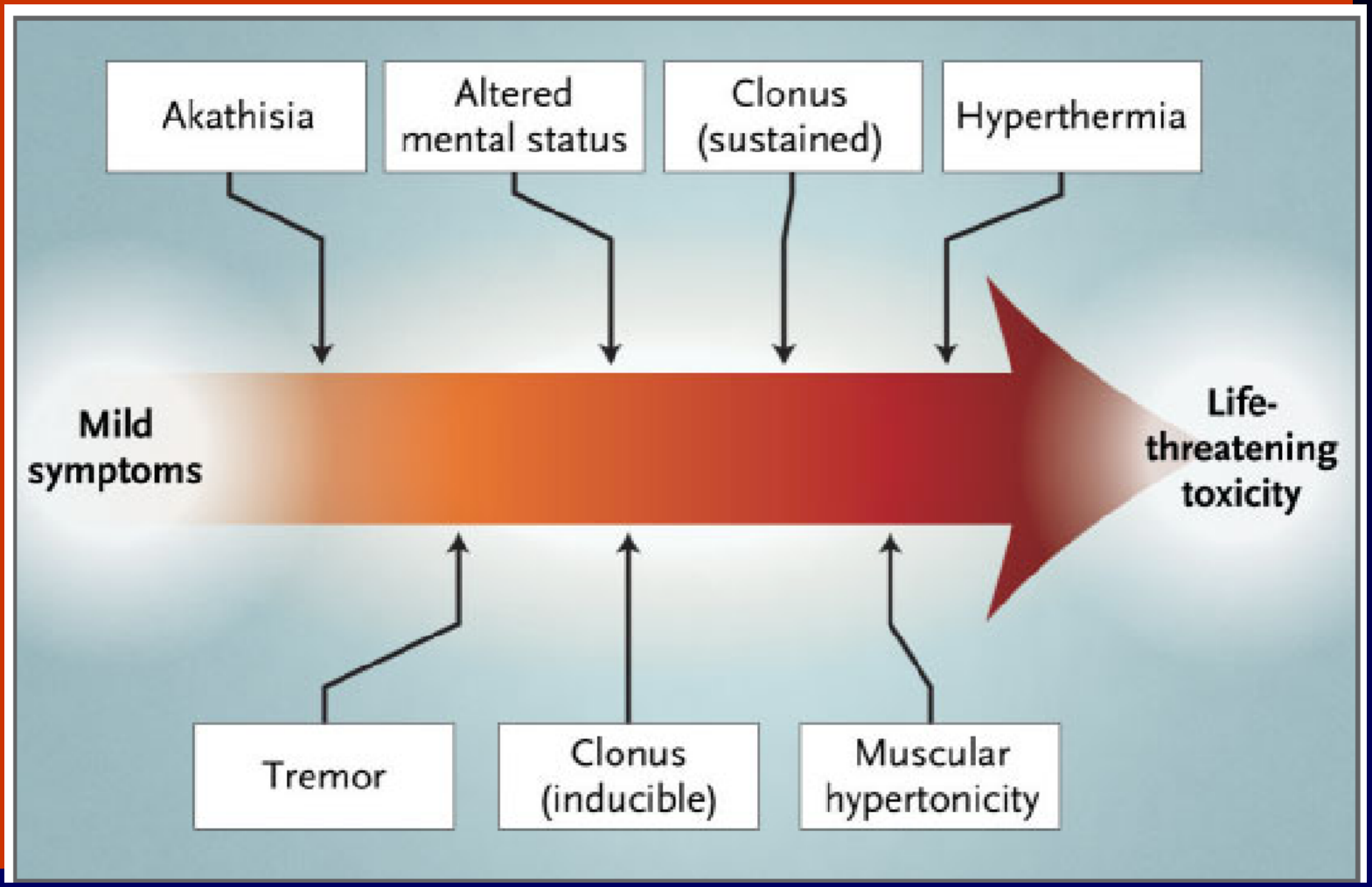
TCA > 5HT: IMI, AMI, CLOMI

Mirtazapina - Trazodone
Buspirone - Litio
Carbamazepina - Meperidina
Sumatriptan - Triptofano
Tramadolo
Iperico
Ecstasy

Altri farmaci/alimenti >5HT

Sindrome Serotoninergica

Sindrome Serotoninergica



N Engl J Med 2005;352:1112-20.

Grado di inibizione degli SSRI sulle isoforme del CYP-450

SSRI	1A/2	2C9	2C19	2D6	3A4
Escitalopram	-	-	-	-/+	-
Citalopram	-	-	-	+	-
Fluoxetina	-	++	++	+++	++
Fluvoxamina	+++	++	++	+	++
Paroxetina	-	+	+	+++	-
Sertralina	-	-	-	+	-

