

Salute mentale e dipendenze

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (1). Salute, quindi, non solo come assenza di malattia, ma come capacità di sviluppare il proprio potenziale con ricadute positive sul contesto sociale nel quale il soggetto è inserito. L'attuale congiuntura economica, con l'aumento della disoccupazione e la riduzione degli investimenti pubblici, unitamente al processo di invecchiamento della popolazione, rende necessario focalizzare l'attenzione sulla massimizzazione del *well-being* in tutto l'arco della vita.

In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1, 2).

Gli indicatori presentati in questo Capitolo vogliono fornire un contributo, seppure parziale, al monitoraggio dello stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese. Tra tutte le dimensioni possibili, per ragioni di economia e fattibilità, la scelta è caduta su tre *core indicator*: il numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di “disturbo psichico”, il consumo di farmaci antidepressivi e il numero di suicidi. Il secondo e il terzo indicatore erano presenti anche nelle passate Edizioni del Rapporto Osservasalute, mentre l'indicatore sui ricoveri per patologia psichiatrica viene introdotto, in questa forma, per la prima volta in questa Edizione. Per quanto concerne quest'ultimo indicatore, si è voluto monitorare il numero di soggetti che nel corso dell'anno hanno subito almeno un ricovero con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico, anziché il numero di eventi.

A questi tre indicatori sono stati affiancati due *Box*, il primo dei quali riporta una esperienza a livello locale di attività di prevenzione del suicidio, che può fornire validi spunti per essere estesa ad altre realtà territoriali mentre il secondo fornisce un *focus* sui soggetti ricoverati con una diagnosi di uso di alcol (ricordiamo che la *International Classification of Disease* codifica le dipendenze nell'ambito dei disturbi psichici).

In sintesi, i risultati mettono in luce delle criticità in alcune realtà territoriali. Tra le aree di maggiore criticità segnaliamo, in particolare, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la Sardegna, che presentano valori particolarmente elevati (la Sardegna solo per il genere maschile) di soggetti ricoverati per disturbi psichici e per disturbi alcol-correlati, nonché di mortalità per suicidio. La PA di Bolzano presenta anche valori particolarmente elevati di consumo di antidepressivi, mentre per le altre 2 regioni summenzionate il consumo di questi farmaci è nella media (Valle d'Aosta) o solo di poco superiore (Sardegna).

In conclusione, è importante sottolineare che tutti gli indicatori qui proposti, sebbene forniscano in qualche modo una misura indiretta del livello di disagio, sono soggetti a variazioni legate, oltre che allo stato di *well-being* della popolazione, anche a cambiamenti nelle politiche sanitarie ed alla disponibilità di servizi. Le cause delle differenze regionali andrebbero, quindi, ricercate in un *mix* tra l'efficienza e la diffusione dei servizi sul territorio e la prevalenza del “disagio psichico”, senza trascurare anche gli ambiti che trascendono l'aspetto puramente sanitario e che includono il contesto sociale ed economico.

Nonostante tutti i limiti evidenziati, le informazioni contenute nel presente Capitolo possono contribuire a fornire utili elementi di valutazione per i *policy maker*.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
- (2) World Health Organization. Mental health atlas 2014. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/.
- (3) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- (4) European Union, Directorate general for Health and Consumers “European Pact for Mental health and Well-being”, 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso di pazienti dimessi almeno una volta, nell'ultimo anno di rilevazione (2013), con una diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319), descrive la frequenza di ricoveri con necessità di assistenza psichiatrica in base alla fascia di età dei pazienti e alla regione di residenza.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Numeratore: Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico
 Denominatore: Popolazione media residente

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

°Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. La copertura a livello nazionale del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'uso di modalità standardizzate per la codifica dei dati rende gli indicatori, qui presentati, affidabili ed appropriati per confronti spazio-temporali. Inoltre, la standardizzazione dei tassi per classe di età permette di eliminare l'effetto esercitato dalle dinamiche di invecchiamento e dalla struttura demografica sui livelli di ospedalizzazione nelle diverse regioni. Ciò consente di confrontare il medesimo indicatore nel tempo e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese). Infine, va precisato che sono state escluse dall'analisi le SDO "non tracciabili", ossia quelle che non contenevano un identificativo (anonimo) affidabile che consentisse di identificare univocamente il paziente e, quindi, di escludere i ricoveri ripetuti relativi alla stessa persona, che peraltro rappresentano una percentuale trascurabile rispetto al totale (circa lo 0,1%).

