



10 Aprile 2026



in occasione della
Giornata Mondiale Parkinson

**INSONNIA
ANSIA
DEPRESSIONE...**

Quanto ti diverti Mr Parkinson?!

DISTURBI DELL'UMORE NELLA MALATTIA DI PARKINSON: EVIDENZE CLINICHE E PROSPETTIVE DI CURA

Federica Gallo

Dirigente Psicologa

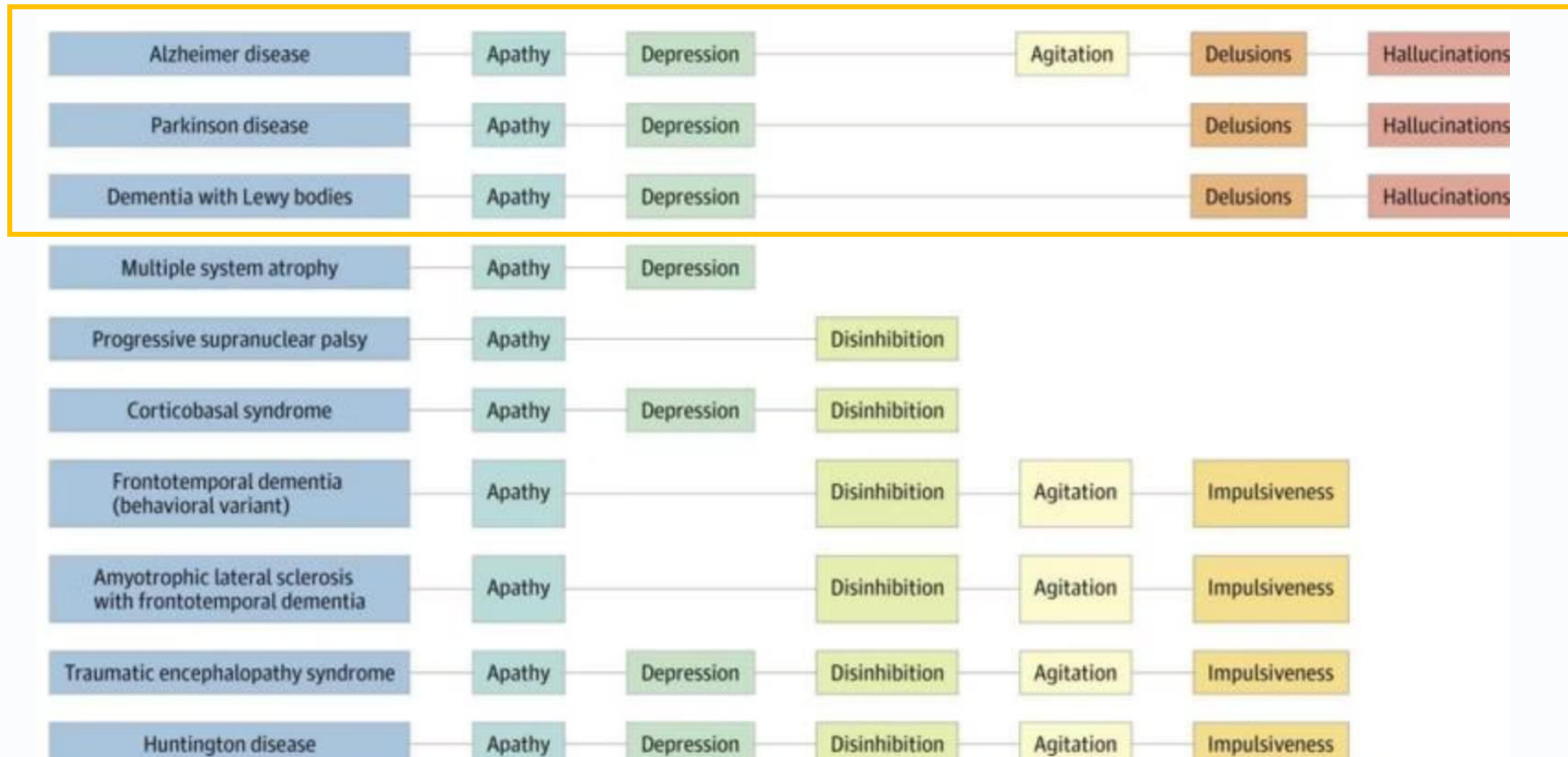
SC Psicologia ASL TO3

Direttore: Dr. Alessandro Bonansea

Manifestazioni neuropsichiatriche e m. neurodegenerative



Manifestazioni neuropsichiatriche e m. neurodegenerative



Manifestazioni neuropsichiatriche e m. neurodegenerative



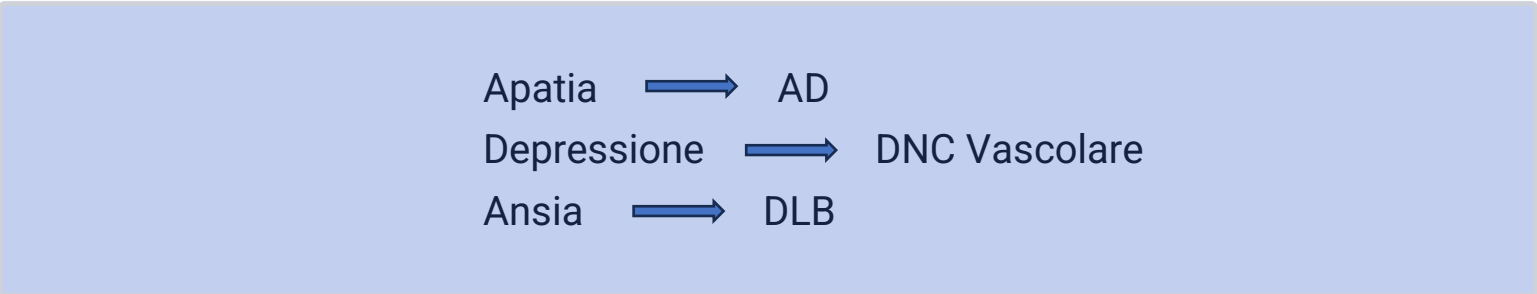
Studi caso-controllo rivelano che il profilo neuropsichiatrico della demenza da Parkinson è **più simile all'AD** che alla DLB.



- Punteggi NPI inferiori (deliri, allucinazioni, ansia, comportamento motorio aberrante)
- Minor burden del caregiver
- Tassi più bassi di utilizzo di antipsicotici



Substrati neuropatologici comuni
vs
espressione clinica dei disturbi nps



Prevalenza dei Disturbi dell'Umore

38%

Depressione

Prevalenza complessiva su oltre 38.000 pazienti in 28 paesi

(Cong et al., 2022)

60%

Fasi avanzate

Prevalenza di depressione nelle fasi avanzate di malattia

(Weintraub et al., 2022)

30–35%

Ansia

