

Dott.ssa Cristina Casillo



L'Invecchiamento della Popolazione

Significato, dinamiche demografiche e indicatori statistici

Cosa significa essere "anziani" oggi?

Ridefinizione anagrafica: La soglia statistica si sta progressivamente spostando da 65 a 75 anni a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e del miglioramento complessivo delle condizioni di salute.

Invecchiamento attivo: Una fase caratterizzata da passioni, partecipazione civica e supporto sociale continuativo (es. il ruolo cruciale dei nonni come pilastro del welfare familiare).

Transizione epidemiologica: Spostamento dell'attenzione medica dalla gestione delle patologie acute alla cura e al supporto della cronicità, con focus su benessere psicofisico e qualità della vita.

La Transizione Demografica e Indicatori Chiave

Indice di Vecchiaia (>180%): Si registrano stabilmente più di 180 anziani per ogni 100 giovani sotto i 14 anni, evidenziando una struttura demografica sbilanciata.

Aspettativa di Vita (83+ anni): Media nazionale elevata, attestata sopra gli 83 anni per gli uomini e gli 85 anni per le donne.

Indice di Dipendenza (ca. 40%): Rapporto tra la popolazione in età pensionabile (65+) e quella in età attiva (15-64), determinante per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Evoluzione Fasce d'Età (2002 vs 2026)

- 0-14 anni: in calo dal 14.3% al 11.5%
- 15-64 anni: contrazione dal 67.3% al 63.5%
- 65+ anni (Anziani): picco dal 18.4% al 25.0%

1. Introduzione ed Epidemiologia

Un problema sommerso: Ansia e depressione negli anziani (over 65) sono spesso sottovalutate o scambiate per normale invecchiamento.

Dati statistici: Colpiscono circa il **10-13%** della popolazione generale della terza età.

Impatto nelle strutture: La prevalenza sale drasticamente fino al **30%** tra gli anziani che vivono in RSA o contesti residenziali.

Sotto-diagnosi: Molti casi rimangono non diagnosticati a causa della tendenza a non verbalizzare il disagio emotivo.

3. Fattori di Rischio e Vulnerabilità

Fattori Biologici: Presenza di patologie croniche, neurodegenerazione e la cosiddetta **depressione vascolare**.

Fattori Psicologici: Elaborazione di lutti significativi (perdita del coniuge o di coetanei) e la ridefinizione del sé dopo il pensionamento.

Fattori Sociali: Isolamento, solitudine, barriere architettoniche e la percezione di essere un 'peso' per la famiglia.

Politerapia: L'assunzione contemporanea di numerosi farmaci può causare interazioni ed effetti collaterali sul tono dell'umore.



Fattori di Rischio Principali

- Eventi scatenanti e condizioni di vulnerabilità:
  - Cambiamenti di vita: pensionamento e conseguente perdita del ruolo sociale.
  - Sfera affettiva: lutti significativi (coniuge, amici, coetanei) e solitudine prolungata.
  - Salute e autonomia: insorgenza di malattie croniche, dolore costante e perdita dell'autosufficienza.

Ulteriori fattori di rischio ed elementi impattanti:

- **Eventi stressanti e traumatici:** la perdita di figure care contribuisce a solitudine e depressione.
- **Isolamento e solitudine:** interessano circa 1/4 degli anziani, aumentando il cortisolo e il rischio cardiovascolare.
- **Mobilità, condizioni mediche e psichiatriche:** peggioramento motorio, demenze (Alzheimer) e declino cognitivo.
- **Uso di sostanze:** alcol, caffeina, farmaci prescritti o da banco possono mascherare o acuire i sintomi.
- **Familiarità e vulnerabilità sociale:** disturbi d'ansia, ageismo (anziano visto come peso) e contesti familiari difficili.
- **Ruolo di caregiver:** l'assistenza continuativa al coniuge malato risulta emotivamente e fisicamente gravoso.

Molti anziani affetti da ansia presentavano un disturbo già in età giovanile, talvolta non diagnosticato o non trattato.

Sintomatologia Depressiva

I Criteri Diagnostici del DSM-5

I 9 Criteri Sintomatologici



6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.

