

Simposio aperto a medici e infermieri
**DISTURBI DEPRESSIVI NELL'ANZIANO:
SPECIFICITÀ CLINICA E DI CONTESTO**

*Moderatori: Walter De Alfieri (Grosseto),
Gianbattista Guerrini (Brescia)*



Disturbi depressivi nel paziente istituzionalizzato

Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci (Abbiategrasso, Milano)

a.guaita@golgiredaelli.it

La depressione è considerata uno dei (due) maggiori problemi da gestire per migliorare la salute mentale dei residenti in RSA

"Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia.

American Geriatrics Society;

American Association for Geriatric Psychiatry.

J Am Geriatr Soc 2003;51:1287-98

3 domande

1. Vi sono difficoltà specifiche per la definizione diagnostica della depressione in RSA ?
2. Chi sta in RSA è più depresso di chi , a pari condizioni, sta a casa?
3. Il trattamento per la depressione dei residenti è adeguato?

Domanda 1 : Vi sono difficoltà specifiche
per la definizione diagnostica della
depressione in RSA ?

Prevalenza della depressione in Nursing Homes secondo alcuni studi :

*(1-4% anziani in generale; 6- 9% ambulatoriale; 10 – 12 % ospedaliera)**

- 10 % major dep + 29 % symptoms (Seitz D, Purandare N, Conn D. Int Psychogeriatr. 2010;22:1025-39)
- 23.0 % (Snowdon J, Int Psychogeriatr. 2010;22:1143-8.)
- 16.9% (Davison TE, Aging Ment Health. 2007 ;11:82-8)
- 22.3% (Kaup BA, Am J Geriatr Psychiatry. 2007 ;15:438-42)
- 48% (Levin CA, J Am Med Dir Assoc. 2007; 8:585-94)
- 12- 14 % (Alexopoulos G.S, Lancet 2005; 365: 1961- 70)
- 20,3 (Jones RN, J Am Geriatr Soc 2003;51:1404-09)
- 11 % (Brown Mn, J Am Geriatr Soc 2002; 50:69-76)

Difficoltà nell'uso del DSM IV TR per gli anziani in RSA

- Legate tutte alla comorbidità (CIRS ic medio : 4,3)
 - Richiede di decidere se il sintomo è dovuto a una condizione medica o a sostanza chimica
 - Difficoltà specifica per i sintomi “fisici” : sonno, appetito, energia, dolore*
- **Per cui:**
 - Le scale geriatriche ignorano i sintomi somatici (GDS)
 - Rilevano meglio gli items come presenti/assenti, senza stabilire la causa
 - Indagano aspetti aggiuntivi dell'umore, non somatici

* Walid MS, Zaytseva N. Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. Pain Physician. 2009;12:877-80

Sintomi depressivi in RSA: GDS a 12 items

GDS-15 items aumenta alpha da 0 .76 a **0.81**.
Togliendo questi tre items :

- Preferisce stare in casa piuttosto che uscire ?
- Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte della gente ?
- Pensa che la maggior parte delle persone stia meglio di lei? ?

Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Bagley H, Huxley P, Challis. A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R) *Int Psychogeriatr.* 2000;12:173-81

Sintomi depressivi in RSA: GDS a 5 items

Geriatric Depression Scale (GDS)	SI	NO
1. E' sostanzialmente soddisfatto della sua vita?	0	1
2. Si annoia spesso?	1	0
3. Si sente spesso senza aiuto?	1	0
4. Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire e fare cose nuove?	1	0
5. Si sente un po' inutile nella sua situazione?	1	0
Punteggio totale		/5

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. J Am Geriatr Soc. 2003;51:694-8.