Prevalenza stabile durante tutto il decorso; ~35% con fluttuazioni motorie sperimenta ansia nei periodi "off"

27%

Apatia

Già presente nei pazienti drug-naïve de novo

Neurobiologia Non-Dopaminergica

Sistema Serotoninergico

Studi neuroimaging mostrano che **apatia** correla con lesioni serotoninergiche nell'insula, nucleo caudato anteriore destro, nella corteccia cingolata anteriore e nella corteccia orbitofrontale.

La severità dell'apatia correla con lesioni serotoninergiche nel nucleo caudato anteriore destro e nella corteccia orbito frontale. Depressione e ansia correlano con disfunzione serotoninergica a livello della corteccia cingolata anteriore.



Circuiti limbici serotoninergici

Locus Coeruleus

Prima struttura coinvolta nella patologia di Lewy, principale fonte di noradrenalina cerebrale. La sua degenerazione correla con **disfunzione cognitiva** (ma non motoria – substantia nigra).



Dissociazione funzionale tra sistemi noradrenergico e dopaminergico.



Il Modello Multidimensionale dell'Apatia

L'apatia non è un fenomeno unitario: emerge da quattro sottodomini neuropsicologici distinti, con implicazioni terapeutiche dirette.



Deficit di Ricompensa

Appiattimento emotivo, incapacità di attribuire valore motivazionale agli stimoli. Compromissione della via mesocorticolimbica.



