UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

L'assistenza infermieristica del paziente geriatrico con depressione. Una revisione della letteratura.

Relatore: Dott.ssa Campello Elena

Laureando: Lombardi Eleonora

Matricola n.: 1197999

Anno Accademico 2020 – 2021

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

L'assistenza infermieristica del paziente geriatrico con depressione. Una revisione della letteratura.

Relatore: Dott.ssa Campello Elena

Laureando: Lombardi Eleonora

Matricola n.: 1197999

Anno Accademico 2020 – 2021

ABSTRACT

Background: la depressione è un disturbo del tono dell'umore, funzione psichica importantissima per l'adattamento. Questa malattia psichiatrica è una delle più comuni e invalidanti, che colpisce le persone di qualsiasi età. Nell'anziano la prevalenza di questo disturbo è molto alta ed i sintomi con cui si manifesta sono gli stessi che nell'adulto, con la differenza che viene molto sottostimato.

Finalità ed obiettivo: questa revisione della letteratura propone un approfondimento sugli interventi assistenziali infermieristici che sono da mettere in atto nei confronti dei pazienti anziani con depressione. L'obiettivo è quello di indagare l'utilità delle tecniche non farmacologiche, associate alla terapia standard, utilizzate nel trattamento della depressione senile, migliorandone le attività di vita quotidiana (ADL) e di conseguenza la qualità generale.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura consultando le seguenti banche dati: PUBMED, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR, RNAO. Sono stati selezionati studi con *abstract* e *full text* in un range temporale di 10 anni.

Risultati: la ricerca in letteratura ha permesso di selezionare 12 articoli rispondenti al quesito di ricerca di cui: 3 RCT, 5 revisioni sistematiche e metanalisi, 1 revisione sistematica, 1 metanalisi, 1 studio trasversale e 1 linea guida.

Complessivamente gli studi hanno indagato gli interventi da effettuare nei confronti dei pazienti anziani di età > 60 anni in ambito sia intra che extraospedaliero.

Conclusione: I risultati della revisione hanno fornito una risposta al quesito di ricerca del presente lavoro, dimostrando che l'attività fisica è l'intervento non farmacologico terapeuticamente più rilevante che l'infermiere può inserire nel programma educativo, volto a migliorare il benessere del paziente con depressione. I ricercatori, comunque, invitano ad effettuare ulteriori studi a riguardo per dimostrarne l'effetto anche su larga scala.

Parole chiave: *elderly depression, non pharmacological treatments, exercise, depression, older adults, elderly, music therapy, guidelines, psychological practice, depression, effects of exercise, depressive symptoms.*

INDICE

Glossario e abbreviazioni 3
INTRODUZIONE 5
CAPITOLO 1 – La depressione nell'anziano 7
1.1 I disturbi depressivi 7
1.2 La depressione senile 8
1.3 La terapia standard 9
1.4 Il ruolo dell'infermiere 10
CAPITOLO 2 – Metodologia della ricerca 13
2.1 Obiettivo dello studio 13
2.2 Quesito di ricerca 13
2.3 Strategia di ricerca: 13
2.4 Processo di selezione degli studi 14
2.4.1 Criteri di selezione 14
2.4.2 Strategie di selezione 14
CAPITOLO 3 – Risultati della ricerca 15
3.1 Presentazione degli studi selezionati 15
3.2 Descrizione degli studi selezionati 15
3.3 Sintesi dei risultati 30
Tabella 1. Sintesi dei risultati degli studi *30*
CAPITOLO 4 - Discussione e conclusione 37
4.1 Discussione dei risultati 37
4.2 Implicazioni per la pratica 38
4.3 Implicazioni per la ricerca 39
4.4 Conclusioni 39
BIBLIOGRAFIA 41
ALLEGATI 45
Allegato 1: Tabella sintesi della ricerca degli studi. 45
Allegato 2: flow chart di selezione degli studi 49

Glossario e abbreviazioni

ADL – Activities of Daily Living

CBT – Cognitive Behavioural Therapy

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

GDS – Geriatric Depression Scale

ICD-10 – International Classification of Diseases

LCTF – long-term care facility

MADRS – Montgomery Asberg Depression rating scale

MDD – Major Depressive Disorder

MMSE – Mini-Mental State Examination

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index

PST – Pulsed Signal Therapy

QOL – Quality Of Life

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders	Uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM-I) e fu redatta dall'American Psychiatric Association (APA). L'attuale versione è il DSM 5.
GDS – Geriatric Depression Scale	Una delle scale di valutazione più diffusa per la rilevazione dei sintomi depressivi nel paziente anziano fragile e nel paziente che presenta lieve demenza.
ICD-10 – International Classification of Diseases	Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità.
LCTF – long-term care facility	Comprende tutti i servizi destinati all'assistenza a lungo termine e si concentra sui bisogni individuali e coordinati della persona. Tali servizi promuovono

	l'indipendenza dell'anziano e ne migliorano la qualità di vita.
MADRS – Montgomery Asberg Depression rating scale	Scala utilizzata per valutare la gravità dei disturbi dell'umore, della concentrazione, della condizione fisica, disturbi del sonno riscontrati negli stati depressivi.
MMSE – Mini-Mental State Examination	Test neuropsicologico per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo.
MOCA – Montreal Cognitive Assessment	Screening per valutare l'eventuale presenza di un deterioramento cognitivo lieve.
PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index	Test di autovalutazione sulla qualità del sonno, che prende in considerazione valutazioni sul sonno relative all'ultimo mese.

INTRODUZIONE

L'argomento sul quale è stata condotta questa revisione della letteratura è l'assistenza infermieristica nella presa in carico del paziente geriatrico con depressione. La depressione è il disturbo mentale più diffuso: si stima che in Italia superino i 2,8 milioni (5,4% delle persone di 15 anni e più). 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 anni) (ISTAT, 2018).

L'idea è nata dall'esperienza vissuta durante il tirocinio curriculare nel reparto di geriatria, ma che ho potuto osservare anche in tutte le altre opportunità formative del triennio, poiché ad oggi l'età senile è quella maggiormente presente nei reparti. Poiché la *routine* dell'assistenza ospedaliera è molto frenetica, l'aspetto relazionale con il paziente viene spesso sottovalutato e di conseguenza disturbi come quello depressivo non vengono identificati. Inoltre, i casi clinici che ho potuto osservare, nei quali la depressione era stata diagnosticata, il trattamento era prettamente farmacologico ed andava a sommarsi ad una terapia già consistente. Nelle diverse unità operative ho potuto "toccare con mano" le conseguenze di una terapia non adeguata, sia nei pazienti che nei *caregivers*.

Da qui è nato l'interesse di individuare ed analizzare le migliori evidenze scientifiche presenti in letteratura per determinare l'efficacia di trattamenti non farmacologici, in supporto alla terapia standard, volto a migliorare l'autonomia e di conseguenza la qualità di vita dell'assistito.

L'elaborato si articola nei seguenti capitoli: il primo descrive il *background* in cui saranno definiti i disturbi depressivi, la depressione senile, la terapia standard ed il ruolo dell'infermiere; nel secondo capitolo viene esposta la metodologia della ricerca, che comprende l'obiettivo e il quesito di ricerca, le *keywords*, le fonti di ricerca e il processo di selezione degli studi. Nel terzo capitolo vengono elencati tutti gli studi presi in considerazione con la descrizione dei risultati emersi. Infine, il quarto capitolo è composto dal confronto e dalla discussione critica dei risultati raggiunti negli studi presi in esame, l'implicazione per la pratica clinica e per le ricerche future.

CAPITOLO 1 – La depressione nell'anziano

1.1 I disturbi depressivi

Spesso il termine depressione viene utilizzato per riferirsi a tutti i disturbi depressivi, ma questi hanno caratteristiche differenti che possiamo trovare descritti all'interno del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).*

Classificazione secondo sintomi specifici:

- Disturbo depressivo maggiore (depressione maggiore)
- Disturbo depressivo persistente (distimia)
- Altro disturbo depressivo specificato o non specificato

Classificazione sulla base dell'eziologia:

- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione fisica
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

La depressione può portare a disfunzioni cognitive, psicomotorie e di altro tipo (p. es., scarsa concentrazione, affaticamento, perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività precedentemente godute, disturbi del sonno), nonché a umore depresso. Le persone depresse, inoltre, hanno spesso pensieri suicidi e possono tentarlo.

Altri sintomi psichiatrici, come disturbi d'ansia e attacchi di panico, spesso coesistono, a volte complicando la diagnosi e il trattamento.

I pazienti con varie forme di depressione hanno maggiori probabilità di consumare bevande alcoliche o altre droghe ricreative nel tentativo di curare autonomamente i disturbi del sonno o i sintomi di ansia. I soggetti hanno anche maggiori probabilità di essere forti fumatori e sottovalutare la propria salute, aumentando così il rischio di sviluppare o far progredire altre malattie.

I disturbi depressivi riducono le risposte immunitarie e aumentano il rischio di malattie cardiovascolari, infarto del miocardio e ictus, probabilmente perché, nella depressione, le citochine e i fattori che aumentano la coagulazione del sangue sono elevati e la variabilità della frequenza cardiaca è ridotta. (William Coryell, 2021)

1.2 La depressione senile

La depressione senile è un disturbo dell'umore molto comune negli anziani. È stato stimato che circa il 12% delle persone in terza età soffre di un disturbo depressivo, ma alcuni studi contano una prevalenza che arriva fino al 35%.

Questo disturbo colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini con un rapporto di 2:1 e la prevalenza di disturbi depressivi in questa fascia di età è più elevata in ambienti sanitari, come ospedali e strutture residenziali.

La depressione senile può presentarsi con i sintomi depressivi più tipici, come tristezza, perdita di interesse o isolamento sociale, ma in molti casi possono essere presenti anche esperienze e sintomi diversi da quelli tipicamente descritti dall'età; infatti, l'umore depresso può essere poco intenso o interpretato, erroneamente, come una normale conseguenza dell'invecchiamento. Per questo motivo, questo disturbo è spesso sottovalutato nella popolazione anziana, non diagnosticato e quindi non trattato.