Valore di riferimento/Benchmark. Il confronto tra territori differenti non è semplice perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento dei disturbi psichici è, ancora oggi, difforme tra nazione e nazione e spesso tra le varie regioni. Il valore nazionale può essere ragionevolmente adottato come valore standard di riferimento.

Ai fini delle analisi seguenti sono stati considerati solo i ricoveri per acuti (escluse le lungodegenze e le riabilitazioni). Sono stati esclusi dalle analisi i ricoveri ripetuti relativi allo stesso paziente nel corso del 2013, per cui se un soggetto nel corso dell'anno è stato ricoverato più volte, viene contato una sola volta.

Descrizione dei risultati

Relativamente all'anno 2013, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico si è rilevato maggiore in alcune regioni come la PA di Bolzano, la Sardegna, la Liguria e la Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1 e 2).

La fascia di età in cui l'evenienza di ricovero per disturbo psichico è risultata essere maggiormente frequente è quella dei soggetti di 75 anni ed oltre.

Considerando le altre classi di età gli uomini di 0-18 anni, residenti nel Lazio ed in Abruzzo risultano maggiormente interessati dall'occorrenza di ricoveri in acuzie con diagnosi principale o secondaria di disturbi psichici.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2013 mostra un costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile.

Infine, si registrano tassi più elevati per i soggetti di 65 anni ed oltre in tutti gli anni presi in considerazione (Grafico 1 e 2).

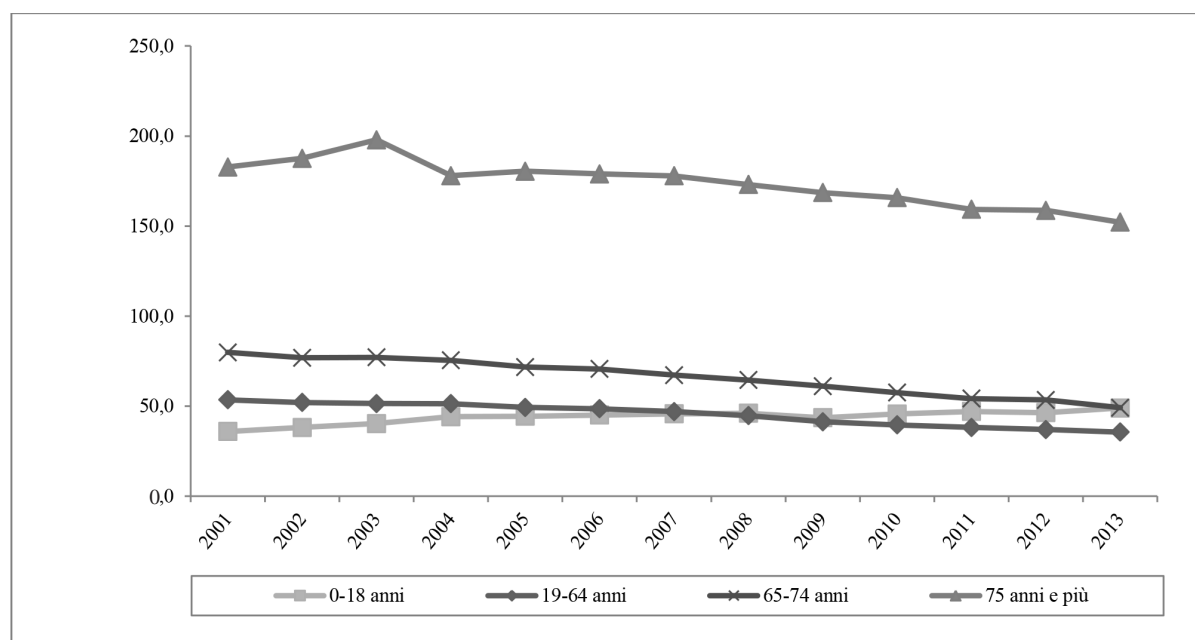
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

219

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2013

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	19,80	35,75	51,35	158,84	47,75
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	25,27	48,51	80,22	251,33	69,66
Lombardia	28,79	29,93	35,92	117,28	39,46
Bolzano-Bozen	39,57	57,28	93,27	216,21	74,45
Trento	13,63	26,87	58,11	260,44	52,25
Veneto	14,18	25,30	38,54	166,84	39,35
Friuli Venezia Giulia	26,67	29,44	52,95	207,18	50,00
Liguria	55,70	51,17	66,66	201,87	69,70
Emilia-Romagna	25,06	34,60	58,53	243,66	57,25
Toscana	51,09	33,08	47,45	162,89	51,74
Umbria	52,07	34,85	60,51	210,50	59,22
Marche	47,76	43,57	59,05	142,35	56,22
Lazio	125,86	40,75	48,07	136,28	67,22
Abruzzo	100,05	41,46	70,80	159,95	68,41
Molise	40,84	42,31	64,80	157,47	57,87
Campania	52,27	29,42	37,98	77,33	39,82
Puglia	50,77	40,82	53,07	140,86	54,95
Basilicata	57,65	32,50	45,75	123,50	48,50
Calabria	39,16	34,29	53,50	114,13	46,16
Sicilia	66,30	45,31	54,40	108,42	57,17
Sardegna	69,86	46,75	64,72	216,89	70,93
Italia	48,93	35,61	49,17	152,19	51,88