Depressione

Affetto negativo attivo con tristezza, disforia e pensieri negativi. Distinto dal puro deficit di ricompensa.



Disfunzione Esecutiva

"Inerzia cognitiva": il paziente vuole agire ma non riesce a organizzare mentalmente i passi necessari.



Deficit di Auto-Attivazione

Incapacità di attivarsi spontaneamente senza stimolazione esterna. Risposta adeguata se sollecitati.

Diagnosi Differenziale: Apatia e Ipomimia

Apatia: indicatore multisistemico

L'apatia non varia significativamente durante il decorso della malattia, ma rappresenta un marcatore di vulnerabilità sistemica più ampia.

Predittori longitudinali

- Cognizione inferiore
- Livelli di depressione più elevate
- Maggiore severità motoria

☐ Apatia come elemento di progressione multidominio piuttosto che come fenomeno isolato.

Ipomimia: oltre il sintomo motorio

L'ipomimia si correla significativamente con la **severità dell'apatia**, non solo con bradicinesia e linguaggio. Oltre a regioni motorie coinvolge regioni fronto-temporo-parietali legate alla decodifica emotive, al riconoscimento e la produzione dell'espressione facciale delle emozioni.

☐ Non esclusivamente un sintomo motorio ma conseguenza multidimensionale dove convergono aspetti motori e non-motori.

CBT nel Parkinson: Ricostruire il Significato

Meta-analisi di **22 RCT** su oltre 1.000 pazienti: la CBT migliora significativamente depressione e ansia. I protocolli sono adattati ai bisogni specifici della MP.

→ Pensieri target

"Non ho controllo", "Sono un peso", "Sono impotente" – risposte comprensibili alla perdita di autonomia, non semplici distorsioni cognitive.

→ Comportamenti target

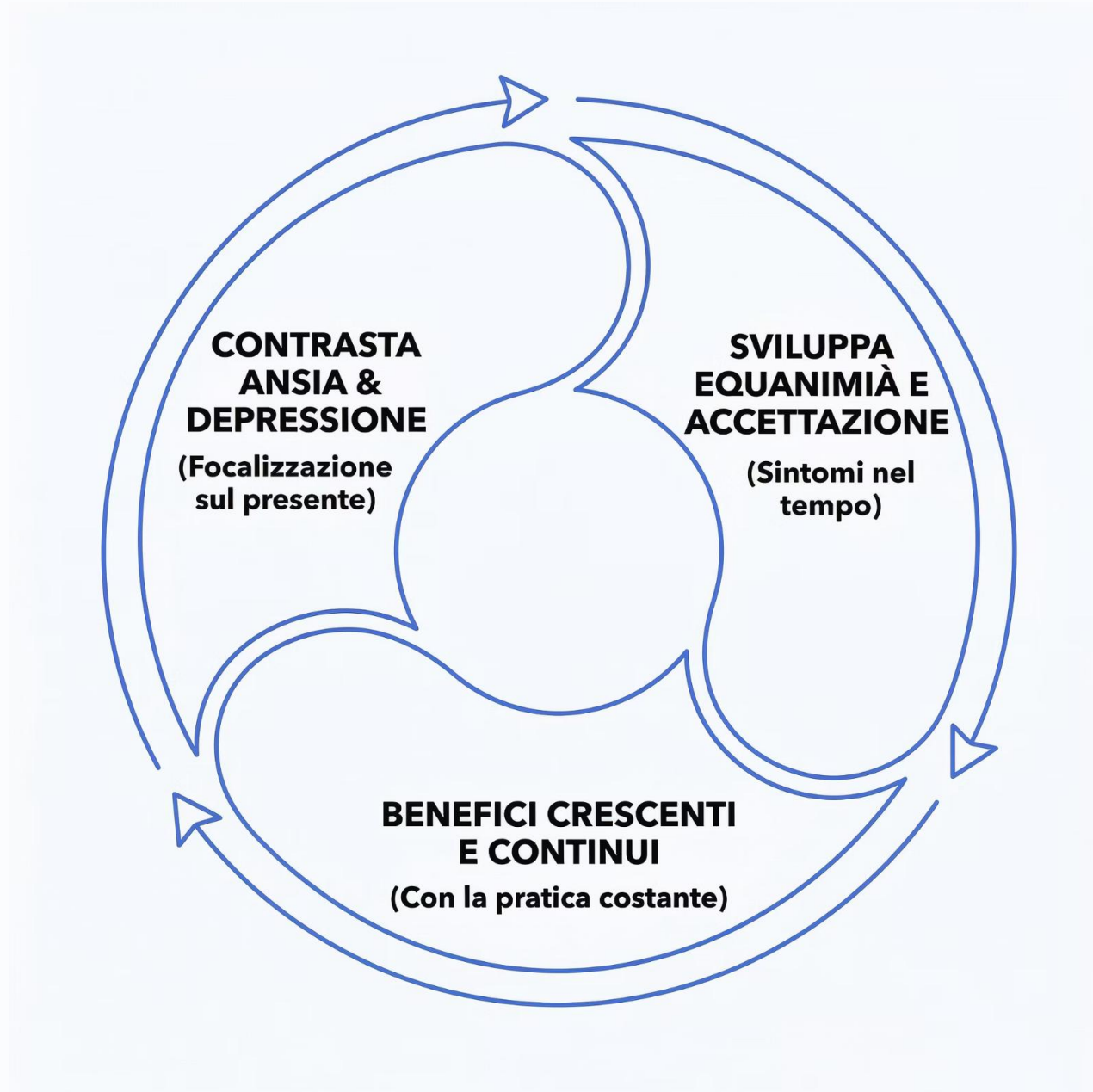
Ritiro sociale, evitamento per paura di sintomi visibili, ansia anticipatoria dei periodi "off".