Un fattore di rischio per la depressione senile può essere la presenza di una storia di depressione pregressa, che può indicare una successiva mancanza di strategie adattative e la mancata efficacia di meccanismi funzionali.

<u>Sintomi somatici</u>

Astenia, faticabilità, calo ponderale, dolore locale o diffuso, cefalea, vertigini, palpitazioni, tachicardia, dolore toracico, dispnea, tachipnea, bocca secca, dispepsia, aerofagia, diarrea, stipsi, pollachiuria, urgenza minzionale, disfunzione erettile, calo della libido.

<u>Sintomi cognitivi</u>

Deficit della memoria, disturbi dell'attenzione, difficoltà di concentrazione, disorientamento, confusione e atteggiamenti regressivi, che possono simulare una demenza.

<u>Cause</u>

- Biologiche: si verificano alcuni eventi neurochimici durante l'invecchiamento che possono aumentare le probabilità di contrarre il disturbo, ad esempio, una riduzione dei neurotrasmettitori disponibili a livello sinaptico e un aumento degli enzimi deputati al loro metabolismo.

- Psicosociali e relazionali: vissuto di perdite, sotto diversi punti di vista, che predispongono il soggetto a sviluppare sintomi depressivi, per esempio, gli individui anziani spesso vanno incontro a problematiche nella salute fisica, con una riduzione della propria autonomia. Questa situazione può causare, a sua volta, una condizione di isolamento e solitudine, accompagnata da una riduzione dei contatti sociali.

  Inoltre, in questo periodo spesso si subiscono perdite affettive di parenti, amici e del proprio coniuge. In particolare, il lutto da vedovanza può rappresentare l'esperienza più dolorosa dell'età senile, predisponendo l'individuo a sviluppare sintomi depressivi.

Durante questa età, in più, si verifica la fase del pensionamento, che rappresenta un cambiamento importante nella vita personale, che può essere visto come una perdita del proprio ruolo nella società, nonché un cambiamento nella propria *routine*.

1.3 La terapia standard

Per il trattamento della depressione possono essere usate diverse classi di farmaci:

- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina
- Modulatori della serotonina (5-HT2 bloccanti)
- Inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina
- Inibitore della ricaptazione della noradrenalina-dopamina
- Antidepressivi eterociclici
- Inibitori delle monoaminossidasi
- Antidepressivo melatoninergico
- Farmaco simile alla ketamina

Gli effetti avversi possono essere: sensazione di agitazione, tremori, stati d'ansia, indigestione, dolori allo stomaco, diarrea o costipazione, perdita di appetito, vertigini, insonnia, mal di testa e calo della libido.

Nell'anziano, molto spesso, i farmaci per trattare il disturbo depressivo va ad aggiungersi ad una terapia farmacologica già molto fitta a causa delle numerose malattie concomitanti.

Che la popolazione generale sia sempre più anziana, affetta da comorbilità e quindi soggetta a politrattamenti è tema ormai noto nella pratica clinica quotidiana. Al

contrario meno sedimentata è la consapevolezza che la politerapia nell'anziano rischia di essere pericolosa se non addirittura fatale. Oltre il rischio di sviluppare delle reazioni avverse ai farmaci, la politerapia è associata a un rischio di sottotrattamento rispetto a patologie importanti, legata alla constatazione che un elevato numero di farmaci compromette l'aderenza alle cure (*S. Giustini, S. Thiry,* 2012).
La coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamene e terapeuticamente più rilevante, è un'altra caratteristica dei nostri tempi, che comporta nuovi bisogni di salute. (Elena Tragni *et al.*, 2014)

1.4 Il ruolo dell'infermiere

Il ruolo svolto dall'infermiere nel contesto assistenziale del paziente con depressione senile è di vitale importanza per contribuire al recupero dei soggetti con questa patologia. La prevenzione, invece, include il coinvolgimento degli operatori sanitari e della famiglia degli anziani in modo che possano essere incluse caratteristiche biopsicosociali e spirituali (*Queiroz*, 2020).
È importante che gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, conoscano il modo appropriato per identificare la depressione. Il lavoro di identificazione della malattia diventa più efficiente quando è presente la partecipazione di un *team* multidisciplinare in modo che i risultati siano completi. Questo lavoro dovrebbe essere svolto in collaborazione in modo che gli anziani possano mantenere la propria qualità di vita. L'ambiente familiare appare come il principale supporto per gli anziani depressi, fornisce numerosi benefici, tra cui mantenerne la salute fisica e mentale, cioè si configura come la principale fonte di supporto nei trattamenti farmacologici e non (*Preira et al.*, 2019).
La famiglia ha un ruolo significativo per migliorare le IADL del paziente, è essenziale che il *caregiver* cooperi con l'infermiere, dato che ciò favorisce un lavoro produttivo ed efficace, consentendo così un miglioramento più rapido e soddisfacente (*Minayo, Cavalcante,* 2015).
Gli infermieri dovrebbero porre attenzione anche alle esigenze individuali, osservando, verificando e percependo le difficoltà, i desideri, perché è da questa analisi che si dovrebbe comunicare alla famiglia ciò che viene osservato e cercare il trattamento più adatto alla persona (*Silva et al.*, 2019).

Nella pratica assistenziale l'accertamento è uno dei momenti cruciali per la presa in carico del paziente, infatti, secondo "Palestini L., 2010", la valutazione dell'anziano deve prendere in considerazione:

- Autonomia nelle attività della vita quotidiana (*Basic Activities of Daily Living – BADL*);
- Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*);
- Indice di comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale – CIRS*);
- Scala di valutazione dello stato mentale (*Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ*)
- Valutazione della qualità della vita
- *Geriatric Depression Scale* (GDS)
- Vulnerabilità psicosociale dell'anziano

CAPITOLO 2 – Metodologia della ricerca

2.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo primario di questa tesi è quello di indagare l'utilità delle tecniche non farmacologiche, associate alla terapia standard, utilizzate nel trattamento della depressione nelle persone anziane, migliorandone le attività di vita quotidiana (ADL) e di conseguenza la qualità generale.

2.2 Quesito di ricerca

Le terapie non farmacologiche messe in atto dall'infermiere, associate alla terapia farmacologica standard, possono migliorare le attività di vita quotidiana (ADL) e di conseguenza quella generale del paziente geriatrico con depressione?

P	Paziente geriatrico
I	Terapia non farmacologica associata alla terapia farmacologica standard per la depressione
O	Migliorare la qualità di vita del paziente

2.3 Strategia di ricerca:

È stata effettuata una revisione della letteratura consultando le principali banche dati disponibili: *PubMed, Scopus, Google Scholar, RNAO*.

Per la ricercar sono state utilizzate le seguenti keywords: *"elderly depression" AND "non pharmacological treatments", "exercise" AND "depression" AND "older adults", "elderly" AND "depression" AND "music therapy", "guidelines" AND "psychological practice" AND*

"older adults", "elderly" AND "depression" AND "non pharmacological" AND "treatment", "geriatic depression" AND "non pharmacological treatment", "effects of exercise" AND "depressive symptoms" AND "older adults".

2.4 Processo di selezione degli studi

2.4.1 Criteri di selezione

- Sono stati considerati solo articoli con pazienti anziani (> 60 anni);
- Disegni di studio: sono accettati tutti i disegni di studio in forma narrativa sia qualitativi che quantitativi;
- Anno di pubblicazione: ultimi 10 anni;
- Sono stati selezionati articoli in lingua italiana e inglese;
- Coinvolgimento professionisti: medici, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

2.4.2 Strategie di selezione

Dopo una selezione iniziale è stata fatta una successiva analisi per *abstract* e *full text* che hanno portato alla selezione degli articoli rispondenti al quesito di ricerca considerato. (Allegato 1).

Come sintetizzato nell'Allegato 2, la ricerca iniziale ha prodotto 9091 articoli. In seguito, sono stati esclusi 843 duplicati e altri 8236 che non erano pertinenti per il quesito di ricerca. Sono stati analizzati per titolo ed abstract 12 articoli, i quali erano così classificati: 3 RCT, 5 revisioni sistematiche e metanalisi, 1 revisione sistematica, 1 metanalisi, 1 studio trasversale e 1 linea guida.

CAPITOLO 3 – Risultati della ricerca

3.1 Presentazione degli studi selezionati

Il processo di selezione dei documenti ha portato alla selezione di 3 RCT, 5 revisioni sistematiche e metanalisi, 1 revisione sistematica, 1 metanalisi, 1 studio trasversale e 1 linea guida.

3.2 Descrizione degli studi selezionati

Di seguito si presentano gli studi che, all'interno di questa revisione, hanno riportato le nuove evidenze per il trattamento non farmacologico dell'anziano con depressione.

- ✓ *Francesca Neviani, Martino Belvederi Murri, Chiara Mussi, Federico Triolo, Giulio Toni, Elisabetta Simoncini, Ferdinando Tripi, Marco Menchetti, Silvia Ferrari, Graziano Ceresini, Alessandro Cremonini, Marco Bertolotti, Giovanni Neri, Salvatore Squatrito, Mario Amore, Stamatula Zanetidou and Mirco Neri (17 April 2017). Physical exercise for late life depression: effects on cognition and disability. (Italy)*

Disegno di studio: studio randomizzato controllato in singolo cieco (RCT)

Randomizzazione: i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a (1) sertralina (S; n = 42); (2) sertralina più esercizio aerobico progressivo di gruppo supervisionato (S+NPE; n = 37) e (3) sertralina più esercizio aerobico progressivo di gruppo supervisionato (S+PAE; n = 42)

Criteri di inclusione: età compresa tra 65 e 85 anni, affetto da Disturbo Depressivo Maggiore, un punteggio di 18 o superiore alla HAM-D Scale a 17 item ed essere sedentario.

Criteri di esclusione: presenza di un'altra diagnosi di asse I DSM-IV TR, abuso di sostanze o alcol, malattie fisiche gravi o instabili che impedirebbero l'esercizio e deterioramento cognitivo, definito MMSE inferiore a 24.