Sintomi depressivi in RSA: GDS a 5 items

Table 2. Effectiveness of the Five-Item Geriatric Depression Scale (GDS) and the 15-Item GDS Compared with the Clinical Diagnosis of Depression

Measurement	All Subjects		Outpatients		Hospitalized Patients		Nursing Home Residents	
	GDS-15	GDS-5	GDS-15	GDS-5	GDS-15	GDS-5	GDS-15	GDS-5
	Value (95% Confidence Interval)							
Sensitivity	0.92 (0.88–0.96)	0.94 (0.91–0.98)	0.89 (0.80–0.98)	0.94 (0.88–0.101)	0.90 (0.82–0.97)	0.97 (0.92–0.101)	0.95 (0.90–0.100)	0.93 (0.86–0.99)
Specificity	0.83 (0.78–0.88)	0.81 (0.75–0.87)	0.85 (0.75–0.95)	0.94 (0.87–0.100)	0.81 (0.71–0.91)	0.74 (0.63–0.85)	0.83 (0.75–0.92)	0.73 (0.63–0.84)
Positive predictive value	0.83 (0.78–0.88)	0.81 (0.75–0.87)	0.85 (0.75–0.95)	0.94 (0.87–0.100)	0.81 (0.71–0.91)	0.74 (0.63–0.85)	0.83 (0.75–0.92)	0.73 (0.63–0.84)
Negative predictive value	0.92 (0.88–0.96)	0.94 (0.90–0.97)	0.93 (0.86–0.100)	0.97 (0.92–0.102)	0.89 (0.81–0.97)	0.96 (0.91–0.101)	0.93 (0.86–0.99)	0.88 (0.80–0.96)
Overall accuracy	0.87 (0.81–0.91)	0.87 (0.81–0.91)	0.86 (0.74–0.93)	0.94 (0.84–0.98)	0.85 (0.74–0.92)	0.85 (0.74–0.92)	0.90 (0.81–0.95)	0.84 (0.74–0.91)
Positive likelihood ratio	5.40 (4.82–6.03)	4.92 (4.39–5.5)	5.87 (4.7–7.3)	15.58 (12.49–19.39)	4.63 (3.74–5.7)	3.74 (3.03–4.62)	5.70 (5.61–5.78)	3.47 (2.74–4.35)
Negative likelihood ratio	0.10 (0.11–0.09)	.07 (0.08–0.06)	0.13 (0.10–0.16)	0.06 (0.05–0.07)	0.13 (0.1–0.16)	0.05 (0.04–0.06)	0.06 (0.05–0.07)	0.10 (0.08–0.12)
GDS-15 score >5/ clinical diagnosis	$\kappa = 0.74$		$\kappa = 0.71$		$\kappa = 0.70$		$\kappa = 0.79$	
GDS-5 score ≥ 2 / clinical diagnosis	$\kappa = 0.74$		$\kappa = 0.87$		$\kappa = 0.70$		$\kappa = 0.67$	
Interrater reliability	$\kappa = 0.88$		$\kappa = 0.89$		$\kappa = 0.86$		$\kappa = 0.84$	
Test-retest reliability	$\kappa = 0.84$		$\kappa = 0.86$		$\kappa = 0.83$		$\kappa = 0.82$	

Sensitivity = proportion of true positives; Specificity = proportion of true negatives; Accuracy = proportion of correct results; Positive predictive value = number of diseased patients with positive tests divided by the number of patients with positive tests; Negative predictive value = number of nondiseased patients with negative tests divided by the number of patients with negative tests; Likelihood ratio for a positive test = sensitivity/(1 – specificity); Likelihood ratio for a negative test = (1 – sensitivity)/specificity.

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:694-8.

Difficoltà alla diagnosi di depressione in RSA: alcune ipotesi

- Sintomi riportati più spesso come somatici, pochi parlano di “depressione”
- Deterioramento cognitivo
- Non si aspettano cure per i disturbi dell’umore
- Confusione con l’invecchiamento
- Il medico fa poche domande non “fisiche”, dedica poco tempo agli aspetti soggettivi
- Ne parlano più agli infermieri e ASA che al medico

Davison TE, McCabe MP, Mellor D, Ski C, George K, Moore KA. The prevalence and recognition of major depression among low-level aged care residents with and without cognitive impairment. *Aging Ment Health*. 2007 ;11:82-8.