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

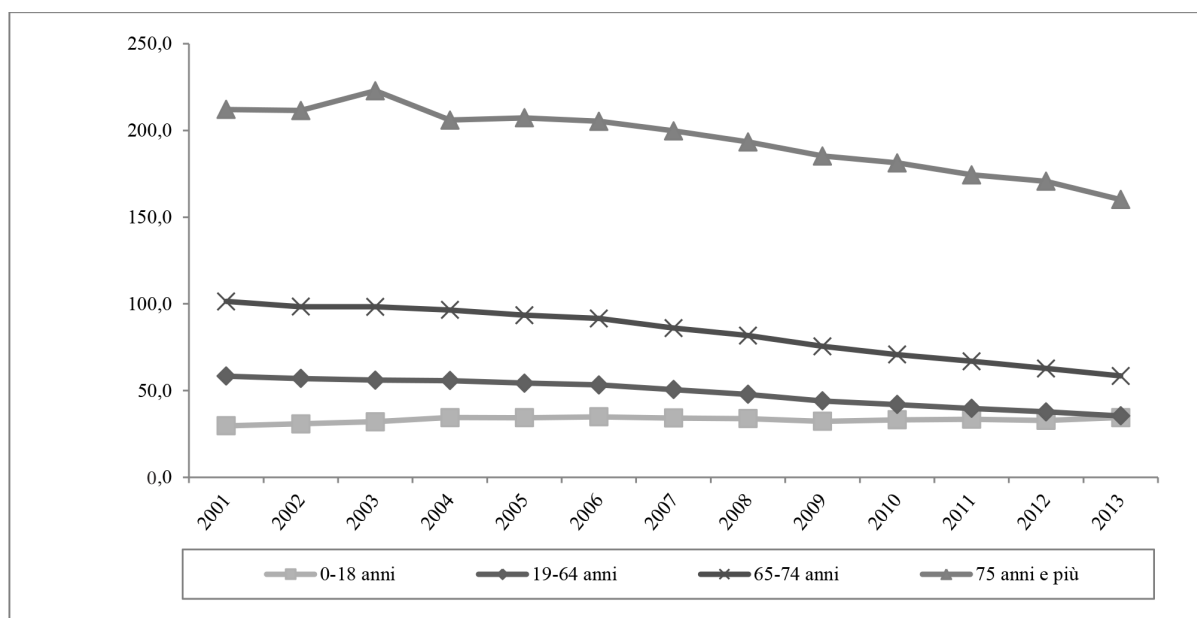
Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2013

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2013

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	16,55	38,23	58,23	149,53	48,33
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	13,34	44,73	102,15	280,74	70,51
Lombardia	28,22	29,39	40,76	110,61	38,46
Bolzano-Bozen	34,72	58,75	102,69	244,40	78,19
Trento	14,16	26,22	74,45	266,05	54,30
Veneto	13,99	28,36	48,15	159,23	41,49
Friuli Venezia Giulia	25,28	29,34	54,16	221,04	50,79
Liguria	37,12	51,84	81,28	226,13	70,87
Emilia-Romagna	24,21	36,82	70,37	264,36	61,59
Toscana	33,89	36,37	58,25	176,52	52,46
Umbria	33,10	45,79	81,07	240,46	67,22
Marche	27,11	37,85	57,99	150,76	49,61
Lazio	78,46	37,16	56,98	148,36	58,17
Abruzzo	55,25	40,29	74,65	157,84	59,81
Molise	24,47	48,69	65,83	157,66	58,33
Campania	35,27	28,46	46,24	83,66	37,60
Puglia	34,00	39,44	66,27	150,77	53,33
Basilicata	32,31	30,66	52,88	136,87	44,71
Calabria	27,98	33,56	62,21	122,99	45,55
Sicilia	42,18	41,51	68,54	125,25	53,70
Sardegna	46,52	43,51	85,14	265,73	71,76
Italia	34,39	35,35	58,41	160,15	50,70