Obiettivo: confronto dell'efficacia antidepressiva di sertralina (S), sertralina più esercizio non progressivo tre volte alla settimana (S + NPE) e sertralina più tre volte esercizio aerobico progressivo settimanale (S+PAE).

Interventi: Ai pazienti del gruppo S è stata prescritta sertralina alla dose *standard* di 50 mg. L'esercizio nelle sessioni S+NPE è volto a migliorare la forza e l'equilibrio dei partecipanti, la respirazione e la coordinazione motoria comprendendo sia il lavoro al tappeto che gli esercizi strumentali. I pazienti nel gruppo S+NPE si sono esercitati sotto monitoraggio cardiaco e sono stati assegnati ad allenarsi a intervalli di frequenza cardiaca progettati per non superare il 70% della frequenza cardiaca di picco. I pazienti nel braccio S+PAE hanno ricevuto sertralina come nel braccio S. Il programma delle sessioni di PA era simile a quello di NP (tre sessioni a settimana per 24 settimane, della durata di 60 minuti, in gruppi di 3-6 partecipanti), ma gli esercizi erano basati su *cyclette* e brevi sessioni di *interval training*.

Risultati: 121 partecipanti sono stati randomizzati ai tre trattamenti: 42 nel gruppo S, 37 nel gruppo S+NPE e 42 nel gruppo S+PAE. Il punteggio medio HAM-D per l'intero campione era 20,1 ± 3,1, indicando la presenza di una sintomatologia depressiva da lieve a moderata, mentre il punteggio MOCA medio era 21,6 ± 4,1, compatibile con decadimento cognitivo lieve. Al termine dello studio, i dati sulle misure cognitive erano disponibili per 101 partecipanti (8 partecipanti mancanti dal gruppo S, 8 da S+NPE e 4 da S+PAE), dati sulla disabilità per 106 (6 partecipanti mancanti dal gruppo S, 5 da S+NPE e 4 da S+PAE).

Limiti dello studio: (1) Le capacità cognitive sono state valutate utilizzando il MOCA che, nonostante le buone caratteristiche psicometriche, è meno affidabile delle batterie neuropsicologiche complete e non comprende diverse versioni di *ri-test* per evitare effetti di allenamento. (2) La dimensione del campione era relativamente piccola, quindi forse sottodimensionata per rilevare sottili differenze. (3) L'esclusione di individui con gravi menomazioni fisiche o cognitive può anche limitare la generalizzabilità dei risultati. (4) Non possiamo escludere che la parte dell'effetto sulle funzioni cognitive possa essersi verificata a causa di una maggiore socializzazione tra i partecipanti.

- ✓ *Michele Biasutti, Antonio Mangiacotti. (2019) Music Training Improves Depressed Mood Symptoms in Elderly People: A Randomized Controlled Trial (Italy)*

Disegno di studio: uno studio controllato randomizzato (RCT)

Randomizzazione: Il metodo del numero casuale computerizzato è stato utilizzato come procedura di randomizzazione per assegnare i 51 partecipanti a un gruppo sperimentale o di controllo. Un totale di 45 partecipanti ha completato lo studio, 20 nel gruppo sperimentale e 25 nel gruppo di controllo.

Criteri di inclusione: (a) età pari o superiore a 60 anni, (b) punteggio al Mini-Mental State Examination (MMSE) uguale o superiore a 18 e (c) nessuna psicopatologia che potesse avere effetti negativi interferire con la partecipazione alla riabilitazione cognitiva.

Criteri di esclusione: (a) la presenza di gravi deficit motori che non consentono al partecipante di spostarsi dalla propria stanza, (b) aver completato in precedenza un programma di allenamento cognitivo nell'ultimo anno e (c) utilizzare attualmente farmaci antipsicotici o antidepressivi per determinare che eventuali cambiamenti di umore non erano correlati alla terapia farmacologica.

Obiettivo: indagare l'efficacia della formazione musicale nell'alleviare i sintomi dell'umore depresso negli anziani che vivono in case di cura.

Interventi: il gruppo sperimentale ha frequentato un programma intensivo di formazione musicale composto da dodici sessioni di 70 minuti, due volte a settimana. Questa formazione è progettata su esercizi di musica ritmica e improvvisazione musicale, in linea con le seguenti due categorie: (a) imitazione, creazione ed esecuzione di ritmi attraverso l'uso dello strumento Orff e delle percussioni del corpo; e (b) canto Scat. Tutti gli esercizi sono replicabili, di facile comprensione ed esecuzione, con difficoltà crescenti nel tempo. Il gruppo di controllo ha avuto un intervento sperimentale parallelo, non musicale.

Risultati: I risultati hanno rivelato un miglioramento significativo dell'indice di depressione (Geriatric Depression Scale) per il periodo sperimentale ($t = 1.450$; $p < .005$; $d = 0,453$) mentre il gruppo di controllo non ha avuto miglioramenti ($t = 0,080$; $p > .1$; $d = 0,025$). Inoltre, è stato riscontrato un significativo miglioramento del livello cognitivo (Mini-Mental State Examination) per lo sperimentale ($t = 2.300$; $p < .005$; $d = 0.668$) rispetto al gruppo di controllo che ha avuto una

significativa riduzione ($t = 1.240$; $p < 0,05$; $d = 0,273$).

Limiti dello studio: la breve durata del trattamento e la mancanza di *follow-up* a lungo termine, il *drop out* che aveva ridotto la dimensione del campione e la mancanza di test quantitativi standardizzati per misurare gli aspetti di empatia e coinvolgimento sociale, difficoltà nell'interpretazione del ruolo della riserva cognitiva sulla formazione.

- ✓ *Jesús López-Torres Hidalgo, Joseba Rabanales Sotos and DEP-EXERCISE Group (2021) Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. (Spain)*

Disegno di studio: studio clinico controllato randomizzato (RCT)

Randomizzazione: 2 gruppi randomizzati: AT = trattamento antidepressivo, PA = attività fisica. La popolazione *target* comprendeva persone di età ≥65 anni, che presentavano criteri per un episodio depressivo clinicamente significativo. Dei 432 pazienti preselezionati, 347 hanno fornito il consenso e sono stati randomizzati in uno dei due gruppi.

Criteri di inclusione: qualsiasi paziente affiliato ai centri sanitari partecipanti che ha avuto un episodio depressivo da lieve a moderato con un punteggio di almeno 10 punti sulla scala MADRS.

Criteri di esclusione: limitazione fisica o mentale in grado di impedire la partecipazione allo studio; controindicazione/i all'esercizio fisico; disturbo depressivo grave o uso di farmaci antidepressivi.

Obiettivo: confrontare l'efficacia dell'esercizio fisico con quella del trattamento con farmaci antidepressivi di *routine* utilizzati nella pratica clinica, in termini di diminuzione della sintomatologia depressiva in pazienti di età ≥65 anni che presentano con criteri clinici un episodio depressivo.

Interventi: l'esercizio fisico supervisionato consisteva in un programma di attività fisica di due sessioni di 1 ora a settimana per un periodo di 6 mesi. Le sessioni includevano una combinazione equilibrata di esercizi aerobici, di forza muscolare e di flessibilità, nonché esercizi progettati per migliorare l'equilibrio. Le sessioni includevano anche contenuti educativi su come aumentare lo sforzo fisico nella

vita quotidiana ed eseguire un esercizio fisico regolare adattato all'età individuale e alla forma fisica per mantenere un peso corporeo appropriato. Per quanto riguarda i trattamenti prescritti nel gruppo AT, il medico di base di ciascun paziente ha effettuato la scelta del farmaco più appropriato, tenendo conto delle caratteristiche del paziente.

Risultati: L'analisi ha incluso 313 partecipanti, 158 nel gruppo PA e 155 nel gruppo AT, con punteggi MADRS medi al *baseline* di 15,1 e 15,9. L'età media era rispettivamente di 72,2 e 72,8 anni. La soddisfazione per gli interventi è stata elevata in entrambi i gruppi, con la percentuale di partecipanti soddisfatti o molto soddisfatti dell'87,1%, 97,9% e 98,5% rispettivamente a 1, 3 e 6 mesi nel gruppo PA, e 76,8%, 85,0 % e 96,8% nel gruppo AT.

Limiti dello studio: l'età avanzata dei partecipanti e i problemi di salute e/o le limitazioni funzionali comuni agli anziani potrebbero aver influenzato negativamente l'adesione al programma PA di 6 mesi. Nell'interpretazione dei risultati bisogna tener conto dell'elevato numero di partecipanti persi al *follow-up*, soprattutto nel gruppo dell'AP, cosa che potrebbe influenzare in modo decisivo le differenze osservate tra i gruppi. Un'altra importante limitazione che potrebbe aver distorto la valutazione degli effetti dell'intervento è che si trattava di un processo aperto in cui la natura degli interventi escludeva la possibilità di utilizzare tecniche di mascheramento.

- ✓ *Kyle J. Miller, Daniela C. Gonçalves-Bradley, Pinyadapat Areerob, Declan Hennessy, Christopher Mesagno, Fergal Grace. (2019) Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults_ A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. (Australia)*

Disegno di studio: revisione sistematica e una metanalisi di rete

Criteri di inclusione: adulti clinicamente depressi di età >65 anni**;** è stato utilizzato un protocollo RCT per valutare l'efficacia di uno o più tipologie di terapia fisica; i sintomi depressivi sono stati valutati al *baseline* e seguono un *follow-up* utilizzando un questionario che è stato validato psicometricamente rispetto ai

criteri del DSM o ICD.

Criteri di esclusione: sono stati esclusi gli studi se (1) i partecipanti non erano clinicamente depressi al *baseline*, (2) la condizione di intervento utilizzava un trattamento multicomponente con componenti non di esercizio, (3) la condizione di intervento non poteva essere classificata esclusivamente come uno dei tre tipi di esercizio (aerobico, di resistenza o mente-corpo), (4) i sintomi depressivi non sono stati valutati come risultato, sulla base dei punteggi di cambiamento tra il *baseline* e il *follow-up*.