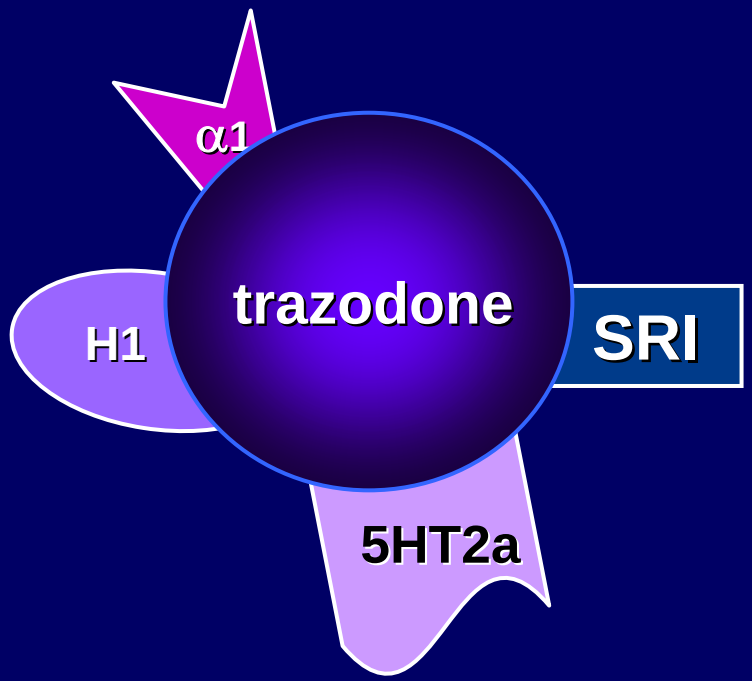
Shad & Preskorn 2000; Brunello 2003

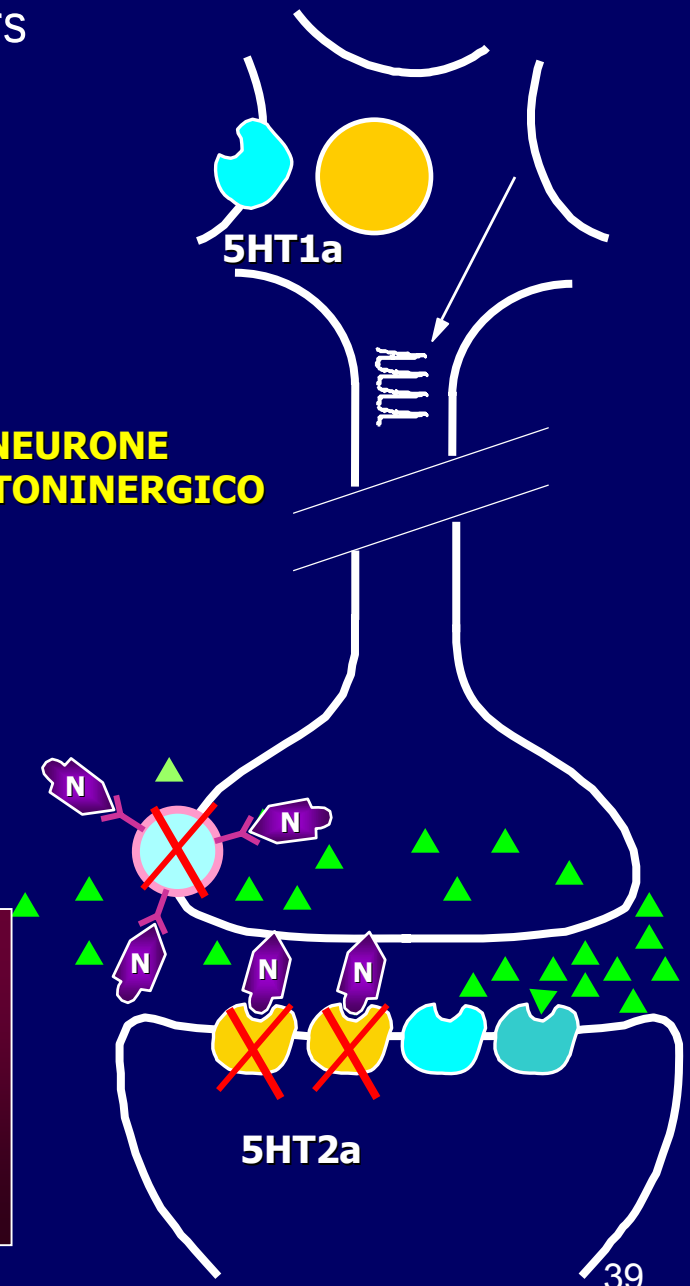
SNRI negli Anziani

- Effetti indesiderati “SSRI-like”
- Può incrementare la PA a dosi elevate
- Non interazioni farmacocinetiche significative
- Sicuro in overdose
- Può essere necessaria la titolazione per ottenere effetti terapeutici ottimali
- Gli eventi avversi possono essere accentuati dall’aumento del dosaggio (es. nausea)

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Serotonin 2a **A**ntagonist/**R**euptake **I**nhibitors