7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati.

8. Ridotta capacità di pensare, concentrarsi o spiccata indecisione.

9. Pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio.

La Regola Fondamentale del DSM-5



Presenza di almeno 5 sintomi su 9 complessivi per un periodo minimo di almeno 2 settimane.



I sintomi devono rappresentare un netto cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento dell'individuo.



Criterio Vincolante: Almeno uno dei sintomi espressi deve essere obbligatoriamente uno dei due 'sintomi cardine':

1. **Umore depresso (per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni)**
2. **Anedonia (marcata diminuzione di interesse o piacere per quasi tutte le attività)**

Compromissione Funzionale ed Esclusioni



Disagio Clinicamente Significativo

I sintomi causano una marcata sofferenza o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti della vita quotidiana.



Criteri di Esclusione

L'episodio non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (es. abuso di droghe, farmaci) o a un'altra condizione medica generale.

I sintomi non devono essere meglio spiegati da un disturbo dello spettro della schizofrenia o altri disturbi psicotici.



Sintomi Depressivi e Ansiosi nell'Anziano

Guida al riconoscimento e segnali d'allarme

La Complessità del Riconoscimento

Spesso confusa con il normale invecchiamento o patologie fisiche.

L'anziano tende a non dichiarare apertamente la tristezza.

Il disagio viene espresso principalmente attraverso il corpo (somatizzazione) o l'apatia.

2. Quadro Clinico e Peculiarità

- **Mascheramento somatico:** Il disagio psichico viene espresso tramite il corpo (dolori articolari, disturbi gastrointestinali, cardiopalmo).
- **Apatia e Anedonia:** Spesso prevalgono sulla tristezza esplicita; l'anziano appare indifferente, privo di motivazione e passivo.
- **Ipocondria e ansia focalizzata:** Marcata preoccupazione per la propria salute fisica, paura delle malattie e della perdita di autonomia.
- **Pseudodemenza depressiva:** Deficit di memoria e rallentamento cognitivo indotti dalla depressione, che simulano una demenza ma sono reversibili.

Sintomi Fisici e Somatizzazione

La "depressione mascherata" si manifesta attraverso il corpo:

- Dolori diffusi: mal di testa, dolori articolari o muscolari senza causa evidente.
- Problemi gastrointestinali: stitichezza, forti alterazioni dell'appetito e calo di peso.
- Stanchezza cronica: marcata perdita di energia e debolezza diffusa.
- Disturbi del sonno: insonnia grave, risvegli precoci o, al contrario, ipersonnia.



Depressione: Cambiamenti Comportamentali

- **Apatia e anedonia:** Perdita totale di interesse verso i propri hobby, le passioni storiche o la cura personale.
- **Isolamento sociale volontario:** Tendenza a rifiutare visite da familiari e amici, riduzione delle uscite e chiusura in se stessi.
- **Irritabilità e scontrosità:** Il dolore interiore può manifestarsi non con il pianto, ma con rabbia improvvisa o continue lamentele.
- **Sensi di colpa disfunzionali:** Espressione verbale di sentirsi un peso inutile per i propri cari o per la società.

Ansia nell'Anziano: Segnali Psicologici e Comportamentali



Ipocondria e ansia per la salute: Preoccupazione eccessiva e rigida per il proprio corpo, con continue richieste di accertamenti clinici.



Agitazione motoria: Comportamenti ripetitivi come camminare continuamente per le stanze o tormentarsi nervosamente le mani.



Paura della perdita di autonomia: Terrore di cadere, di restare soli in casa o di perdere il controllo delle proprie facoltà mentali.



Condotte di evitamento: Rifiuto progressivo di uscire da soli o frequentare posti nuovi per timore di sentirsi male o non riuscire a rientrare.

Difficoltà Cognitive

Pseudodemenza Depressiva

I deficit cognitivi causati dalla depressione possono simulare una demenza vera e propria.

- Sintomi tipici: problemi di memoria, grave disattenzione, forte lentezza nei pensieri.
- Come distinguerla: nella depressione i sintomi insorgono più rapidamente e migliorano significativamente con il trattamento del tono dell'umore.