Obiettivo: confrontare l'efficacia di tre tipi di esercizio fisico negli anziani clinicamente depressi.

Interventi: confronto fra tre differenti tipologie di terapia fisica: esercizi aerobici, di resistenza e mente-corpo, con valutazione dei sintomi depressivi al *baseline* e al *follow-up* utilizzando un questionario clinico convalidato.

Risultati: È stata eseguita una metanalisi di rete su 15 RCT idonei comprendenti 596 partecipanti (321 trattamento e 275 controlli), tra cui prove di esercizio aerobico (n = 6), resistenza (n = 5) e mente-corpo (n = 4). Rispetto ai controlli, l'esercizio mente-corpo ha mostrato il miglioramento maggiore sui sintomi depressivi (g = da -0,87 a -1,38), seguito dall'esercizio aerobico (g = da -0,51 a -1,02) e dall'esercizio di resistenza (g = da -0,41 a -0,92). In particolare, non c'erano differenze statisticamente significative tra i tipi di esercizio: aerobico contro resistenza (g = -0,10, PrI = -2,23, 2,03), mente-corpo contro aerobico (g = -0,6, PrI = -2,69, 1,97), o mente-corpo contro resistenza (g = -0,46, PrI = -2,75, 1,83).

Limiti dello studio: la metanalisi della rete era composta da un gruppo relativamente piccolo di partecipanti (n = 596), introducendo imprecisioni per i confronti indiretti, periodo di *follow-up* piuttosto breve, che probabilmente rifletterà solo l'impatto a breve termine dell'esercizio sui sintomi depressivi. Nonostante ciò, la terapia fisica sembra avere un impatto relativamente forte sui sintomi della depressione clinica negli anziani, le applicazioni cliniche sono limitate dalla mancanza di progetti di ricerca a lungo termine disponibili. Infine, le condizioni di trattamento che utilizzano una combinazione di esercizio aerobico,

di resistenza e/o mente-corpo sono state escluse durante il processo di screening per prevenire gli effetti confondenti dell'utilizzo di più di un tipo di esercizio all'interno di un singolo gruppo di intervento. Sebbene sia possibile che una combinazione di tipi di esercizio possa fornire un effetto sinergico o composto sui sintomi depressivi, questo andava oltre lo scopo della nostra recensione.

- ✓ *Christopher Bridle, Kathleen Spanjers, Shilpa Patel, Nicola M. Atherton and Sarah E. Lamb (2018) Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. (Great Britain)*

Disegno di studio: Revisione sistematica e metanalisi

Criteri di inclusione: studi randomizzati e controllati (RCT) di interventi di esercizio per la depressione tra le persone anziane; l'età media del campione era ⩾60 anni; depressione preesistente determinata da un metodo di valutazione clinicamente valido;

Obiettivo: Stimare l'effetto dell'esercizio sui sintomi depressivi tra le persone anziane e valutare se l'effetto del trattamento varia a seconda dei criteri di depressione utilizzati per determinare l'idoneità dei partecipanti.

Interventi: allenamento tridimensionale, che includeva il *Tai Chi* e *Qi Gong*; resistenza e allenamento di forza classificate come esercizi misti, che includevano elementi di allenamento di resistenza e uno di resistenza. Gli interventi in genere prevedevano l'esercizio da tre a cinque sessioni di 30-45 minuti a settimana per 3-4 mesi.

Risultati: Nove studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sette sono stati sottoposti a metanalisi. L'esercizio era associato a una gravità della depressione significativamente inferiore (differenza media standardizzata (SMD) =–0,34, IC 95% da –0,52 a –0,17), indipendentemente dal fatto che l'idoneità dei partecipanti fosse determinata dalla diagnosi clinica (SMD =–0,38, IC 95% –0,67 a –0,10) o elenco di controllo dei sintomi (SMD =–0,34, IC 95% da –0,62 a –0,06). I risultati sono rimasti significativi nelle analisi di sensibilità.

Limiti dello studio: il rischio sottostante di *bias* potrebbe aver gonfiato la stima dell'effetto del trattamento.

- ✓ *Marc Kraus, Katharina Gutsmiedl, Irene Bighelli, Johannes Schneider-Thoma, Anna Chaimani, Stefan Leucht. (2019) Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. (France, Germany)*

Disegno di studio: una revisione sistematica, una metanalisi a coppie e di rete

Criteri di inclusione: pazienti più anziani con un'età minima di 65 anni con MDD (Major Depressive Episode)

Criteri di esclusione: pazienti con una comorbidità specifica per criteri di inclusione; studi prima del 1990; prove randomizzate a grappolo; gli studi che hanno dimostrato un alto rischio di *bias* per la generazione di sequenze o l'occultamento dell'allocazione; studi dalla Cina continentale per evitare un pregiudizio sistematico.

Obiettivo: produrre una valutazione completa sull'efficacia e la sicurezza degli interventi nei pazienti anziani con disturbo depressivo maggiore.

Interventi: Gli antidepressivi sono stati l'intervento più studiato (44 su 53 studi inclusi), seguito da otto studi sugli interventi non farmacologici (l'allenamento della memoria competitivo, il gruppo di trattamento domiciliare geriatrico e la condizione di consapevolezza distaccata) e uno studio sulla quetiapina controllato con placebo.

Risultati: Sebbene vi siano stati effetti significativi per alcuni trattamenti non farmacologici, l'evidenza complessiva per i trattamenti non farmacologici nel disturbo depressivo maggiore è insufficiente, poiché si basa su alcuni studi con campioni di solito di piccole dimensioni.

Limiti dello studio: I grafici a imbuto non erano significativi, perché la maggior parte dei confronti includeva solo 1 o 2 studi e al massimo tre studi.

- ✓ *Floor Holvast, Btissame Massoudi, Richard C. Oude Voshaar, Peter F. M. Verhaak, Jerson Laks. (2017) Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. (Netherlands)*

Disegno di studio: una revisione sistematica, una metanalisi a coppie e di rete

Criteri di inclusione: gli studi (a) dimensioni del campione ≥5 pazienti; (b) la depressione come esito primario; (c) una popolazione di studio di adulti di età ≥60 anni al momento dell'inclusione (o sono state adeguatamente riportate sotto analisi di adulti di età ≥60 anni); (d) è stato condotto in un ambiente di assistenza primaria o di comunità; e (e) segnalati trattamenti non farmacologici applicabili in questi contesti. Non impostiamo restrizioni di lingua o data.

Criteri di esclusione: gli studi (a) includevano disturbo bipolare, depressione psicotica o depressione con ideazione suicidaria, che sono considerati indicativi per il rinvio al trattamento di seconda linea; (b) focalizzato sui caregiver invece che sui pazienti; (c) ha studiato l'effetto di un intervento non farmacologico in aggiunta alla farmacoterapia; (d) ha studiato l'effetto dell'intervento a livello di servizio, come l'assistenza collaborativa o a gradini; o (e) ha studiato l'effetto di un intervento per prevenire la depressione.

Obiettivo: presentare una panoramica dei trattamenti non farmacologici disponibili nelle cure primarie per la depressione in età avanzata.

Interventi: terapia cognitivo comportamentale, esercizio fisico, terapia per la risoluzione dei problemi, attivazione comportamentale e terapia con luce intensa.

Risultati: Nel complesso, la metanalisi ha mostrato un piccolo effetto per la terapia cognitivo comportamentale, con uno studio che ha anche dimostrato che la terapia con luce intensa era efficace. Altri 18 studi, che hanno valutato potenziali interventi non farmacologici nella comunità adatti all'attuazione, hanno indicato che la biblioterapia, la revisione della vita, la terapia per la risoluzione dei problemi e la terapia cognitivo comportamentale erano efficaci nel *follow-up* a breve termine.

Limiti dello studio: In primo luogo, sebbene abbiamo deciso di rivedere i risultati in modo narrativo, ci siamo discostati dal protocollo pubblicato per eseguire una metanalisi sull'effetto della CBT nelle cure primarie. In secondo luogo, uno dei termini di ricerca era "pratica generale o sinonimo", quindi abbiamo trovato solo pochi studi condotti nella comunità nella ricerca primaria. In terzo luogo, gli studi inclusi differivano nel criterio di inclusione della depressione, che potrebbe aver introdotto eterogeneità e quindi potrebbe aver influenzato i risultati di questa revisione.

- ✓ *K. Zhao, Z.G. Bai, A. Bo, I. Chi. (2016) A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression (China)*

Disegno di studio: una revisione sistematica e una metanalisi

Criteri di inclusione: uomini e donne di età pari o superiore a 60 anni con diagnosi clinica di depressione utilizzando qualsiasi criterio diagnostico, come criteri diagnostici di ricerca ICD-10 o DSM-5, o umore depressivo evidente accoppiato con alcuni malattie, come ipertensione, apoplessia cerebrale, morbo di Alzheimer, disturbi del sonno, ecc.; partecipanti che hanno ottenuto un punteggio superiore a un punteggio limite in un questionario sulla depressione di autovalutazione erano idonei per l'inclusione; studi che hanno utilizzato persone sane per rilevare l'efficacia della musicoterapia nel ridurre i sintomi depressivi.

Obiettivo: determinare l'efficacia della musicoterapia nella gestione della depressione negli anziani.

Interventi: qualsiasi tipo di musicoterapia, ad esempio terapia individuale o di gruppo, attiva o ricettiva. La musicoterapia offre varie modalità di esperienze musicali, incluse, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l'improvvisazione libera e strutturata, l'esecuzione di musica composta su strumenti, il canto e la scrittura o l'improvvisazione di canzoni e l'ascolto di musica.

Risultati: Una ricerca completa ha prodotto 2.692 citazioni; 19 articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione. La metanalisi suggerisce che la musicoterapia più il trattamento standard ha un significato statistico nel ridurre i sintomi depressivi negli anziani (differenze medie standardizzate = 1,02; IC 95% = 0,87, 1,17).