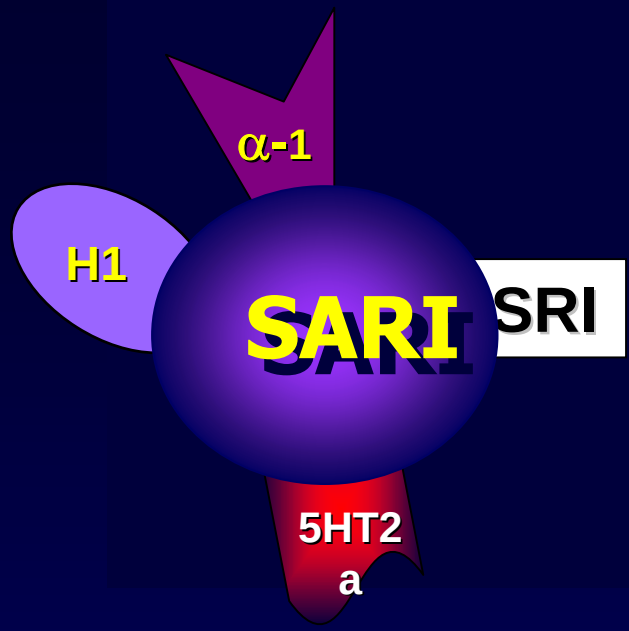




- **sedazione, sonnolenza**
- **ipotensione ortostatica**

SARI negli Anziani

Serotonin - 2a Antagonist/ Reuptake Inhibitors



Trazodone

- 9 studi controllati vs. TCA e altri AD
- 150 - 450 mg/die
- Comparabile ai farmaci di confronto
- Effetti indesiderati: ipotensione ortostatica, sedazione, confusione, turbe dell'equilibrio
- Rischio di aritmie ventricolari

- Possibile impiego nei disturbi del sonno (50-150 mg/die)

Alexopoulos (1998)

Studi comparativi fra diversi antidepressivi nel soggetto anziano

Farmaco (Studio N°)	N	Età aa	donne %	Dose (mg/d)	Durata (sett)	HRSD Basale	delta HRSD	Risposte %	Remissioni %
Citalopram (1)	29	72	62	30-40	12	27	17		69
Nortriptyline	29	70	65	Plasma,level		26(17-Item)	21		93 (≤7)
Paroxetiney1 (2)	41	58	12	20-30	6	23	12.7	66	61
Nortriptyline	40	58	22	Plasma,level		22(17-Item)	13.1	73	63(≤8)
Paroxetine (3)	62	71	77	20-40	12	22	11		55/32
Nortriptyline	54	73	65	Plasma,level		23(17-Item)	12.8		57/35(≤10/≤6)
Sertraline (4)	117	63	68	50-100	12	25	11.3	73	60
Fluoxetine	119	51	67	20-40		25(24-Item)	11.3	71	60(≤10)
Sertraline (5)	105	68	60	50-150	25	25	14	73	54
Nortriptyline	105	68	58	25-100		25(24-Item)	12.5	71	50(≤7)
Mirtazapine (6)	126	72	50	15-45	8	22	13.4	58	38
Paroxetine	120	72	53	20-40		23(17-Item)	14.9	50	29(≤7)
Venlafaxina (7)	52	75	60	75-150	4	27	20.4	87	
Paroxetina	53	75	57	20-40		27	20.5	96	
Sertralina (8)	39	68	62	75	8	29	18		55
Fluvoxamina	45	68	82	100		31(24 –item)	24		72
Venlafaxina (9)	45	72	69	75	26	22	15	80	
Dotiepina	43	71	72	75		21(17-item)	14	79	
Venlafaxina ER (10)	73	80	74	75-150	22	28	18	93	19 *
Citalopram	75	80	73	20-30		27(MADRS)	17	93	23
Venlafaxina (11)	27	81	33		10			80	
Sertralina	25	84	56					75	

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Studi comparativi fra diversi antidepressivi nel soggetto anziano

- Nessuno studio ha evidenziato la superiorità dell'uno o dell'altro farmaco.
- Si può pertanto concludere che non vi sono evidenze di una diversa efficacia di nortriptilina, SSRI e SNRI per il trattamento della depressione dell'anziano.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

FREQUENZA DEGLI EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI (1)

Farmaco	Sedazione	Agitazione	Effetti colinergici*	Ipotensione posturale	Disturbi gastroenterici	Problemi sessuali	Aumento di peso	Perdita di peso
INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DI SEROTONINA E NORADRENALINA								
Triciclici (amine terziarie)								
Amitriptilina	**++++**	**0**	**++++**	**+++**	**+**	**+**	**++**	**0**
Doxepina	**++++**	**0**	**++++**	**+++**	**+**	**+**	**+**	**0**
Imipramina	**++++**	**0**	**++++**	**+++**	**+**	**+**	**+**	**0**
Triciclici (amine secondarie)								
Desimipramina	**+++**	**0**	**+++**	**++**	**+**	**+**	**+**	**0**
Nortriptilina	**+++**	**0**	**+++**	**++**	**+**	**+**	**+**	**0**
Biciclici								
Venlafaxina**	**++**	**+**	**++**	0	**+++**	**++**	**0**	**+**

0 = nessuno; + = minimi (<5% dei pazienti); ++ = poco frequenti (5-20% dei pazienti);
+++ = moderatamente frequenti (21-40% dei pazienti; ++++ = molto frequenti (>40% dei pazienti).