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2013

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, relativi all'arco temporale 2001-2013, confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici si è ridotto con un trend lievemente discendente, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile. Questo risultato potrebbe certamente essere un effetto della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, ma è anche possibile supporre che alcuni cambiamenti, verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati (2) (interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi direttamente a domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). Alla luce di quanto detto, è probabile che, nelle regioni dove il tasso di ospedalizzazione è nettamente più elevato del dato nazionale, vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (3), poneva,

ad esempio, attenzione alla disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale e alla mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Ulteriori positivi risultati potrebbero derivare rafforzando i rapporti con la medicina generale e consentendo una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

- (1) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Cialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
- (2) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_p aragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore, pur riferendosi soltanto all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente, intende descrivere, in maniera indiretta e con le limitazioni riportate nel paragrafo "Validità e limiti", la frequenza di alcuni disturbi della salute

mentale e di eventuali variazioni nel consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

A completare il Capitolo, verrà evidenziato il trend temporale del consumo nel decennio 2004-2014.

Consumo di farmaci antidepressivi in *Defined Daily Dose*

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in <i>Defined Daily Dose</i> *	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	

*Il calcolo del totale delle *Defined Daily Dose* (DDD) utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

Validità e limiti. Al fine di limitare l'influenza di alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere ed età, in fase di elaborazione dei dati è stato impiegato un adeguato sistema di pesi sui dati relativi al consumo di farmaci antidepressivi.

I risultati forniti dall'indicatore in studio vanno interpretati con cautela e tenendo in considerazione i seguenti limiti. Primo elemento da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Una seconda limitazione da riportare è legata ai dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi. Infatti, solamente i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, quindi, soggetti a rimborso, sono stati inclusi nell'analisi, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*. La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata secondo una metodologia standard a livello internazionale, mediante la *Defined Daily Dose* (DDD) (1). Sebbene sia riconosciuto come metodo standard per confrontare i dati provenienti da diverse aree geografiche, la lettura epidemiologica deve tenere in considerazione alcuni elementi per l'interpretazione dei risultati: la DDD rappresenta, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; inoltre, la DDD è utile a rappresentare la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale. La DDD è, inoltre, soggetta a periodiche revisioni da parte del *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.

I dati dei vari gruppi di farmaci, a partire dall'anno

2011, si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata, sia all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Per questo motivo, tali dati non sono confrontabili con quelli relativi agli anni precedenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Le medie nazionali di consumo di farmaci antidepressivi negli anni presi in considerazione rappresentano i valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il trend del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (38,50 DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, nel biennio successivo si è registrato un nuovo incremento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014). I consumi più elevati per l'ultimo anno di riferimento si sono registrati in Toscana, nella PA di Bolzano, in Liguria, in Emilia-Romagna e in Umbria, mentre le regioni con minori consumi di antidepressivi sono la Basilicata, la Campania, la Puglia e la Sicilia. Il Lazio e l'Umbria sono le 2 regioni che hanno registrato il maggiore calo dei consumi nell'ultimo anno (Tabella 1).

Il trend in aumento su base nazionale nel corso degli anni (Grafico 1) si può attribuire a numerosi fattori: una diversa sensibilità della società nei confronti della patologia depressiva, con conseguente minore stigmatizzazione della malattia; una maggiore attenzione e consapevolezza del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi

psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio disturbi di ansia).

Infine, è opportuno ricordare che tali farmaci vengono utilizzati sempre più frequentemente come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie

oncologiche e cronico-degenerative e non si può prescindere dal considerare anche il possibile impatto dei mutamenti del contesto sociale, influenzati dalla crisi economica, che possono aver contribuito all'incremento dei consumi.

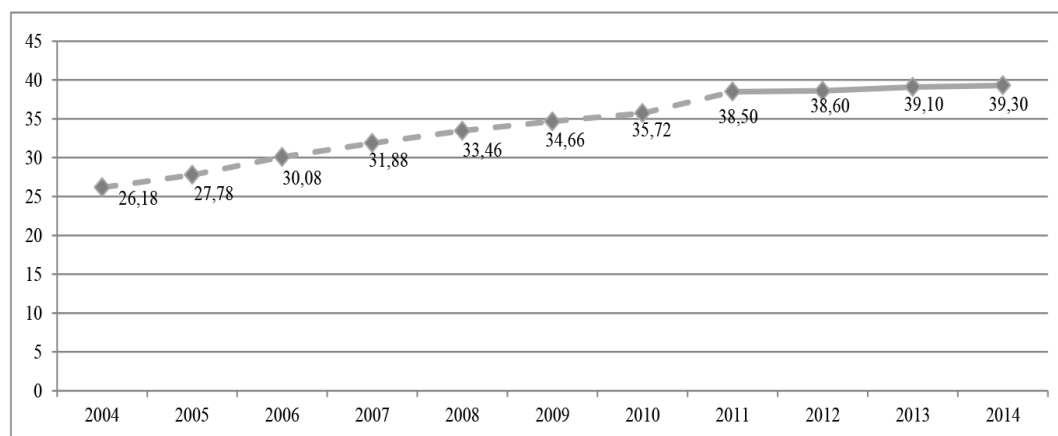
Tabella 1 - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2004-2014