Depressione vs Pseudodemenza

Differenze cliniche, neuropsicologiche e strumentali nell'anziano

L'Inquadramento Clinico

La Pseudodemenza Depressiva

- Esordio rapido, preciso e databile.
- Il paziente lamenta molto i deficit.
- Forte stato di angoscia e colpa.
- Atteggiamento rinunciatario ai test.

La Demenza Vera (es. Alzheimer)

- Esordio insidioso e lento.
- Scarsa consapevolezza (Anosognosia).
- Tendenza a minimizzare le lacune.
- Atteggiamento confabulatorio ai test.

Confronto delle Performance Cognitive

Caratteristica	Pseudodemenza	Demenza Vera
Andamento temporale	Fluttuante, legato allo stato d'animo	Progressivo e costantemente declinante
Sforzo nei test	Scarso o assente, si arrende subito	Elevato, cerca di compensare l'errore
Memoria recente/remota	Deficit simili in entrambe	Compromissione precoce della memoria recente
Risposta ad antidepressivi	Regressione dei sintomi cognitivi	Miglioramento dell'umore, non del deficit



Diagnostica Strumentale: Neuroimaging

- **Risonanza Magnetica (RMN / TC)**

• Demenza Vera: Evidenzia atrofia cerebrale marcata su lobi temporali mediali e ippocampi.

• • Pseudodemenza: Struttura cerebrale conservata e coerente con l'età cronologica.

PET Cerebrale (FDG-PET)

• Demenza Vera: Chiaro ipometabolismo corticale in aree specifiche (es. temporo-parietale).

• Pseudodemenza: Metabolismo normale o lieve riduzione aspecifica frontale reversibile.

Biomarcatori Liquorali ed EEG

- **Liquido Cerebrospinale (Liquor)**
- • Alzheimer: Riduzione dei livelli di Beta-amiloide (Aβ42) e incremento di Tau e Tau-fosforilata.
- • Pseudodemenza: Valori dei biomarcatori liquorali perfettamente nella norma.

Elettroencefalogramma (EEG)

• Demenza Vera: Rallentamento diffuso e precoce dell'attività elettrica di fondo (ritmi theta/delta).

• Pseudodemenza: Tracciato generalmente normale o privo di anomalie specifiche.

Sintesi Diagnostica e Reversibilità

- La diagnosi corretta evita l'uso errato di terapie neuroelettriche o antipsicotici.
- Il trattamento con antidepressivi (es. SSRI) può confermare la diagnosi (ex-adiuvantibus).
- Un approccio multidisciplinare integrato assicura la massima accuratezza clinica.
- I deficit cognitivi riscontrati nella pseudodemenza sono totalmente reversibili.

4. Strategie di Intervento e Cura

Approccio Multidisciplinare: Integrazione tra valutazione geriatrica, supporto psicologico e intervento sociale.

Trattamento Farmacologico: Seguire la regola d'oro geriatrica: **'Start low and go slow'** (iniziare a dosi minime e progredire lentamente).

Pericolo Benzodiazepine: Evitare assolutamente l'automedicazione; gli ansiolitici classici aumentano il rischio di cadute, fratture e confusione mentale.

Interventi Non Farmacologici: Psicoterapia adattata alla terza età, attività motoria dolce, stimolazione cognitiva e reinserimento in attività sociali.

3. Trattamento Farmacologico Specialistico

Farmaci di Prima Scelta

Gli antidepressivi SSRI (Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina) sono preferiti per il loro profilo di tollerabilità e le minori interazioni con le terapie croniche.

La Regola: "Start Low, Go Slow"

Nel paziente geriatrico è fondamentale iniziare con dosaggi ridotti (spesso la metà rispetto all'adulto) e aumentarli in modo estremamente graduale.

Tempi di Risposta Prolungati

A differenza dei giovani, l'efficacia terapeutica nell'anziano richiede tempi più lunghi, manifestandosi pienamente anche dopo 6-12 settimane di terapia costante.