** Gli effetti collaterali comprendono: secchezza delle fauci, secchezza oculare, visione offuscata, stipsi, ritenzione urinaria, tachicardia, confusione.*

*** La venlafaxina può causare un aumento dose-correlato della pressione diastolica, per cui si raccomanda il monitoraggio della pressione arteriosa.*

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

FREQUENZA DEGLI EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI (2)

Farmaco	Sedazione	Agitazione	Effetti colinergici*	Ipotensione posturale	Disturbi gastroenterici	Problemi sessuali	Aumento di peso	Perdita di peso
INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DI SEROTONINA								
Citalopram	+	0	+	0	++	+	+	+
Fluoxetina	+	++	+	0	++	++	+	+
Paroxetina	++	0	++	0	++	++	+	+
Sertralina	+	+	+	0	++	++	+	+
Fluvoxamina	++	+	+	+	+++	+	+	+
Escitalopram	0	+	+	0	+	+	0	0
ANTAGONISTI DELLA SEROTONINA								
Mirtazapina	+++	0	++	+	0	0	++	0
ANTAGONISTI ED INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DI SEROTONINA								
Trazodone	++++	0	++	+	+	0	+	+

0 = nessuno; + = minimi (<5% dei pazienti); ++ = poco frequenti (5-20% dei pazienti);
+++ = moderatamente frequenti (21-40% dei pazienti; ++++ = molto frequenti (>40% dei pazienti).

** Gli effetti collaterali comprendono: secchezza delle fauci, secchezza oculare, visione offuscata, stipsi, ritenzione urinaria, tachicardia, confusione.*

Modificata da: Medico di Medicina Generale e Psichiatra. Insieme nell'itinerario diagnostico-terapeutico. Smeraldi et al. Airon Edizioni, 2002.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Trattamento con AD negli Anziani
Definizione del Dosaggio

- ***Start low - go slow, but go… and be persistent***
- **Individualizzare il dosaggio (caratteristiche della depressione, comorbilità, stato funzionale, setting)**
- **Raggiungere comunque il dosaggio terapeutico**
- **Attendere una latenza di risposta superiore (almeno 6 settimane)**
- **Attenzione alla compliance**

AIP ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Antidepressivi: Latenza Terapeutica Anziani (ANZ) vs. Giovani Adulti (GA)

- 3 RCT di 12 sett, Sertralina vs. Fluoxetina
- 2 RCT in ANZ, 1 RCT in GA

- Tempo medio di inizio risposta:
  - AN = 7 settimane; GA = 6 settimane

Nessuna risposta a 6 settimane: considerare una possibile farmacoresistenza

Roose & Sackeim, 2004

Depression in the elderly

George S Alexopoulos

Lancet 2005; 365: 1961–70

Antidepressants are as effective when given to elderly individuals as they are when given to younger adults.[121,122] Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) are the antidepressants of choice, followed by bupropion, and mirtazapine.[118,123,124] Although the initial doses of SSRIs and SNRIs given to elderly individuals should be low, the final doses should be similar to those used in young adults. Nortriptyline followed by desipramine are reasonable alternatives to SSRIs in severe late-life depression.[117,124] Their target plasma concentrations are 60–120 μg/L and greater than 115 μg/L, respectively. Amitriptyline, imipramine, doxepin, amoxapine, maprotiline, trazodone, tranylcypromine, and isocarboxazide should be avoided.[118]

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Antidepressivi negli anziani: dose terapeutiche massime

• Triciclici	300 mg/die
• Citalopram	60 mg/die
• Fluoxetina	60 mg/die
• Fluvoxamina	300 mg/die
• Paroxetina	60 mg/die
• Sertralina	200 mg/die
• Escitalopram	30 mg/die
• Venlafaxina	300 mg/die
• Reboxetina	12 mg/die
• Mirtazapina	60 mg/die

AIP ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Considerazioni per il trattamento di mantenimento

- Very strongly recommended
  - ≥3 episodi di Depressione Maggiore
- Very strongly recommended
  - 2 episodi di Depressione Maggiore e
    - Storia di recidive nell'anno successivo all'interruzione della precedente terapia efficace
    - Cronicità o storia di doppia depressione

HHS Depression Guideline for Depression in Primary Care. 1993.