Accuratezza degli infermieri nel riconoscimento delle depressione negli anziani

setting	% depressi correttamente identificati	% non depressi correttamente identificati
Domicilio	26.3% (95% CI=16.2-37.8%)	94.8% (95% CI=91.3-97.4%)
Ospedale	43.1% (95% CI=31.9-54.8%)	79.6% (95% CI=71.5-86.7%)
Residenza	45.8% (95% CI=38.1-53.6%)	80.0% (95% CI=68.6-88.7%)

Mitchell AJ, Kakkadasam V. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes-A meta-analysis of routine clinical accuracy. *Int J Nurs Stud.* 2010. [Epub ahead of print]

Non riconoscimento delle depressione negli anziani istituzionalizzati

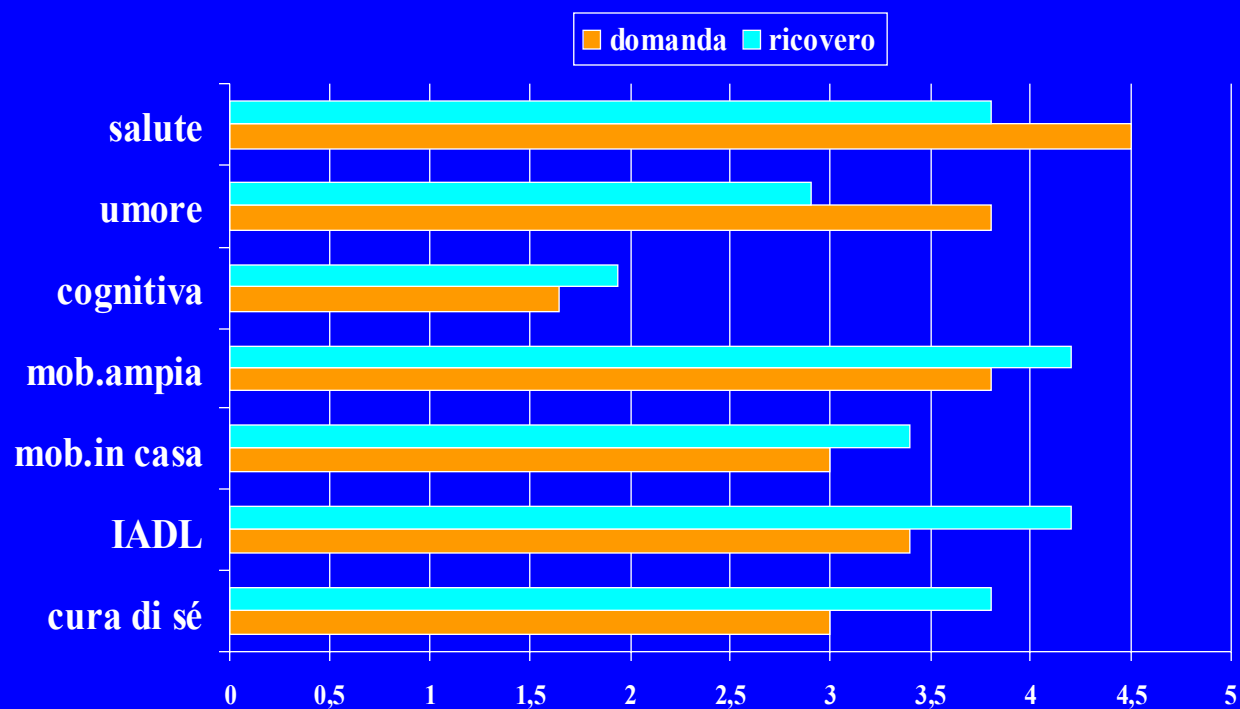
Prevalenza : 46 % ;

non riconosciuta nel 41.5% (95% CI 33.2%-50.2%)

- Miglior riconoscimento se :
 - Più giovani (PR 0.52; 95% CI 0.30-0.85)
 - Residenza privata (PR 0.59, 95% CI 0.37-0.94)
 - Residenza più grande (PR 0.94 per 50-bed increase, 95% CI 0.88-1.00)
 - Giudizio di cattiva salute del medico (PR 0.65, 95% CI 0.44-0.95).
- Peggior riconoscimento se:
 - cattiva salute autoriferita (PR 1.83, 95% CI 1.24-2.73)

2- altro motivo : la Depressione è fattore favorente il ricovero in RSA- 1

Indici di fragilità : Confronto fra chi ha fatto domanda di ricovero e ricoverati in RSA