Uso Attento delle Benzodiazepine

Gli ansiolitici tradizionali vanno usati con estrema cautela e per brevi periodi a causa del rischio elevato di sedazione, cadute e deficit di memoria.

2. Supporto Psicologico e Psicoterapeutico

- **Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)**
- Efficace per identificare e ristrutturare i pensieri automatici negativi legati all'inutilità, contrastare il rimuginio ansioso e favorire l'attivazione comportamentale.

- **Terapia Interpersonale (IPT)**
- Focalizzata sulla gestione dei conflitti familiari, sull'elaborazione dei lutti e sull'adattamento ai drastici cambi di ruolo causati dal pensionamento.

- **Tecniche di Rilassamento e Mindfulness**
- Esercizi di respirazione guidata e rilassamento muscolare per attenuare e controllare l'attivazione somatica dell'ansia (come palpitazioni e tensioni).

1. Strategie di Prevenzione e Stile di Vita



Attività Fisica Adattata



L'esercizio regolare (passeggiate, ginnastica dolce) stimola la produzione di endorfine e riduce significativamente l'ansia e i sintomi depressivi fisici.



Contrasto all'Isolamento Sociale



La partecipazione a circoli, attività ricreative, volontariato o l'uso guidato della tecnologia rappresentano i principali fattori protettivi dell'umore.



Stimolazione Cognitiva e Routine



Mantenere la mente allenata con la lettura o nuovi hobby, unito a una routine quotidiana strutturata, favorisce stabilità emotiva e senso di controllo.



Alimentazione e Idratazione



Una dieta bilanciata e una corretta idratazione supportano direttamente la biochimica cerebrale, migliorando i livelli energetici e la resilienza psichica.

Le Riserve della Resilienza: I 4 Pilastri

- **Riserva Cognitiva**

Stimolazione mentale, lettura e apprendimento continuo.

- **Riserva Emotiva**

Regolazione dello stress e accettazione attiva dei propri limiti.

- **Supporto Sociale**

Contrasto alla solitudine tramite famiglia, amicizie e volontariato.

- **Riserva Fisica**

Movimento costante e stile di vita sano per proteggere l'organismo.

Guardare al Futuro con Flessibilità

- La resilienza si allena e si rinnova a qualsiasi età.
- Accettare il cambiamento significa ridisegnare attivamente i propri scopi.
- Investire oggi sulle proprie riserve personali garantisce un domani autonomo.

Sintesi: Sinergia delle Opzioni Terapeutiche

Approccio	Indicazione Clinica	Beneficio Chiave
Stile di Vita Attivo	Prevenzione primaria e mantenimento nei disturbi lievi	Potenziamento della salute fisica, neurogenesi e riduzione dello stress
Psicoterapia	Sintomi lievi-moderati; presenza di lutti o conflitti familiari	Ristrutturazione cognitiva, elaborazione emotiva senza effetti collaterali
Terapia Farmacologica	Sintomi moderati-gravi; ridotta risposta ad altre cure	Stabilizzazione biochimica dell'umore e dei circuiti dell'ansia

- Con l’invecchiamento rapido della popolazione mondiale**, il tema della salute mentale in età avanzata diventa sempre più centrale.** Sebbene molti anziani siano attivi e contribuiscano alla società, una parte significativa è esposta al rischio di disturbi come ansia e depressione, spesso in associazione a fragilità fisica, dolore cronico o ridotta autonomia.
- **Sentirsi ansiosi o nervosi è una reazione normale allo stress e fa parte dell’esperienza umana a tutte le età. In molte situazioni, l’ansia ha una funzione positiva: ci aiuta ad affrontare problemi, situazioni nuove o potenzialmente pericolose. È quindi normale provare ansia di fronte a una malattia, a cambiamenti sociali o a eventi spaventosi**. Tuttavia, **quando l’ansia diventa frequente**, intensa e **interferisce con la vita quotidiana, le relazioni e l’autonomia personale, può trasformarsi in un vero e proprio disturbo.**
- **"Affrontare ansia e depressione nella terza età richiede uno sguardo corale: serve la medicina, ma serve soprattutto una comunità capace di stringere di nuovo i legami."**