Limiti dello studio: La forma del diagramma a imbuto ha rivelato prove di un'evidente asimmetria, suggerendo che i pregiudizi di pubblicazione avrebbero probabilmente influenzato i risultati della metanalisi.

- ✓ *Carla Gramaglia, Eleonora Gattoni, Debora Marangon, Diego Concina, Elena Grossini, Carmela Rinaldi, Massimiliano Panella and Patrizia Zeppegno.* (*July 2021) Non-pharmacological Approaches to Depressed Elderly With No or Mild Cognitive Impairment in Long-Term Care Facilities. A Systematic Review of the Literature. (Italy)*

Disegno di studio: revisione sistematica

Criteri di inclusione/esclusione: Età dei pazienti oltre i 65 anni; pazienti che risiedono in residenze sanitarie assistenziali o strutture assimilate (LTCFs); diagnosi di depressione, sia sulla base della valutazione clinica che sulla somministrazione di questionari o scale; deterioramento cognitivo assente o lieve (come descritto da un punteggio MMSE > 20, o da un punteggio sul Mini-Cog ≥ 3, o risultati simili tra gli altri test per la valutazione del deterioramento cognitivo).

Obiettivo: rivedere sistematicamente i trattamenti non farmacologici utilizzati per il trattamento di anziani depressi senza o lieve deterioramento cognitivo (come descritto da un punteggio del Mini Mental State Examination > 20) che vivono in strutture di assistenza a lungo termine (LTCF)

Interventi: orticoltura e giardinaggio, pet therapy, esercizio fisico, interventi psicoeducativi/riabilitativi, psicoterapia, reminiscenza e story sharing.

Risultati: Orticoltura e giardinaggio: uno studio ha descritto un miglioramento dei punteggi medi per la depressione nel gruppo sperimentale e l'opposto nel gruppo di controllo (SMD -15,21; CI 95% da -16,98 a -13,44). Lo studio randomizzato controllato di *Lai et al.* ha evidenziato un effetto significativo dell'intervento da una prospettiva soggettiva, ma non da una oggettiva (punteggio GDS). Infine, lo studio di *Park et al.* non ha osservato alcun cambiamento nei punteggi della depressione nelle donne anziane che vivono in case di cura coreane e un peggioramento dei punteggi della depressione nel gruppo di controllo durante il periodo di osservazione. *Pet therapy*: tre di questi studi hanno mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi dei pazienti anziani, mentre nessun cambiamento significativo nel punteggio GDS è stato riscontrato nel campione di *Phelps*. Più in dettaglio, *Ambrosi et al.* hanno evidenziato che la terapia assistita dal cane potrebbe ridurre i sintomi depressivi negli anziani (SMD -1,39; CI 95% da -2,22 a -0,56). Esercizio fisico: come riportato *Coelho et al.* (SMD -0,90; CI 95% da -1,56 a -0,24), *De Carvalho Bastone e Filho* (SMD -0,82; CI 95% da -1,49 a -0,14), *Brown et al.* (IG1 vs. IG2) (SMD -0,77; CI 95% da -1,18 a -0,36 nel punteggio GDS, SMD -0,56; CI 95% da -0,97 a -0,15 nel punteggio PANAS-P), *Chen et al.* a 3 mesi di *follow-up* (SMD -0,75; CI 95% da -1,11 a -0,39), *Chen et*

al. al *follow-up* di 6 mesi (SMD -0,68; CI 95% da -1,04 a -0,32), *Chen et al.* a 6 mesi di *follow-up* (SMD -0,63; CI 95% da -1,18 a -0,09) ha mostrato un miglioramento significativo della depressione dopo interventi di esercizio. Interventi psicoeducativi e riabilitativi: *Sok* (SMD -2,73; CI 95% da -3,37 a -2,08); Hsu e Wang (SMD -1,51 CI 95% da -2,02 a -1,01), *Dolu e Nahcivan* (8 settimane di *follow-up* SMD -1,34; CI 95% da -1,98 a -0,70; 12 settimane di *follow-up* SMD -1,20; CI Il 95% da -1,85 a -0,56) ha mostrato un effetto positivo maggiore. Psicoterapia: due studi hanno sostenuto la sua efficacia sulla depressione, mentre uno no. Reminiscenza e condivisione di storie: hanno prodotto risultati significativi sulla depressione in 12 studi mentre due recenti studi randomizzati non sono riusciti a trovare un effetto significativo. Varie: tutti questi interventi vari hanno prodotto alcuni risultati, ad eccezione di un paio che non erano né convenienti né efficaci nel prevenire la depressione.

Limiti dello studio: selezione di articoli solo in lingua inglese, che possono potenzialmente escludere risultati rilevanti pubblicati in altre lingue; anziani depressi (punteggio MMSE > 20), che rappresentano solo una parte della popolazione anziana globale; i dati riportati sono molto vari e anche le popolazioni coinvolte negli studi sono varie e talvolta poco definite.

- ✓ *Ya-Jing Chen, Xiu-Xia Li, Bei Pan, Bangwei- Wang, Guang-Zhuang Jing, Qian-Qian Liu, Yan-Fei Li, Zhi-Tong Bing, Ke-Hu Yang, Xue-Mei Han, Long Ge. (2019) Non-pharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: a network meta-analysis of 35 randomized controlled trials. (China)*

Disegno di studio: una metanalisi di rete

Criteri di inclusione: studi che arruolavano partecipanti di età pari o superiore a 65 anni con una diagnosi primaria di qualsiasi disturbo depressivo, a qualsiasi livello.

Criteri di esclusione: gli studi che hanno arruolato partecipanti con depressione sintomatica sub-sindromica, disturbi dell'umore secondari (ad es. depressione post-ictus) e quelli sottoposti a terapia antidepressiva all'inizio o durante il *follow-up.*

Obiettivo: valutare l'efficacia degli interventi non farmacologici per gli anziani con sintomi depressivi.

Interventi: classi di intervento (attività fisica, intervento psicosociale, psicoterapia o terapia) e modalità individuale (allenamento aerobico, allenamento di resistenza, terapia di riesame della vita, assistenza collaborativa, educazione sanitaria, terapia cognitivo comportamentale, intervento musicale, allenamento aerobico combinato con allenamento di resistenza, assistenza collaborativa combinata con educazione sanitaria e intervento musicale combinato con allenamento aerobico).

Risultati: Sono stati inclusi un totale di 35 RCT con 3.797 pazienti arruolati. Rispetto al trattamento convenzionale, l'attività fisica e la psicoterapia hanno portato a miglioramenti significativi dei sintomi depressivi (MD: 2,25, 95% CrI: 0,99–3,56; SUCRA = 86,07%; MD: 1,75, 95% CrI: 0,90–2,64; SUCRA = 66,44%, rispettivamente). Risultati simili sono stati ottenuti per la musica (MD: 2,6; 95% CrI: 0,84–4,35; SUCRA = 80,53%), revisione della vita (MD: 1,92; 95% CrI: 0,71–3,14; SUCRA = 65,62%), terapia cognitivo comportamentale (MD: 1,27; 95% CrI: 0,23–2,38; SUCRA = 45,4%), aerobica (MD: 1,84; 95% CrI: 0,39-3,36; SUCRA = 63%) e allenamento di resistenza (MD: 1,72; 95% CrI: 0,06 -3,42; SUCRA = 59,24%). La meta-regressione di rete ha mostrato che non vi erano effetti di sottogruppo statisticamente significativi.

Limiti dello studio: c'era un potere statistico limitato per alcuni confronti; sono stati inclusi studi che coprivano diversi punti temporali e abbiamo eseguito un'analisi di sottogruppi in base alla durata dell'intervento in cui 6 mesi sono stati utilizzati come punto limite; alcune preziose misurazioni dei risultati, come QOL, non sono state analizzate nel nostro studio a causa del basso numero di studi e dell'incoerenza di varie scale che misurano questo parametro, è stata eseguita la categorizzazione degli interventi in base alla caratteristica principale degli studi inclusi nella revisione.

- ✓ *Chichen Zhang, Yunqi Chang, Qilong Yun and Jiao Lu, Xiao Zheng, Yaqing Xue, Xinyue Zhao, Wenpei Yuan, Jiayu Zou, Jianzhong Zheng. (2022) The impact of chronic diseases on depressive symptoms among the older adults: The role of sleep quality and empty nest status. (China)*

Disegno di studio: studio trasversale

Criteri di inclusione: età pari o superiore a 60 anni, con depressione, disponibilità a partecipare all'indagine, consapevolezza e comunicazione essenziale con gli investigatori.

Criteri di esclusione: anziani affetti da malattia critica e incapacità di completare il questionario, grave incoscienza e incapacità di comunicare normalmente, anziani con scarsa compliance.

Obiettivo: esplorare la relazione tra malattie croniche e sintomi depressivi negli anziani e il suo meccanismo dal punto di vista della qualità del sonno e dello stato di nido vuoto; ciò può fornire una preziosa base di riferimento per migliorare i sintomi depressivi e promuovere la salute mentale degli anziani.

Interventi: gli anziani sono stati valutati utilizzando la Short Form Geriatric Depression Scale (GDS-15), mentre la qualità del sonno è stata misurata dal Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

Risultati: La prevalenza complessiva dei sintomi depressivi nella popolazione era del 33,4%. L'analisi dell'effetto di mediazione ha mostrato che le malattie croniche hanno avuto un impatto diretto significativo sui sintomi depressivi negli anziani ($\beta = 0{,}431$, $P < 0{,}001$). È stata dimostrata la qualità del sonno come effetto di mediazione del 43,4% tra malattie croniche e sintomi depressivi. L'ulteriore effetto moderatore ha rilevato che le malattie croniche hanno un impatto più significativo sulla qualità del sonno degli anziani che si trovano nello stato di nido vuoto rispetto a quelli che non lo sono ($\beta = -0{,}431$, $P < 0{,}05$).

Limiti dello studio: Dato lo studio trasversale, i risultati non possono spiegare le relazioni causali tra le variabili di studio.