Guaita A., Pucci D. Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria : dimensione quantitativa e qualitativa Tendenze nuove 2001; 2-3 : 243 – 250

2- Altro motivo : depressione fattore favorente il ricovero in RSA-2

- 2718 Soggetti, in 11 paesi europei (MDS Depression Rating Scale). Il rischio aggiustato era più alto per i depressi (RR = 1.43; 95% CI = 1.02 a 2.02). con incremento lineare al punteggio della depressione

(Onder G, Liperoti R, Soldato M, Cipriani MC, Bernabei R, Landi F. Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. J Clin Psychiatry. 2007 ;68:1392-8.)

- Dati del Medicare; anche controllando per salute fisica, stato funzionale, età, stato socio economico coloro che avevano sintomi depressivi (SF 36) erano ad aumentato rischio di ricovero residenziale . Come variabile indipendente la depressione vale + del n° di limitazioni ADL (RR: 1.381 versus 1.273

(Harris Y. Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. J Am Med Dir Assoc. 2007 ;8:14-20.); Harris Y, Cooper JK. Depressive symptoms in older people predict nursing home admission. J Am Geriatr Soc. 2006;54:593-7.)

- Dimessi dall'ospedale : la depressione si associa ad un 50% di aumento del rischio, anche controllando per le variabili demografiche e di cura (RR: 1.60; 95% CI: 1.35-1.68).

(Ahmed A, Ali M, Lefante CM, Mullick MS, Kinney FC. Geriatric heart failure, depression, and nursing home admission: an observational study using propensity score analysis. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14:867-75)

Depressione/RSA: associazione con disabilità? forse il contrario

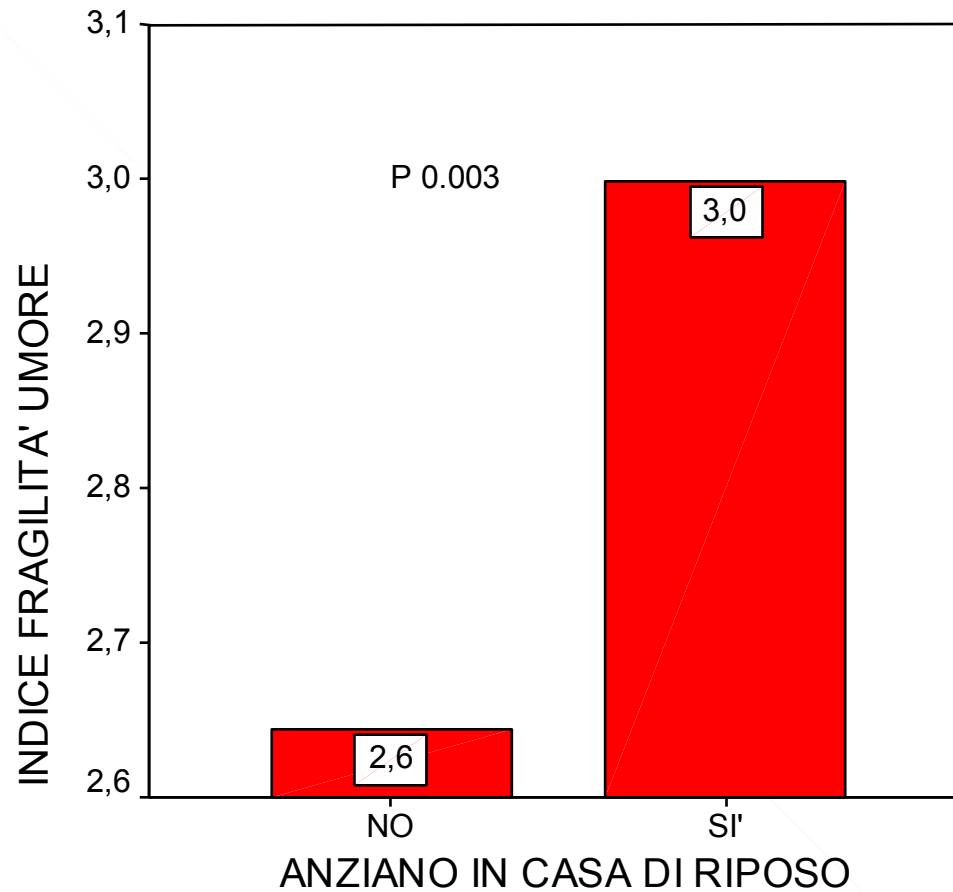
- 350 anziani da 14 residenze, studio cross sectional
- “..Presence of depression was associated with significantly less well being, but not with more disability...”
- Presence of depression also significantly associated withless assistance in ADL...”
- + visite mediche, + farmaci (+ antidepressivi).

Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis L, Gundy CM, Beekman AT, Eefsting JA. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2006 ;21:325-32.

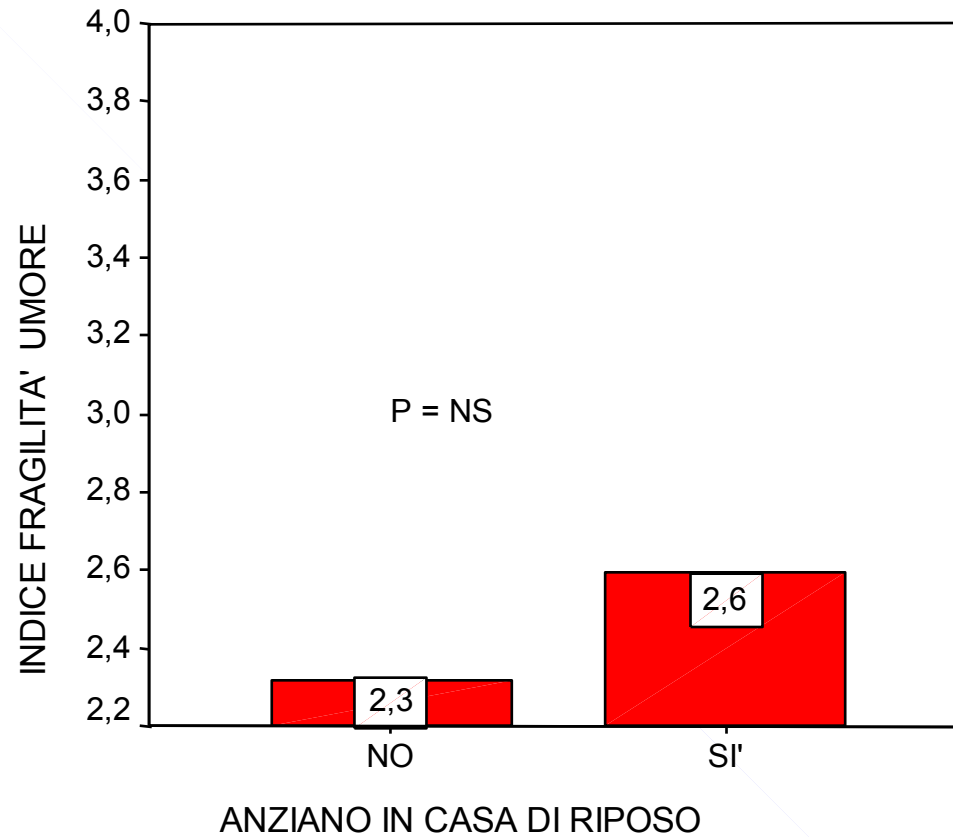
Domanda 2+ depressi nelle RSA ?

- *Richard N. Jones, Edward R. Marcantonio , Rabinowitz T Prevalence and Correlates of Recognized Depression in U.S. Nursing Homes J Am Geriatr Soc 2003 ; 51 : 1404- 1409 : ...Depression affects frail elderls residing in NHs disproportionately....*
- *Gueldner SH ; Loeb S ; Morris D ; Penrod J ; Bramlett M ; Johnston L ; Schlotzhauer P A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. Arch Psychiatr Nurs. 2001; 15:232-40*