→ Coinvolgimento del caregiver

I familiari vengono formati come partner terapeutici attivi, trasformando la relazione di cura in risorsa terapeutica.



Mindfulness: Abitare il Presente



La mindfulness insegna ad **accogliere l'esperienza presente** senza giudizio – contrasto diretto all'ansia (orientata al futuro) e alla depressione (orientata al passato).

I pazienti sviluppano accettazione attiva: distinguere ciò che può essere cambiato da ciò che deve essere accolto. I nuovi sintomi vengono vissuti come **meno disturbanti**.

- ❏ A differenza di altre terapie, i benefici della mindfulness **cregono progressivamente** con la pratica continua, fornendo competenze durature.

Il Caregiver: Il Paziente Invisibile

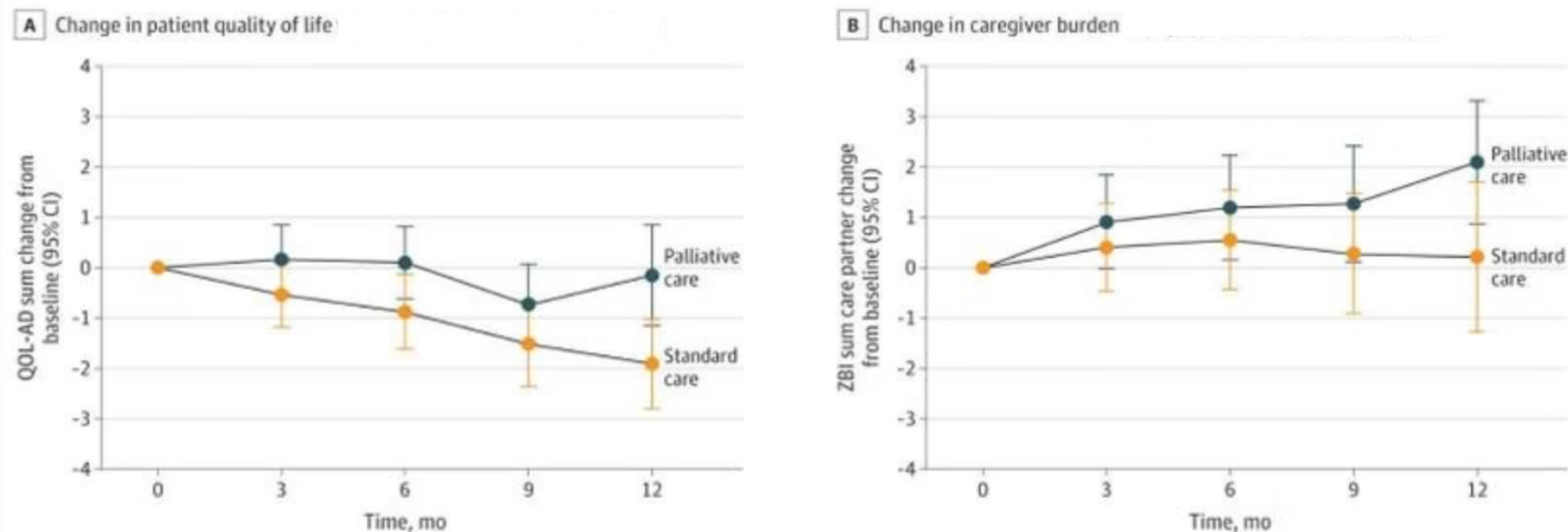
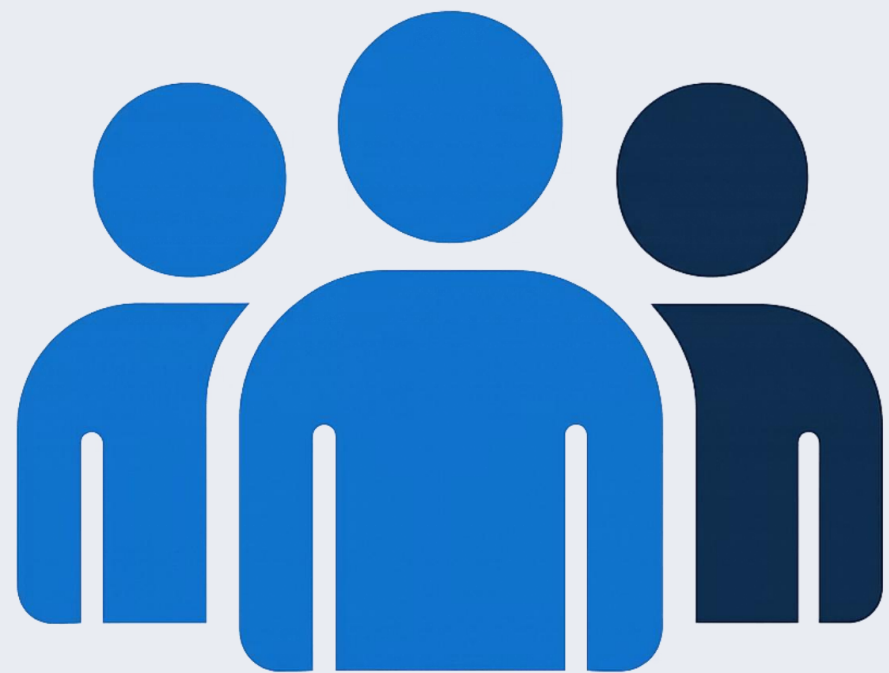


Figure 2. Qualità di vita del paziente e burden del caregiver – JAMA Neurol. 2024

Esiste una **dinamica diadica** profonda: il cambiamento dell'umore del paziente è il predittore più forte del peggioramento dell'umore del caregiver.

I **sintomi neuropsichiatrici** mostrano l'associazione più forte con il burden del caregiver – più della gravità motoria o della durata della malattia.

- La figura mostra che un intervento combinato ha preservato la qualità di vita del paziente, ma **non ha ridotto il burden del caregiver**, che è aumentato in entrambi i gruppi. Servono interventi specifici per il caregiver.



INTEGRATED CARE TEAM

Verso un Modello di Cura Integrato

La gestione ottimale richiede di riconoscere paziente e caregiver come **diade inseparabile**.



Approccio Diadico

Coinvolgere attivamente i partner di cura nel processo terapeutico.



Sfide Esistenziali

Affrontare perdita di autonomia, identità e significato – non solo i sintomi.



Fattori Protettivi

Supporto sociale, competenze di mindfulness e stile valutativo positivo come risorse durature.



Multidisciplinarietà

Integrare supporto psicologico, educazione e risorse sociali. La "prescrizione sociale" contrasta l'isolamento, fattore di rischio per la MP stessa.