- ✓ *Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd ed.) (Canada)*

Disegno di studio: linea guida

Obiettivo: questa linea guida di *best practice* è formata da affermazioni sviluppate e sistematicamente progettate per assistere gli infermieri che lavorano con gli

anziani ed i loro *caregiver* per aiutarli a prendere decisioni in merito all'assistenza sanitaria e ai servizi a disposizione.

Interventi:

- Valutare la depressione durante le osservazioni, i fattori di rischio e se sono presenti segni e sintomi.
- Utilizzare screening convalidati e specifici del contesto o strumenti di valutazione e collaborare con l'anziano, i suoi familiari/*caregiver* e l'*équipe* sanitaria.
- Valutare il rischio di suicidio quando la depressione è sospetta o presente.
- Inviare gli anziani con sospetta depressione da un operatore sanitario qualificato per una valutazione approfondita.
- Cercare assistenza medica urgente per le persone a rischio di suicidio e garantire la loro immediata sicurezza.
- Sviluppare un piano di cura individualizzato per gli anziani affetti da depressione utilizzando un approccio collaborativo.
- Ove applicabile, considerare l'impatto della demenza concomitante.

3.3 Sintesi dei risultati

Tabella 1. Sintesi dei risultati degli studi

Interventi assistenziali evidenziati dagli studi	**Efficacia del trattamento**	**Studi**
Trattamento tramite l'attività fisica	È stata eseguita una metanalisi di rete su 15 RCT idonei comprendenti 596 partecipanti (321 trattamento e 275 controlli), tra cui prove di esercizio aerobico (n = 6), resistenza (n = 5) e mente-corpo (n = 4). Rispetto ai controlli, l'esercizio mente-corpo ha mostrato il miglioramento maggiore sui sintomi depressivi (g = da -0,87 a -1,38), seguito dall'esercizio aerobico (g = da -0,51 a -1,02) e dall'esercizio di resistenza (g = da -0,41 a -0,92). In particolare, non c'erano differenze statisticamente significative tra i tipi di esercizio: aerobico contro resistenza (g = -0,10, PrI = -2,23, 2,03), mente-corpo contro aerobico (g = -0,6, PrI = -2,69, 1,97), o mente-corpo contro resistenza (g = -0,46, PrI = -2,75, 1,83).	Kyle J. Miller, Daniela C. Gonçalves-Bradley, Pinyadapat Areerob, Declan Hennessy, Christopher Mesagno, Fergal Grace. (2019)
	Nove studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sette sono stati sottoposti a metanalisi. L'esercizio era associato a una gravità della depressione	Christopher Bridle, Kathleen Spanjers, Shilpa Patel, Nicola

	significativamente inferiore (differenza media standardizzata (SMD) =–0,34, IC 95% da –0,52 a –0,17), indipendentemente dal fatto che l'idoneità dei partecipanti fosse determinata dalla diagnosi clinica (SMD =–0,38, IC 95% –0,67 a –0,10) o elenco di controllo dei sintomi (SMD =–0,34, IC 95% da –0,62 a –0,06). I risultati sono rimasti significativi nelle analisi di sensibilità.	M. Atherton and Sarah E. Lamb (2018)
Confronto tra attività fisica e terapia farmacologica standard	L'analisi ha incluso 313 partecipanti, 158 nel gruppo PA e 155 nel gruppo AT, con punteggi MADRS medi al baseline di 15,1 e 15,9. L'età media era rispettivamente di 72,2 e 72,8 anni. La soddisfazione per gli interventi è stata elevata in entrambi i gruppi, con la percentuale di partecipanti soddisfatti o molto soddisfatti dell'87,1%, 97,9% e 98,5% rispettivamente a 1, 3 e 6 mesi nel gruppo PA, e 76,8%, 85,0 % e 96,8% nel gruppo AT.	Jesús López-Torres Hidalgo, Joseba Rabanales Sotos and DEP-EXERCISE Group (2021)
	121 partecipanti sono stati randomizzati ai tre trattamenti: 42 nel gruppo S, 37 nel gruppo S+NPE e 42 nel gruppo S+PAE. Il punteggio medio HAM-D per l'intero campione era 20,1 ± 3,1, indicando la presenza di una sintomatologia depressiva da lieve a moderata, mentre il punteggio MOCA medio era 21,6 ± 4,1, compatibile con decadimento cognitivo lieve. Al termine dello studio, i dati sulle misure cognitive erano disponibili per 101 partecipanti (8 partecipanti mancanti dal gruppo S, 8 da S+NPE e 4 da S+PAE), dati sulla	Francesca Neviani, Martino Belvederi Murri, Chiara Mussi, Federico Triolo, Giulio Toni, Elisabetta Simoncini, Ferdinando Tripi, Marco Menchetti, Silvia Ferrari, Graziano Ceresini, Alessandro

	disabilità per 106 (6 partecipanti mancanti dal gruppo S, 5 da S+NPE e 4 da S+PAE).	Cremonini, Marco Bertolotti, Giovanni Neri, Salvatore Squatrito, Mario Amore, Stamatula Zanetidou and Mirco Neri (2017)
	Sebbene vi siano stati effetti significativi per alcuni trattamenti non farmacologici, l'evidenza complessiva per i trattamenti non farmacologici nel disturbo depressivo maggiore è insufficiente, poiché si basa su alcuni studi con campioni di solito di piccole dimensioni.	Marc Kraus, Katharina Gutsmiedl, Irene Bighelli, Johannes Schneider-Thoma, Anna Chaimani, Stefan Leucht. (2019)
Trattamenti non farmacologici nell'anziano con depressione	Nel complesso, la metanalisi ha mostrato un piccolo effetto per la terapia cognitivo comportamentale, con uno studio che ha anche dimostrato che la terapia con luce intensa era efficace. Altri 18 studi, che hanno valutato potenziali interventi non farmacologici nella comunità adatti all'attuazione, hanno indicato che la biblioterapia, la revisione della vita, la terapia per la risoluzione dei problemi e la terapia cognitivo comportamentale erano efficaci nel follow-up a breve termine.	Floor Holvast, Btissame Massoudi, Richard C. Oude Voshaar, Peter F. M. Verhaak, Jerson Laks. (2017)

	Una ricerca completa ha prodotto 2.692 citazioni; 19 articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione. La metanalisi suggerisce che la musicoterapia più il trattamento standard ha un significato statistico nel ridurre i sintomi depressivi negli anziani (differenze medie standardizzate = 1,02; IC 95% = 0,87, 1,17).	K. Zhao, Z.G. Bai, A. Bo, I. Chi. (2016)
	I risultati hanno rivelato un miglioramento significativo dell'indice di depressione (Geriatric Depression Scale) per il periodo sperimentale ($t = 1.450$; $p < .005$; $d = 0,453$) mentre il gruppo di controllo non ha avuto miglioramenti ($t = 0,080$; $p > .1$; $d = 0,025$). Inoltre, è stato riscontrato un significativo miglioramento del livello cognitivo (Mini-Mental State Examination) per lo sperimentale ($t = 2.300$; $p < .005$; $d = 0.668$) rispetto al gruppo di controllo che ha avuto una significativa riduzione ($t = 1.240$; $p < 0,05$; $d = 0,273$).	Michele Biasutti, Antonio Mangiacotti. (2019)
	Orticoltura e giardinaggio: (SMD -15,21; CI 95% da -16,98 a -13,44). Petterapia: (SMD -1,39; CI 95% da -2,22 a -0,56). Esercizio fisico: (SMD -0,90; CI 95% da -1,56 a -0,24), (SMD -0,82; CI 95% da -1,49 a -0,14), (IG1 vs. IG2) (SMD -0,77; CI 95% da -1,18 a -0,36 nel punteggio GDS, SMD -0,56; CI 95% da -0,97 a -0,15 nel punteggio PANAS-P), (SMD -0,75; CI 95% da -1,11 a -0,39), Chen et al. al follow-up di 6 mesi (SMD -0,68; CI 95% da -1,04	Carla Gramaglia, Eleonora Gattoni, Debora Marangon, Diego Concina, Elena Grossini, Carmela Rinaldi, Massimiliano Panella and Patrizia Zeppegno.

	a -0,32), (SMD -0,63; CI 95% da -1,18 a -0,09). Interventi psicoeducativi e riabilitativi: (SMD -2,73; CI 95% da -3,37 a -2,08); (SMD -1,51 CI 95% da -2,02 a -1,01), (8 settimane di follow-up SMD -1,34; CI 95% da -1,98 a -0,70; 12 settimane di follow-up SMD -1,20; CI Il 95% da -1,85 a -0,56) Psicoterapia: due studi hanno sostenuto la sua efficacia sulla depressione, mentre uno no. Reminiscenza e condivisione di storie: hanno prodotto risultati significativi sulla depressione in 12 studi mentre due recenti studi randomizzati non sono riusciti a trovare un effetto significativo. Varie: tutti questi interventi vari hanno prodotto alcuni risultati, ad eccezione di un paio che non erano né convenienti né efficaci nel prevenire la depressione.	(2021)
	Sono stati inclusi un totale di 35 RCT con 3.797 pazienti arruolati. Rispetto al trattamento convenzionale, l'attività fisica e la psicoterapia hanno portato a miglioramenti significativi dei sintomi depressivi (MD: 2,25, 95% CrI: 0,99–3,56; SUCRA = 86,07%; MD: 1,75, 95% CrI: 0,90–2,64; SUCRA = 66,44%, rispettivamente). Risultati simili sono stati ottenuti per la musica (MD: 2,6; 95% CrI: 0,84–4,35; SUCRA = 80,53%), revisione della vita (MD: 1,92; 95% CrI: 0,71–3,14; SUCRA = 65,62%), terapia cognitivo comportamentale (MD: 1,27; 95% CrI: 0,23–2,38; SUCRA = 45,4%), aerobica (MD: 1,84; 95% CrI:	Ya-Jing Chen, Xiu-Xia Li, Bei Pan, Bangwei- Wang, Guang-Zhuang Jing, Qian-Qian Liu, Yan-Fei Li, Zhi-Tong Bing, Ke-Hu Yang, Xue-Mei Han, Long Ge. (2019)

	0,39-3,36; SUCRA = 63%) e allenamento di resistenza (MD: 1,72; 95% CrI: 0,06 -3,42; SUCRA = 59,24%). La meta-regressione di rete ha mostrato che non vi erano effetti di sottogruppo statisticamente significativi.	
Valutazione dei segni e sintomi del paziente geriatrico con depressione	Valutare la depressione durante le osservazioni, i fattori di rischio e se sono presenti segni e sintomi. Utilizzare screening convalidati e specifici del contesto o strumenti di valutazione e collaborare con l'anziano, i suoi familiari/caregiver e l'équipe sanitaria. Valutare il rischio di suicidio quando la depressione è sospetta o presente. Inviare gli anziani con sospetta depressione da un operatore sanitario qualificato per una valutazione approfondita. Cercare assistenza medica urgente per le persone a rischio di suicidio e garantire la loro immediata sicurezza. Sviluppare un piano di cura individualizzato per gli anziani affetti da depressione utilizzando un approccio collaborativo. Ove applicabile, considerare l'impatto della demenza concomitante.	Registered Nurses' Association of Ontario. (2016)

CAPITOLO 4 - Discussione e conclusione

4.1 Discussione dei risultati

I 12 articoli presi in considerazione per la revisione sono eterogenei per *setting* e trattamenti, ma omogenei per popolazione selezionata, il cui scopo è quello di intervenire sulla sintomatologia dei disturbi depressivi negli anziani per migliorarne la qualità di vita.