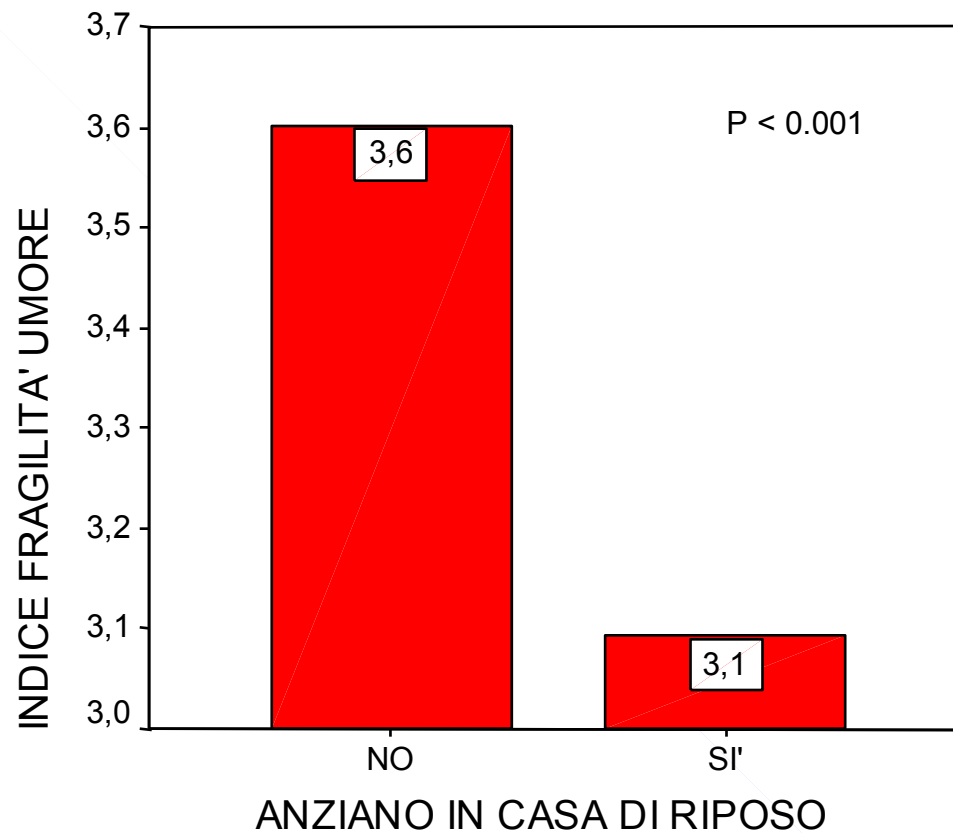
.. 68 ricoverati vs 70 al domicilio= + depressione nei ricoverati...



3000 ultra65enni lombardi



2178 SOGGETTI CON INTERMEDIA FRAGILITA' FISICA



A. Guaita, G.R. Carella, R. Vaccaro DEPRESSIONE IN RSA: CONFRONTO CON ANZIANI A DOMICILIO *Psicogeriatría* 2006; I: 21 – 24

Risposta alle domande 1 e 2

- Sì, in RSA vi sono più difficoltà nel definire la depressione che nella popolazione generale della stessa età
- I dati di prevalenza quindi non sono del tutto affidabili per le differenze di metodo e per le difficoltà del contesto
- La maggior presenza iniziale e la diminuzione dei sintomi con il ricovero, assegna un ruolo centrale alla fase di transizione
- L'opinione di una maggior presenza di depressi nelle RSA potrebbe essere un errore di tipo primo

Domanda 3: Il trattamento per la depressione dei residenti è adeguato?

Diagnosi di depressione in RSA non sempre assicura il trattamento*

- 76 735 residenti in 921 nursing homes (MDS dep.)
- 48% con diagnosi attiva di depressione; di questi :
 - **23% non era trattata;**

Non sempre il trattamento è giustificato da una diagnosi di depressione**

11 RSA svedesi, 70 trattati senza diagnosi ; sospesa : non è cambiato nulla

*Levin CA, Wei W, Akincigil A, Lucas JA, Bilder S, Crystal S. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. J Am Med Dir Assoc. 2007; 8:585-94.