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	41,90	42,40	43,30	43,60
Valle d'Aosta	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	37,40	36,60	37,90	38,70
Lombardia	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	34,90	35,50	36,20	36,80
Bolzano-Bozen	-	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	51,10	51,80	53,10	53,30
Trento	-	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	36,80	37,20	37,90	38,50
Veneto	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	36,50	37,00	37,40	37,50
Friuli Venezia Giulia	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	32,50	33,00	33,70	33,50
Liguria	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	51,10	50,60	51,40	51,30
Emilia-Romagna	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	48,50	48,90	49,50	49,40
Toscana	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	59,30	58,90	58,90	59,50
Umbria	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	49,40	50,00	50,20	49,40
Marche	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	39,70	39,20	40,20	40,60
Lazio	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	36,00	35,70	35,80	34,80
Abruzzo	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	35,60	35,50	35,90	36,40
Molise	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,60	30,50	30,50	32,60
Campania	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	29,30	29,20	29,80	30,50
Puglia	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	30,30	30,30	30,90	31,20
Basilicata	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	29,80	29,50	29,90	30,30
Calabria	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	34,90	35,50	36,40	37,00
Sicilia	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	32,10	31,50	31,40	31,20
Sardegna	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	44,30	44,10	43,80	44,00
Italia	26,18	27,78	30,08	31,88	33,46	34,66	35,72	38,50	38,60	39,10	39,30

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2014.

Grafico 1 - Trend nazionale del consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2004-2014



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

La frequenza dei disturbi psichiatrici è quantificabile solo parzialmente attraverso l'indicatore proposto in quanto le DDD prescritte possono dipendere non solo dal numero di soggetti affetti da patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle correlate e diversificate moda-

lità di trattamento. L'aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, può essere in parte ascrivibile a una relativa facilità di utilizzo e di prescrizione di tale classe farmaceutica da parte dei MMG, senza che vi sia il supporto di uno specialista. In ogni caso, va ribadito che le problematiche legate

allo stato di malattia depressiva, a causa del loro costante aumento a livello mondiale, rivestono sempre più un ruolo di maggiore rilievo e di prioritario interesse. L'Organizzazione Mondiale della Sanità include, infatti, tali patologie tra le principali cause di morte nei Paesi occidentali (2). L'opportunità di un miglioramento dei flussi informativi a livello nazionale e regionale, al fine di definire correttamente le dimensioni del fenomeno, sembra sempre più cogente. Parimenti, la valutazione in termini di qualità ed appropriatezza delle strutture territoriali che si occu-

pano della diagnosi e della cura dei disturbi psichiatrici, va supportata allo scopo di limitare le problematiche legate all'inappropriatezza prescrittiva e alla spesa sanitaria associata al consumo di farmaci antidepressivi.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.
- (2) Rapporto OsMed 2014. AIFA, Luglio 2014.

Suicidi

Significato. Il suicidio è, indubbiamente, un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione, ma può anche essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione ed integrazione sociale.

I principali fattori di rischio documentati nell'ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall'età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall'abuso di sostanze. L'aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato

con il rischio di ripetizione dell'atto con esiti letali e, quindi, anche l'offerta e l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a determinare i livelli di questo indicatore.

I tassi di suicidio risultano essere più elevati tra i celibi e le nubili rispetto ai/alle coniugati/e per cui, anche i fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico, giocano un ruolo nel determinare la variabilità degli stessi (1-3).