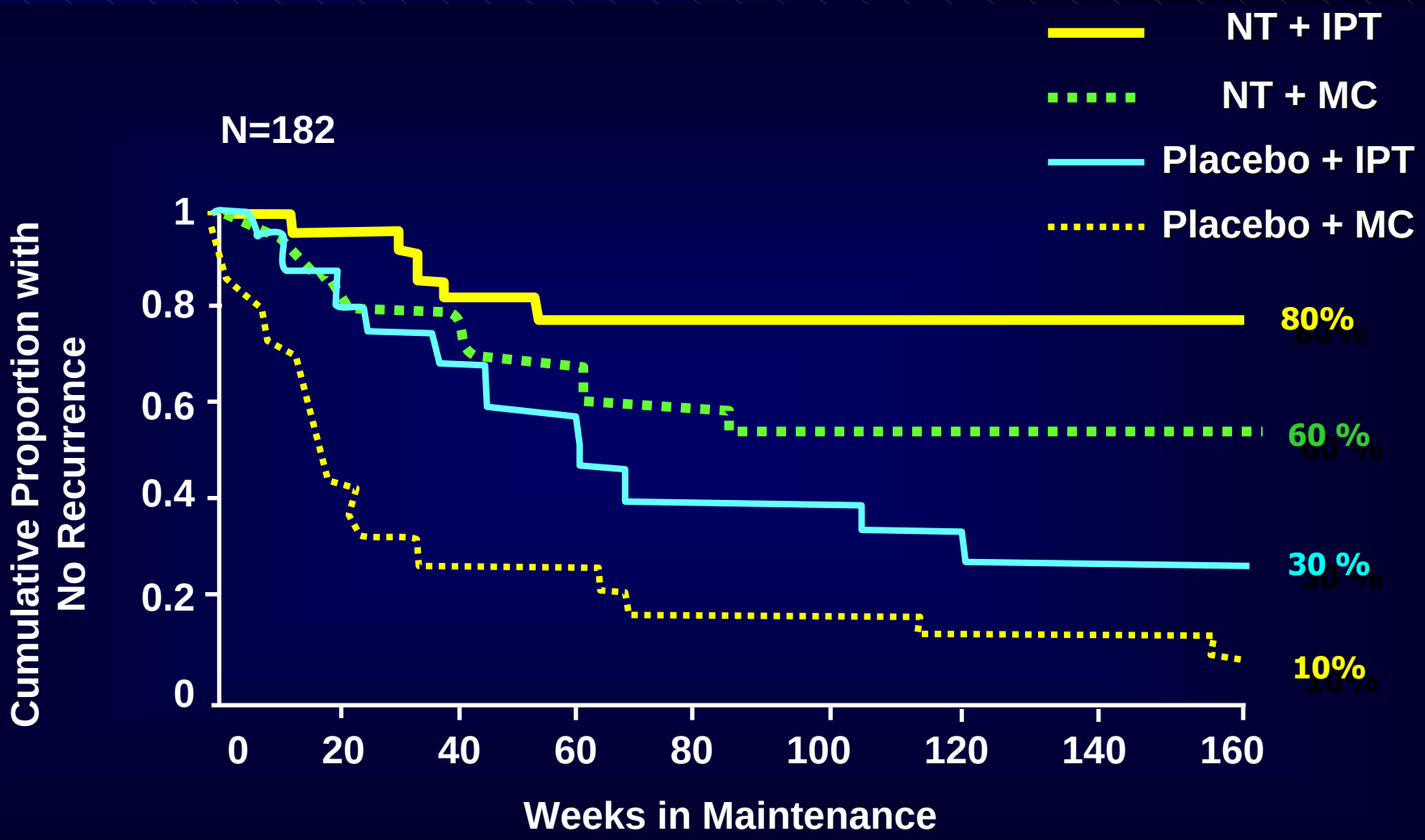
Risultati degli studi clinici nella prevenzione delle recidive [3-5]

	6 mesi	1 anno	2 anni
Sertralina	✔	✔	*
Paroxetina	✔	✔	§
Escitalopram	✔	✔	
Duloxetina	✔		

Sertralina, in monoterapia, non ha mostrato di possedere una protezione significativa contro le recidive a 2 anni.

Paroxetina, non in monoterapia, ma in combinazione a psicoterapia/gestione clinica, ha mostrato evidenze significative vs placebo nella prevenzione delle recidive a 2 anni.