**Ulfvarson J, Adami J, Wredling R, Kjellman B, Reilly M, von Bahr C. Controlled withdrawal of selective serotonin reuptake inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes with no indication of depression. Eur J Clin Pharmacol. 2003; 59:735-40

Efficacia dell'uso di psicofarmaci nelle Nursing homes

- 51,5 % assume psicotropi di cui poco meno della metà, multipli (22,7 % dei residenti)
 - **19,8 % antidepressivi** ; solo il 30 % di chi presenta sintomi depressivi è in trattamento
 - **21,3 % assume antipsicotici**
- Importanti disturbi psicotici rimangono presenti in chi assume antipsicotici, così come sintomi depressivi in chi assume antidepressivi
- Conclusione : possibile ruolo per trattamenti non farmacologici

Interventi per migliorare i sintomi depressivi: Yoga

- 69 persone >60 anni ricoverate in residenza
- 3 gruppi: Yoga, Ayurveda, o Controllo per 24 settimane (Geriatric Depression Scale 15-item).
- Il programma Yoga includeva posture, rilassamento, respiro,
- Controlli : canzoni devozionali, letture.
- Il gruppo Ayurveda : preparazioni a base di erbe due volte al giorno
- Nel gruppo Yoga la valutazione dei sintomi depressivi diminuiva sia a 3 che 6 mesi (10.6 => 8.1 => 6.7, $p < .001$). Gli altri gruppi non dimostrarono variazioni.

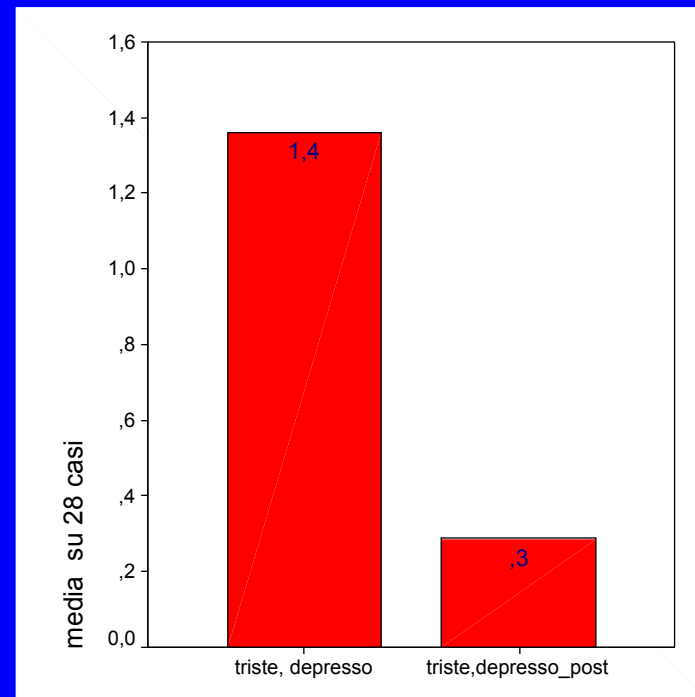
Interventi per migliorare i sintomi depressivi : gli occhiali

Gli occhiali diminuiscono il punteggio della GDS rispetto ai controlli (cui vengono dati 2 mesi dopo) ($p = 0.003$)

Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. Arch Ophthalmol. 2007 ;125:1471-7.

Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes:
management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. (JAGS 2003)

7 - Un ambiente fisico di
aspetto “casalingo” è
un ingrediente
necessario della qualità
della vita e del
successo nel gestire
depressione e sintomi
comportamentali.



Vaccaro R, Valle E, Garolfi S, Andreoni G, Guaita A. Cambiare non nuoce :
trasferimento di un Nucleo Alzheimer e valutazione dello stress. I luoghi della cura
2008; 6(2): 21- 25

Risposta alla domanda 3

- Non, non è adeguato
- Vi sono sia depressi non trattati, che non depressi trattati
- Il trattamento farmacologico non è sempre efficace
- Scarsa applicazione dei trattamenti non farmacologici

Grazie per l'attenzione



In nessuna parte
di terra

Mi posso

Accasare

.....

Godere un solo
minuto di vita
iniziale

Cerco un paese
Innocente

(Girovago, Ungaretti, 1918)