Tasso di mortalità per suicidio*

Numeratore	Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo l'*International Classification of Disease (ICD-10-CM)* (4) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e, per gli anni 2001-2011, della "Ricostruzione intercensuaria della popolazione" (5). Il primo limite di questo indicatore concerne la possibile sottostima dovuta all'eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le "cause non determinate" e le "morti accidentali". Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l'indicatore qui presentato è riferito, unicamente, alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi commessi sul territorio italiano da stranieri non residenti (233 casi nel biennio 2011-2012). Infine, va ricordato che l'indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (14 casi registrati nel biennio 2011-2012). Tuttavia, l'utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale, fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali e internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Da sottolineare, inoltre, che il tasso standardizzato se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce una misura della "reale" dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

con opportuni interventi di prevenzione primaria (6), il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità, è stato scelto come riferimento il valore nazionale (relativo al biennio 2011-2012, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2011-2012, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,99 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre (Tabella 1). Nel 78,4% dei casi il suicida è un uomo (dati non tabulati). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 13,61 (per 100.000) per gli uomini e a 3,25 (per 100.000) per le donne (Tabella 2). Per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età. Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni di età e il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni, dopo di che tende a ridursi lievemente nelle classi di età più anziane (Grafico 1 e 2). L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica, con tassi standardizzati, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, con l'eccezione della Liguria che, insieme a Calabria e Campania, si colloca tra le 3 regioni con i livelli di suicidalità più bassi d'Italia. All'estremo opposto troviamo la Sardegna, con un tasso di mortalità più che doppio rispetto alle 3 regioni sopramenzionate, che si colloca al terzo posto nella graduatoria delle regioni con i livelli di suicidalità più alti, preceduta solo dalla Valle d'Aosta e dalla PA di Bolzano.

Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questa tendenza alla riduzione subisce un arresto (7). Dal confronto dei tassi spe-

cifici per età negli ultimi bienni si rileva, nell'ultimo biennio (2011-2012), un aumento della mortalità per suicidio

che ha riguardato in modo quasi esclusivo gli uomini nella fascia di età 35-69 anni (Grafico 1 e 2).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2011-2012

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,40	9,86	13,54	16,09	10,90	10,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	9,00	22,78	29,97	13,28	13,06
Lombardia	2,34	7,44	9,48	11,40	7,93	7,90
Bolzano-Bozen	0,00	12,20	14,84	15,92	12,20	12,52
Trento	0,00	8,60	9,42	12,52	8,88	8,83
Veneto	2,27	9,10	11,54	12,30	9,47	9,41
Friuli Venezia Giulia	2,56	10,42	11,11	12,24	10,28	10,10
Liguria	1,02	5,34	6,83	9,55	6,09	5,64
Emilia-Romagna	2,50	8,57	12,88	20,37	10,55	10,23
Toscana	1,26	6,98	11,08	15,65	8,48	8,15
Umbria	0,00	8,96	15,44	16,77	10,67	10,37
Marche	1,83	7,16	10,85	18,94	9,06	8,80
Lazio	2,47	5,30	6,54	9,73	5,86	5,87
Abruzzo	1,02	8,14	11,63	16,90	9,49	9,42
Molise	0,00	6,76	11,39	19,46	8,74	8,68
Campania	0,54	3,79	6,08	7,95	4,24	4,51
Puglia	1,69	5,90	8,15	10,15	6,40	6,54
Basilicata	0,00	8,09	13,07	17,91	9,28	9,37
Calabria	2,91	4,84	8,05	8,74	5,50	5,60
Sicilia	2,21	6,88	8,21	10,69	7,18	7,35
Sardegna	1,69	11,67	10,77	12,49	11,33	11,31
Italia	1,84	7,22	9,85	12,95	7,99	7,99

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione”. Anno 2015.

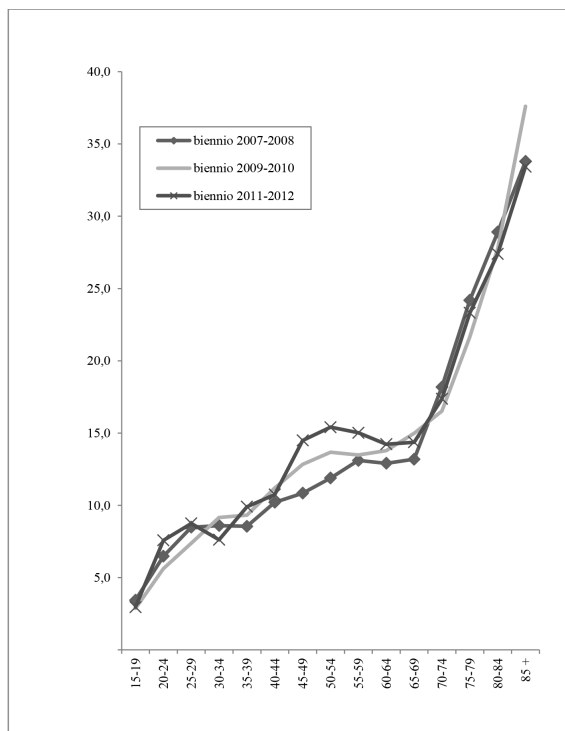
Tabella 2 - Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2011-2012