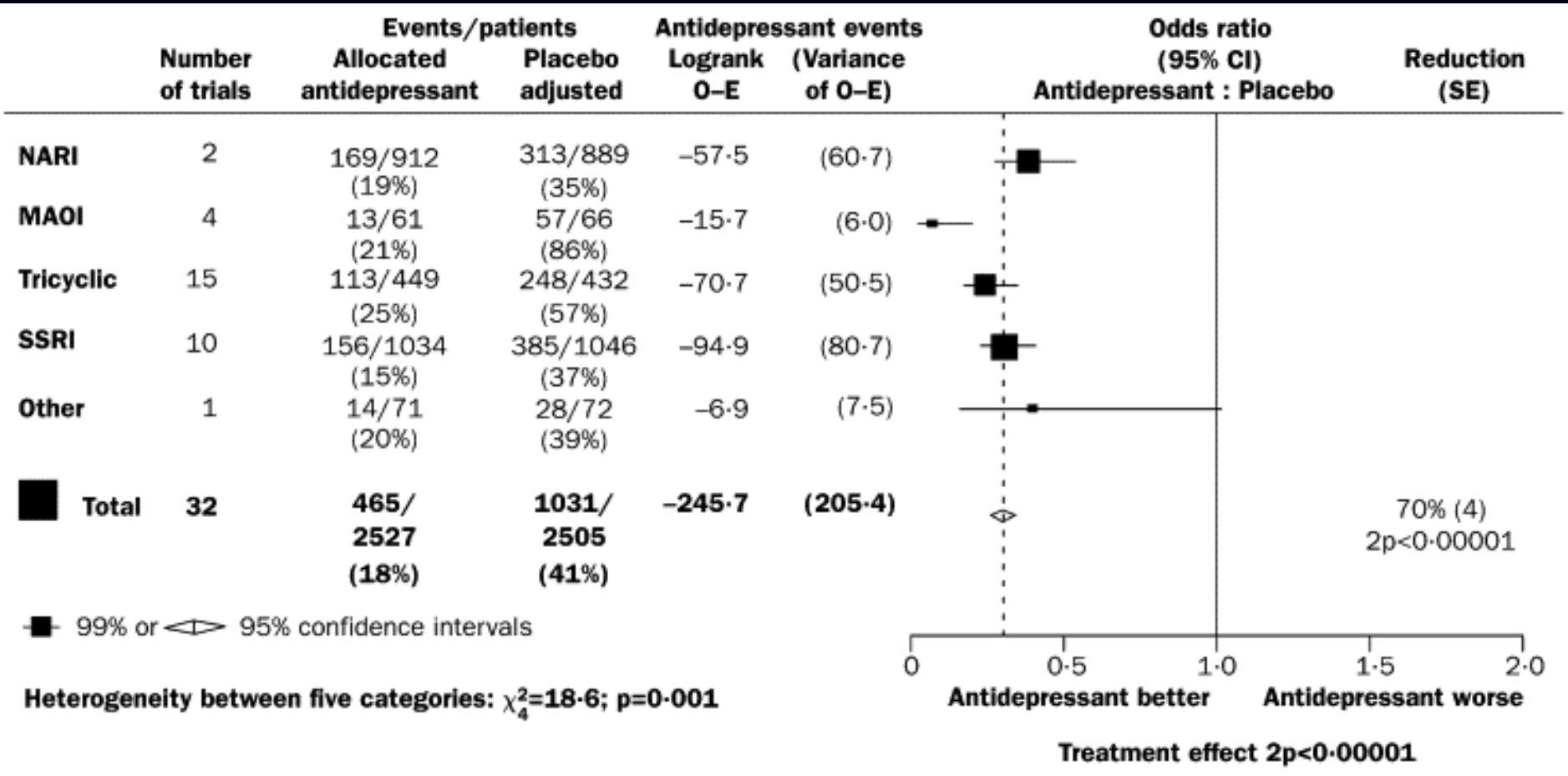
Long-Term Combined Treatment of Major Depression in Elderly People



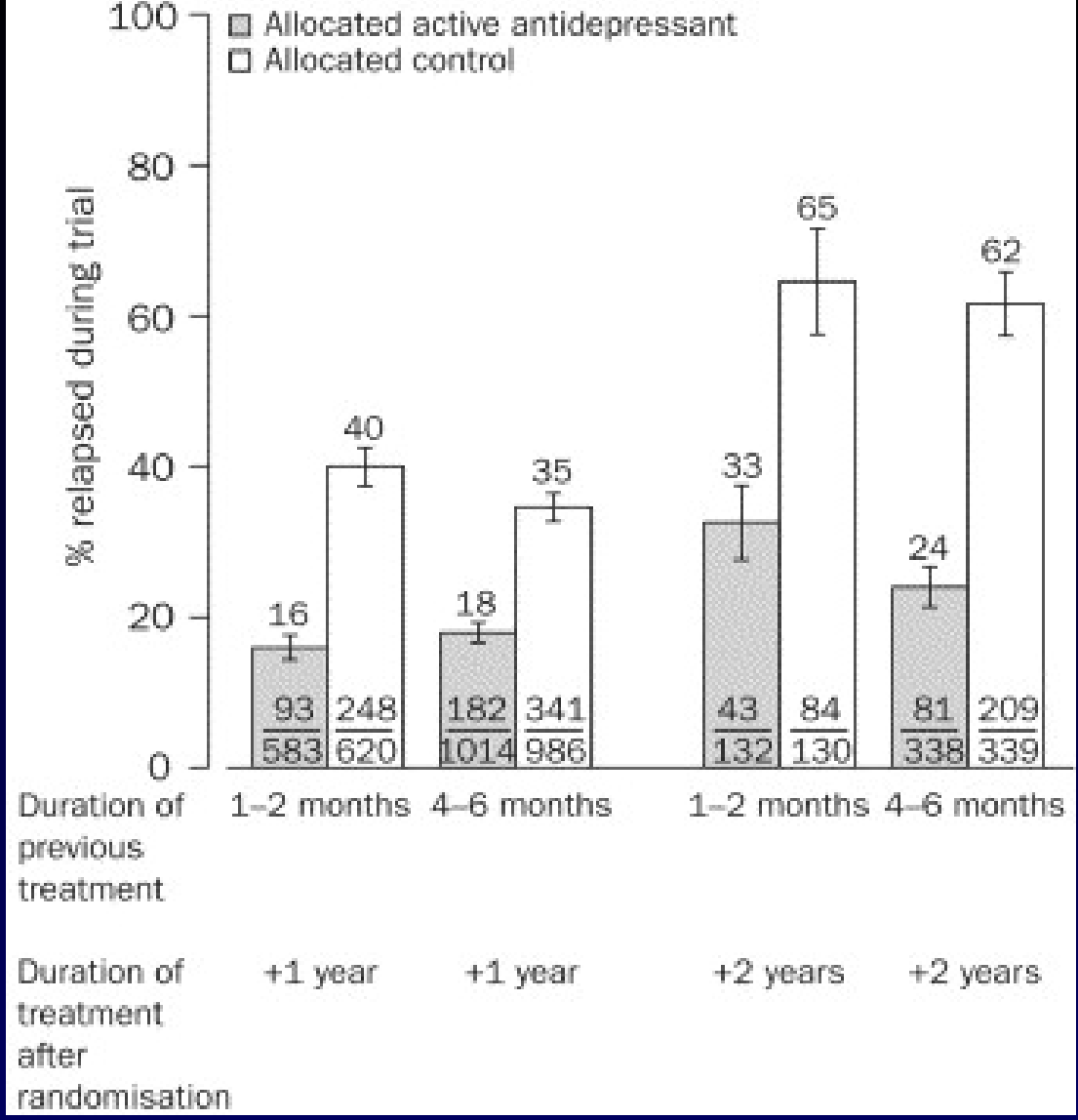
NT = nortriptyline MC = medication clinic