Per quanto riguarda l'area geografica sono stati esaminati studi eterogenei con il rischio di avere un diverso approccio culturale riguardo la valutazione della sintomatologia depressiva e dell'applicazione dei diversi trattamenti. Gli studi compresi sono stati condotti in: Italia, Australia, Spagna, Cina, Gran Bretagna, Francia/Germania, Paesi Bassi e Canada.

I risultati degli studi selezionati si diramano secondo i seguenti ambiti: trattamento tramite l'attività fisica, confronto tra attività fisica e terapia farmacologica standard, trattamenti non farmacologici e valutazione dei segni e sintomi del paziente geriatrico con depressione.

Gli studi selezionati che hanno in oggetto il trattamento della patologia tramite l'attività fisica, concordano sul fatto che quest'ultima porti evidenti effetti benefici sulla sintomatologia tra le persone di età ≥65 anni. In particolare, come descritto da "*Kyle J. Miller et al., 2019"*, l'esercizio mente-corpo ha dimostrato un grande effetto nel trattamento dei sintomi, seguito dall'esercizio aerobico e di resistenza; mentre *"Jesús López-Torres Hidalgo et al., 2021"* ha sottolineato che, nel disturbo depressivo da lieve a moderato, l'attività fisica ha avuto una percentuale di soddisfazione superiore rispetto al gruppo controllo, al quale era stata somministrata una terapia farmacologica standard.

Nello studio RCT in singolo cieco condotto da *"Francesca Neviani et al., 2017"*, i risultati conducono alla possibilità di affermare che, l'associazione tra esercizio fisico aerobico e sertralina, hanno portato un miglioramento delle disabilità e della cognizione rispetto al solo farmaco. Da ciò si evince che, in associazione alla terapia farmacologica, l'attività fisica produca maggiori benefici.

"Ya-Jing Chen et al., 2019" e *"Christopher Bridle et al., 2018"* con le loro ricerche hanno dimostrato che l'attività fisica, ma anche la psicoterapia, l'intervento

psicosociale e gli interventi combinati sono tutti superiori al trattamento convenzionale. Infatti, i dati sintetizzati hanno indicato un effetto statisticamente significativo a favore di questi interventi per i pazienti più anziani con depressione. Il numero di malattie croniche negli anziani è altamente correlato ai sintomi depressivi e maggiore è il numero di malattie croniche, più gravi sono questi ultimi. Dopo aver riportato queste evidenze *"Chichen Zhang et al., 2022"* hanno riportato che, nell'anziano, la qualità del sonno svolge un ruolo di mediazione parziale nell'influenza delle malattie croniche sui sintomi depressivi; quindi, trattando l'impossibilità al riposo, di conseguenza, questi possono migliorare.

I risultati dello studio condotto da "*Floor Holvast et al., 2017"* si sono mostrati promettenti a breve termine per i trattamenti tramite biblioterapia, revisione della vita, PST (terapia a segnali pulsanti), terapia comportamentale, psicodinamica breve e cognitiva nelle comunità.

La musicoterapia è stata studiata nel trattamento dei sintomi depressivi sia da sola *(Michele Biasutti et al., 2019)* che in aggiunta alle terapie standard *(K. Zhao et al., 2016)* mostrando che i gruppi di trattamento hanno sperimentato effetti positivi significativi. I risultati ottenuti dal confronto tra pre e post training hanno mostrato miglioramenti significativi nelle scale GDS e MMSE, mentre nei pazienti non trattati con musicoterapia il punteggio GDS è rimasto stabile e ha mostrato una significativa riduzione delle prestazioni MMSE nel tempo.

4.2 Implicazioni per la pratica

La gestione dei pazienti anziani con depressione segue ancora delle pratiche tradizionali e ben consolidate, mentre sono pochi gli infermieri che si spingono ad usare metodi diversi rispetto alle procedure standard.

Il paziente con depressione si può trovare in *setting* molto diversi l'uno dall'altro, non solamente in ambito psichiatrico; quindi, vi è la necessità di conoscere questo disturbo e di avere gli strumenti necessari a identificarlo durante l'accertamento. L'infermiere per attuare i diversi trattamenti non agisce da solo, ma deve interfacciarsi con altri professionisti che hanno un bagaglio formativo differente.

I professionisti sanitari devono considerare gli effetti sinergici dell'esercizio fisico associato ad altri fattori come la dieta, i modelli di sonno, l'interazione sociale, la consapevolezza del corpo e i fattori dello stile di vita per migliorarne la qualità.

L'assistenza infermieristica dell'anziano depresso si deve innanzitutto basare sull'alleanza terapeutica stabilita tra professionista e paziente con il suo eventuale *caregiver*. In un contesto come quello italiano è presente un generale invecchiamento della popolazione e questo ruolo sta assumendo sempre maggiore importanza nella cura dell'assistito.

Per una pratica assistenziale che si prende carico del paziente nella sua globalità, bisognerebbe concentrarsi anche sulla prevenzione ed il trattamento delle malattie croniche per ridurne l'incidenza, poiché sono direttamente collegate alla sintomatologia dei disturbi depressivi. Di conseguenza, l'infermiere e l'*équipe* sanitaria devono assicurarsi di creare un piano terapeutico individuale adatto alla persona.

4.3 Implicazioni per la ricerca

Dall'analisi degli studi molti ricercatori invitano all'effettuazione di ulteriori test, con popolazioni più numerose e tempo d'analisi/*follow-up* maggiori, per analizzare gli effetti terapeutici degli interventi a lungo termine.

Un altro limite riscontrato è quello degli abbandoni da parte dei partecipanti date le frequenti limitazioni funzionali, sono necessari nuovi studi che incorporino strategie motivazionali progettate per migliorare l'aderenza degli anziani ai programmi. Inoltre, l'esclusione di individui con gravi menomazioni fisiche o cognitive può anche limitare la generalizzabilità dei risultati.

Infine, i trattamenti selezionati non erano indicati per tutti i livelli di depressione.

4.4 Conclusioni

L'obiettivo di questa revisione della letteratura era di indagare l'utilità delle tecniche non farmacologiche, associate alla terapia standard, utilizzate nel trattamento della depressione nelle persone anziane, migliorandone così le attività di vita quotidiana (ADL) e di conseguenza la qualità generale.

Le evidenze hanno dimostrato che sono presenti effetti benefici sostanziali dell'esercizio fisico per ridurre i sintomi della depressione clinica negli anziani. Insieme ad alti livelli di *compliance*, questi risultati dovrebbero essere utilizzati per avvisare i professionisti sanitari, che gli anziani clinicamente depressi possono beneficiare dell'effetto antidepressivo dell'attività fisica.

Gli studi hanno fornito una risposta completa evidenziando come un'ampia selezione di trattamenti non farmacologici siano stati indagati per esigenze differenti, apportando un miglioramento nell'autonomia e della qualità di vita dei soggetti.
Interventi non farmacologici per la gestione e il trattamento della depressione negli anziani possono essere una strategia importante, in quanto questa popolazione è particolarmente fragile e sensibile per quanto riguarda gli interventi farmacologici. In conclusione, l'attività fisica è l'intervento non farmacologico terapeuticamente più rilevante che l'infermiere può inserire nel programma educativo, volto a migliorare il benessere del paziente con depressione. Nel caso ciò non fosse attuabile, esistono altri interventi non farmacologici; infatti, l'infermiere, dopo aver valutato la presenza di un disturbo depressivo, può stabilirne il più adatto, eventualmente associato alla terapia farmacologica standard, collaborando assieme ad un'*équipe* multidisciplinare.

Bibliografia

Arcidiacono, F. (2021). Depressione - La depressione negli anziani. *Associazione di Psicologia Cognitiva*.

Biasutti, M., & Mangiacotti, A. (2021). L'allenamento musicale migliora i sintomi dell'umore depresso negli anziani: Uno studio controllato randomizzato. *The International Journal of Aging and Human Development*, *92*(1), 115–133.

Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N. M., & Lamb, S. E. (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, *201*(3), 180–185.

Chen, Y., Li, X., Pan, B., Wang, B.-, Jing, G., Liu, Q., Li, Y., Bing, Z., Yang, K., Han, X., & Ge, L. (2021). Non-pharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: A network meta-analysis of 35 randomized controlled trials. *Aging & Mental Health*, *25*(5), 773–786.

Kyle J. Miller, Daniela C. Gonçalves-Bradley, Pinyadapat Areerob, Declan Hennessy, Christopher Mesagno, Fergal Grace. (2019). Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults_ A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Elsevier Enhanced Reader*.