Regioni	Tassi standardizzati	
	Maschi	Femmine
Piemonte	16,99	5,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,29	5,70
Lombardia	13,35	3,31
Bolzano-Bozen	20,64	5,50
Trento	15,05	3,57
Veneto	15,44	4,08
Friuli Venezia Giulia	16,78	4,45
Liguria	9,58	2,56
Emilia-Romagna	17,40	4,34
Toscana	14,91	2,64
Umbria	17,17	4,59
Marche	14,50	3,90
Lazio	9,46	2,92
Abruzzo	16,42	3,39
Molise	16,89	1,92
Campania	7,54	2,03
Puglia	11,46	2,30
Basilicata	17,09	2,61
Calabria	9,86	1,93
Sicilia	12,85	2,57
Sardegna	21,06	2,50
Italia	13,61	3,25

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

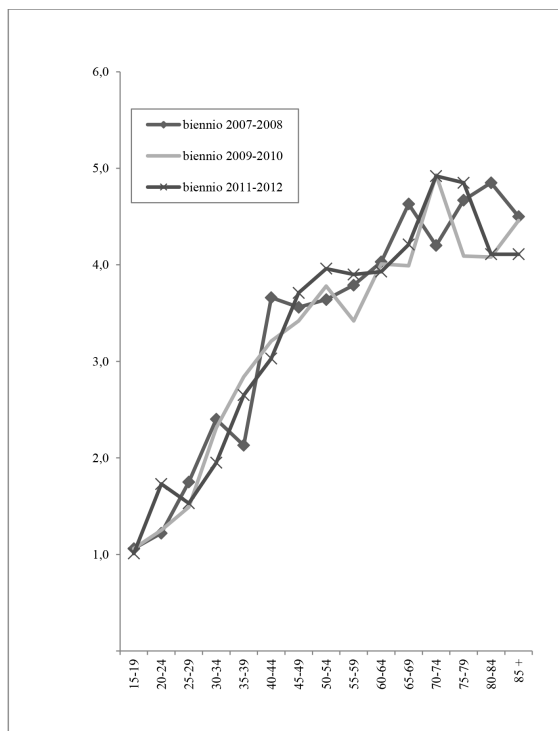
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione”. Anno 2015.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione”. Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione”. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale. La Commissione Europea ha varato, nel 2008, l'*European pact for mental health and well-being*, che contempla la prevenzione del suicidio e della depressione tra le cinque aree prioritarie di intervento, e nel 2013 la *Join Action su Mental Health and Well-being*, con l'obiettivo di ridurre il carico sociale della depressione e il numero dei suicidi, promuovendo un approccio di tipo *evidence-based* (8).

Sempre nel 2013, l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) adotta il *Mental health action plan 2013-2020* che indica, tra gli obiettivi da raggiungere entro il 2020, un aumento del 20% dei servizi per la cura dei disturbi psichiatrici gravi e la riduzione del 10% del tasso di suicidio, incoraggiando i Paesi membri a sviluppare strategie di prevenzione del suicidio che, sulla base delle evidenze, combinino un approccio universale con attività mirate a proteggere i gruppi più vulnerabili. Nel 2014 l'OMS pubblica il Report *Preventing suicide. A global imperative*, importante risorsa per lo sviluppo di una strategia multisettoriale globale per la prevenzione (1, 9, 10).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'OMS indica la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco e accesso a luoghi elevati), l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso alcolico e, non ultimo, la promozione di un atteggiamento responsabile da parte dei media per ciò che concerne le informazioni sui casi di suicidio come, ad esempio, evitare di usare un linguaggio sensazionalistico o presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema, evitare di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato e fornire, invece, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (9, 10). A questo proposito, nel nostro Paese è attivo, presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, un "Servizio per la Prevenzione del Suicidio" (10), che ha l'obiettivo di offrire sostegno alle persone che vogliono tentare o hanno tentato in passato il suicidio, ma anche a quanti hanno perso un caro per suicidio.

Merita particolare attenzione l'aumento dei suicidi che si è registrato negli ultimi bienni tra gli uomini in età lavorativa. Come indicato anche dall'OMS, la

malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio che va, invece, visto come la risultante di molti fattori di tipo genetico, psico-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale, che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, poiché il fenomeno è caratterizzato da un'elevata variabilità geografica, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi e programmi mirati (1, 7, 11).