IPT = interpersonal psychotherapy

Reynolds et al, 1998

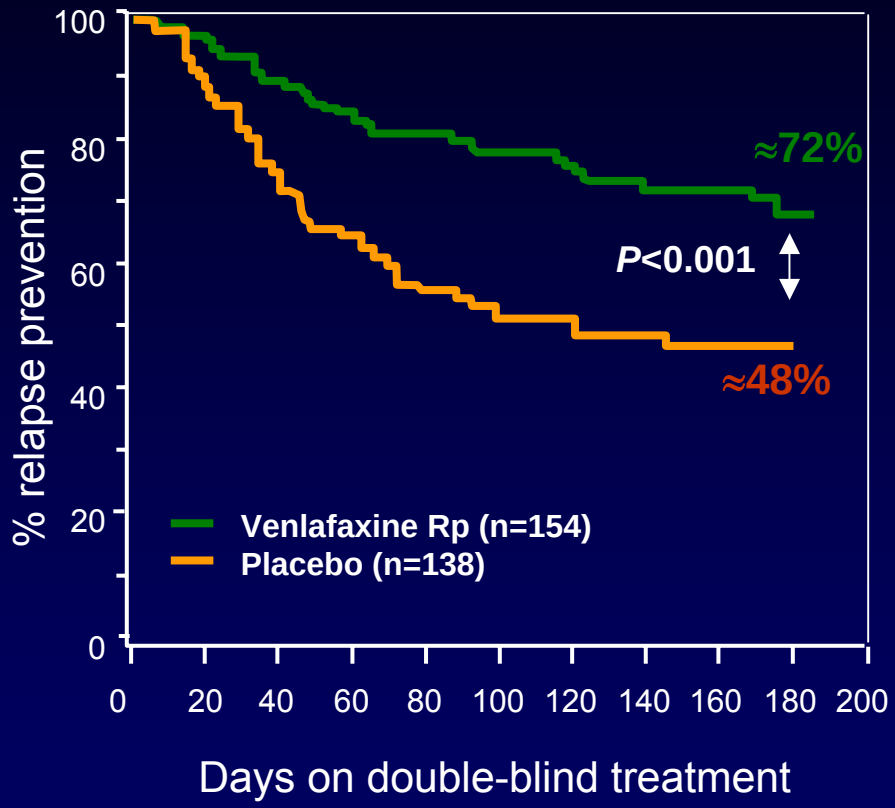


Risk of relapse: odds ratios by drug type

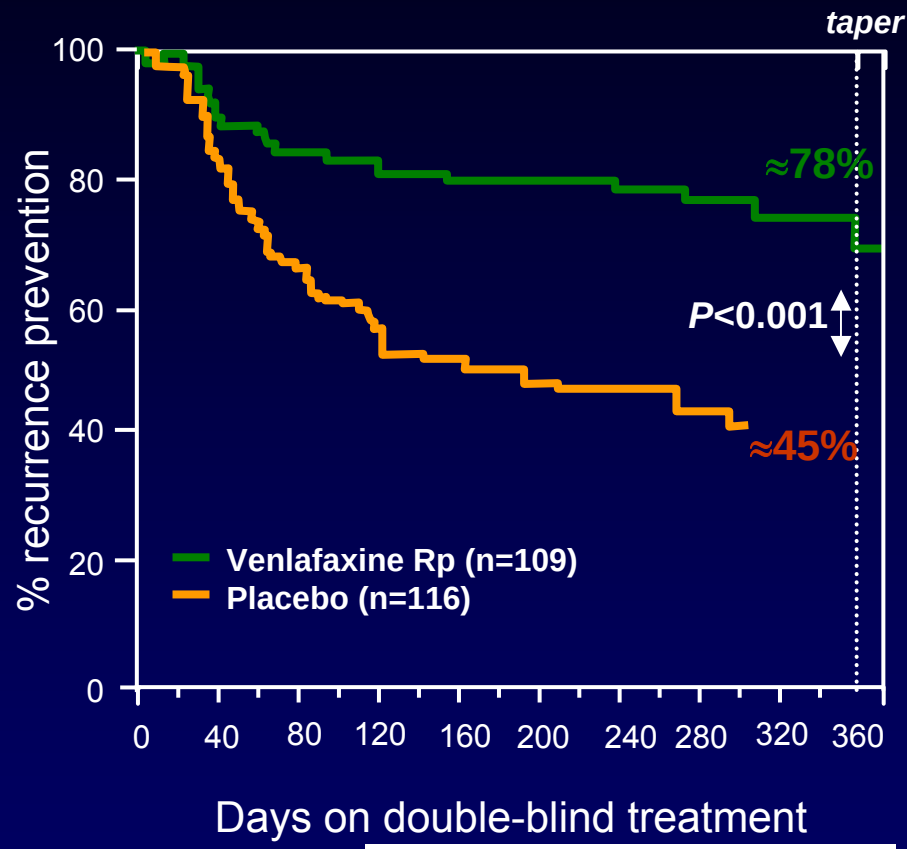


Relapse rates after 1 or 2 years' prolongation of antidepressant treatment in patients already treated for 1–2 or 4–6 months after an acute episode of depression

Venlafaxine RP Prevention of Relapse and Recurrence Data



12-month Prevention of Recurrence Study[2]



THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY

1. Simon JS, et al. J Psychiatr Res. 2004;38:249-257.
2. Montgomery SA, et al. J Clin Psychiatry. 2004;65:328-336.

Durata della terapia antidepressiva: Linee Guida

Durata raccomandata della terapia dopo remissione

AHCPR[1]	4-9 mesi
APA[2]	4-5 mesi
WHO[3]	4-6 mesi

AHCPR = Agency for Health Care Policy and Research
APA = American Psychiatric Association
WHO = World Health Organization

1. U.S. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in Primary Care: Vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville, MD: 1993.
2. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* 1993;150(4 suppl):1-26.
3. World Health Organization. *J Affect Disord.* 1989;17:197-198.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Depressione dell'Anziano: Durata del Trattamento con Antidepressivi

Fase di Trattamento	Obiettivo	Durata	
Continuazione	Prevenzione ricadute episodio indice	Primo episodio	- 1 anno
		Episodi ricorrenti	- 2 anni
Mantenimento	Prevenzione recidive nuovi episodi	- 3 anni - Fattori di rischio: *lifetime*	

Stessi dosaggi che in acuto !

Baldwin et al, 2002

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Documento di Consenso
dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

a cura di

Massimo Musicco[1], Angelo Bianchetti[2], Carlo Caltagirone[3], Patrizia Mecocci[4], Elvezio Pirfo[5], Gianfranco Salvioli[6], Umberto Senin[4], Marco Trabucchi[7], Claudio Vampini[8]

[1] Istituto di Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Segrate (MI) e Fondazione IRCCS Santa Lucia, Roma