Consalvo, D.ssa M. (2020). La valutazione della depressione nell'anziano: Colloquio clinico e scale - Le principali scale di valutazione della depressione nell'anziano.

Coryell W. (2021). Disturbi depressivi—Disturbi psichiatrici. *Manuali MSD Edizione Professionisti.*

Coryell W. (2021). Trattamento farmacologico della depressione—Disturbi

psichiatrici. *Manuali MSD Edizione Professionisti.*

American Psychiatric Association (2013) Dsm-5.

Marc Kraus, Katharina Gutsmiedl, Irene Bighelli, Johannes Schneider-Thoma, Anna Chaimani, Stefan Leucht. (2019). Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. *Elsevier Enhanced Reader.*

Gramaglia, C., Gattoni, E., Marangon, D., Concina, D., Grossini, E., Rinaldi, C., Panella, M., & Zeppegno, P. (2021). Non-pharmacological Approaches to Depressed Elderly With No or Mild Cognitive Impairment in Long-Term Care Facilities. A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Public Health*, *9*.

Hidalgo, J. L.-T., & Sotos, J. R. (2021). Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Annals of Family Medicine*, *19*(4), 302–309.

Holvast, F., Massoudi, B., Oude Voshaar, R. C., & Verhaak, P. F. M. (2017). Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *12*(9).

Palestini L. (2010). Manuale di istruzioni per il set minimo di scale.

Neviani, F., Belvederi Murri, M., Mussi, C., Triolo, F., Toni, G., Simoncini, E., Tripi, F., Menchetti, M., Ferrari, S., Ceresini, G., Cremonini, A., Bertolotti, M., Neri, G., Squatrito, S., Amore, M., Zanetidou, S., & Neri, M. (2017). Physical exercise for late life depression: Effects on cognition and disability. *International Psychogeriatrics*, *29*(7), 1105–1112.

RNAO (2016) Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition.

Giustini S., Thiry S. (2012). Medicina Generale, multimorbilità e politerapia nei pazienti anziani

Silva, J. S. (2021). Depressione in età avanzata: Il contributo dell'infermiere al recupero degli anziani depressi nelle cure primarie. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, *03*(09), 27–44.

Tragni, E., Sala, F., & Casula, M. (2013). Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo dei farmaci

User, S. (2019). Farmaci antidepressivi. *ISSalute.*

Zhang, C., Chang, Y., Yun, Q., Lu, J., Zheng, X., Xue, Y., Zhao, X., Yuan, W., Zou, J., & Zheng, J. (2022). The impact of chronic diseases on depressive symptoms among the older adults: The role of sleep quality and empty nest status. *Journal of Affective Disorders*, *302*, 94–100.

Zhao, K., Bai, Z. g., Bo, A., & Chi, I. (2016). A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*(11), 1188–1198.

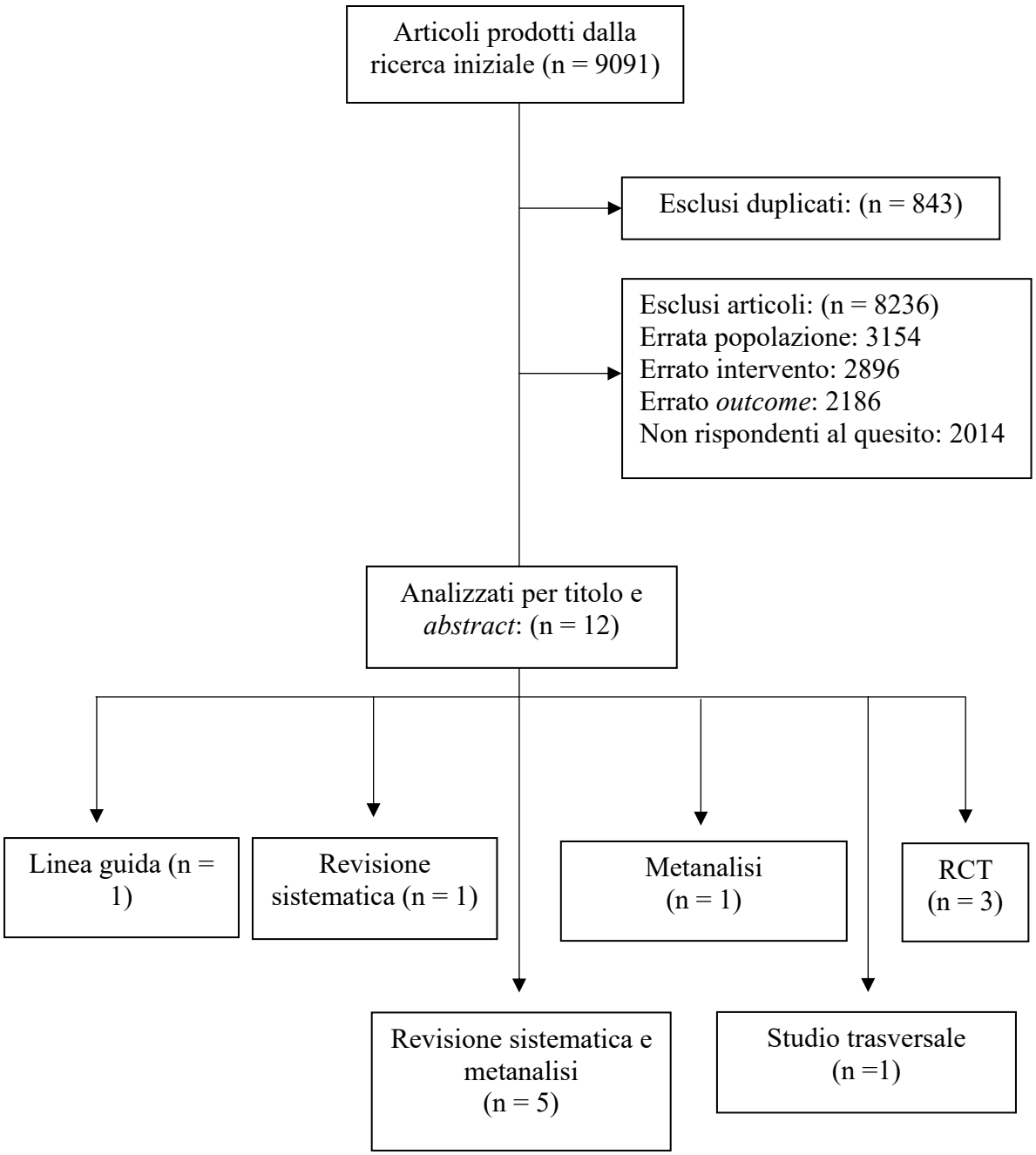
ALLEGATI

Allegato 1: Tabella sintesi della ricerca degli studi.

Banche dati	Parole chiave	N° documenti trovati	N° documenti selezionati	Titolo, Anno, Autori
PubMed	*"elderly depression" AND "non pharmacological treatments"*	2437	2	Marc Kraus, Katharina Gutsmiedl, Irene Bighelli, Johannes Schneider-Thoma, Anna Chaimani, Stefan Leucht. (2019) Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. (France, Germany)
				Floor Holvast, Btissame Massoudi, Richard C. Oude Voshaar, Peter F. M. Verhaak, Jerson Laks. (2017) Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. (Netherlands)

	"exercise" AND "depression" AND "older adults"	5324	3	Jesús López-Torres Hidalgo, Joseba Rabanales Sotos and DEP-EXERCISE Group (2021) Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. (Spain)
				Kyle J. Miller, Daniela C. Gonçalves-Bradley, Pinyadapat Areerob, Declan Hennessy, Christopher Mesagno, Fergal Grace. (2019) Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults_ A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. (Australia)
				Francesca Neviani, Martino Belvederi Murri, Chiara Mussi, Federico Triolo, Giulio Toni, Elisabetta Simoncini, Ferdinando Tripi, Marco Menchetti, Silvia Ferrari, Graziano Ceresini, Alessandro Cremonini, Marco Bertolotti, Giovanni Neri, Salvatore Squatrito, Mario Amore, Stamatula Zanetidou and Mirco Neri (17 April 2017). Physical exercise for late life depression: effects on cognition and disability. (Italy)

	"elderly" AND "depression" AND "music therapy"	61	2	K. Zhao, Z.G. Bai, A. Bo, I. Chi. (2016) A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression (China)
				Michele Biasutti, Antonio Mangiacotti. (2019) Music Training Improves Depressed Mood Symptoms in Elderly People: A Randomized Controlled Trial (Italy)
Scopus	*"elderly" AND "depression" AND "non pharmacological" AND "treatment"*	277	1	Carla Gramaglia, Eleonora Gattoni, Debora Marangon, Diego Concina, Elena Grossini, Carmela Rinaldi, Massimiliano Panella and Patrizia Zeppegno. (July 2021) Non-pharmacological Approaches to Depressed Elderly With No or Mild Cognitive Impairment in Long-Term Care Facilities. A Systematic Review of the Literature. (Italy)
	"geriatic depression" AND "non pharmacological treatment"	137	1	Ya-Jing Chen, Xiu-Xia Li, Bei Pan, Bangwei- Wang, Guang-Zhuang Jing, Qian-Qian Liu, Yan-Fei Li, Zhi-Tong Bing, Ke-Hu Yang, Xue-Mei Han, Long Ge. (2019) Non-pharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: a network meta-analysis of 35 randomized controlled trials. (China)

Google Scholar	*"effects of exercise" AND "depressive symptoms" AND "older adults"*	825	2	Christopher Bridle, Kathleen Spanjers, Shilpa Patel, Nicola M. Atherton and Sarah E. Lamb (2018) Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. (Great Britain)
				Chichen Zhang, Yunqi Chang, Qilong Yun and Jiao Lu, Xiao Zheng, Yaqing Xue, Xinyue Zhao, Wenpei Yuan, Jiayu Zou, Jianzhong Zheng. (2022) The impact of chronic diseases on depressive symptoms among the older adults: The role of sleep quality and empty nest status. (China)
RNAO	*"geriatric" AND "depression"*	3	1	Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd ed.)

Allegato 2: flow chart di selezione degli studi