[2] Gruppo di Ricerca Geriatrica e Divisione di Medicina Interna, Istituto Clinico S. Anna, Brescia
[3] Fondazione IRCCS Santa Lucia e Università degli Studi Tor Vergata, Roma
[4] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli studi di Perugia
[5] Dipartimento di Salute Mentale G. Maccacaro, ASL 3 Torino
[6] Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, Baggiovara di Modena
[7] Università degli Studi Tor Vergata, Roma e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
[8] Dipartimento di Salute Mentale e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Verona

Allo stato attuale delle conoscenze appare comunque evidente che:

- il trattamento antidepressivo deve essere continuato allo stesso dosaggio della fase acuta per un periodo di circa 6-9 mesi dopo l'induzione della remissione[96];
- il numero, la durata e la severità degli episodi depressivi condiziona la durata del trattamento;
- episodi depressivi che durano più di 6 mesi richiedono la continuazione del trattamento per più di 12 mesi[96];
- trattamenti per 1-3 anni sono indicati per i pazienti con sintomi residui di moderata entità, o che hanno avuto un episodio estremamente severo con rischio elevato di suicidio[74];
- un trattamento per almeno un anno è indicato in presenza di un solo episodio depressivo severo; per 2-3 anni se vi sono stati due episodi e trattamenti ancora più protratti nel caso di tre o più episodi di depressione maggiore severi[4,5].

AD e Anziani: Depressioni "Minori" >> 2 RCT <<

- ***Williams et al, 2000, JAMA, 284***
- ***Remission rate*** **(HAM-D ≤ 7) – 11 settimane:**
  - ✓ **Paroxetina: 45.6% (p=.004 vs. PBO)**
  - ✓ **Problem Solving Therapy: 50.8% (ns vs. PBO)**
  - ✓ **PBO: 40.3%**

- ***Devanand et al, 2005, Am J Ger Psychiatry, 13***
- **Tasso di risposta (HAM-D) – 12 settimane**
  - ✓ **Fluoxetina: 27.3 %**
  - ✓ **PBO: 19.6 %**

Depressione geriatrica

Sospettata sempre

Indagata attivamente

Riconosciuta tempestivamente

Trattata coerentemente