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- (2) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (3) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).
- (4) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
- (5) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (6) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (7) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
- (8) European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (9) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
- (10) Disponibile sul sito: www.prevenireilsuicidio.it/.
- (11) Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry*. 2014 Dec; 205 (6): 486-96. doi: 10.1192/bjp.bp.114.147454. Epub 2014 Oct 30.

Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Prof. Maurizio Pompili, Dott.ssa Denise Erbuto

Il Servizio per la Prevenzione del Suicidio (1), avente sede in Roma presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma - rappresenta un'esperienza unica di ricerca e prevenzione nel panorama nazionale ed internazionale. Fondato e diretto dal Prof. Maurizio Pompili, il Servizio porta avanti le sue attività grazie ad un *team* composto da medici, psicologi, tirocinanti, frequentatori scientifici e specializzandi, figure che, a titolo per lo più volontario, quotidianamente operano nella pratica clinica ed in iniziative collaterali. Le storie e le vicissitudini degli utenti rappresentano una sfida per gli operatori, oltre a costituire un importante *background* di definizione e perfezionamento dell'esperienza professionale e personale. I tanti progetti di ricerca e le iniziative scientifiche, insieme a tutte le attività cliniche, vengono coordinate dalla Dott.ssa Denise Erbuto, psicologo-psicoterapeuta.

Il Servizio muove i primi passi a partire dal modello statunitense messo a punto da Shneidman, Farberow e Litman, impostosi negli anni Cinquanta, nel panorama internazionale, come centro dedicato all'assistenza e prevenzione dei soggetti a rischio di suicidio.

Oltre ad offrire sostegno agli individui in crisi ed a quanti hanno perso un caro per suicidio, il Servizio si propone di agire da catalizzatore di risorse, promuovendo consapevolezza e responsabilità nella comunità. Far conoscere i luoghi in cui gli individui possono chiedere aiuto è, dunque, un primo *target*, ma diviene necessario anche provvedere a campagne divulgative che permettano a quanti più individui di apprendere i principi basilari per riconoscere una condizione di crisi. Non trascurabili sono, inoltre, i programmi divulgativi e di raccolta fondi a sostegno delle ricerche e delle continuità delle iniziative di prevenzione del Servizio.

Il Servizio collabora, inoltre, attivamente con importanti Istituzioni internazionali quali l'*International Association for Suicide Prevention*, l'*American Association of Suicidology*, l'*International Academy of Suicide Research*, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il *McLean Hospital-Harvard Medical School* (Stati Uniti d'America) e molte altre presenti in America, Asia e Australia.

Le attività del Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Il Servizio si dedica all'attività assistenziale e formativa. Molti sono gli accessi presso l'ambulatorio con regolare pagamento del ticket previsto dal Servizio Sanitario Nazionale. Il Servizio è, ormai, conosciuto in tutta Italia e riceve richieste di assistenza da molte regioni.

Presso l'ambulatorio diversi sono i percorsi assistenziali a disposizione dell'utente:

- visite ambulatoriali specialistiche;
- psicoeducazione, psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;
- opportunità di ricovero in case di cura selezionate;
- incontro con i familiari per la costruzione di una rete di sostegno.

Prima, e irrinunciabile attività del nostro Servizio, è la valutazione del rischio di suicidio attraverso l'utilizzo di test psicometrici standardizzati e costruiti *ad hoc*, cui segue la presa in carico del paziente sulla base delle Linee Guida internazionali condivise dalla comunità scientifica.

Il Servizio, intervenendo nell'ambito dei fattori protettivi per il rischio di suicidio, si propone, pertanto, di:

- garantire un terreno comune per tutte le figure che nel territorio operano nella prevenzione del suicidio;
- fornire formazione e collaborazione con i "moltiplicatori" (quali sacerdoti, insegnanti, forze dell'ordine, farmacisti etc.);
- organizzare *training* specialistici a persone selezionate nell'area della prevenzione del suicidio, in centri chiave di addestramento;
- riunire e integrare risorse già esistenti, favorendo la cooperazione fra persone, servizi e Istituzioni nel contesto di una crescente solidarietà;
- promuovere la formazione di gruppi di auto-aiuto;
- garantire un servizio di sostegno psicologico;
- istituire programmi *ad hoc* diretti a coloro che hanno perso una persona cara per suicidio.

Il Servizio per la Prevenzione del Suicidio organizza, tradizionalmente, la Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, una iniziativa dell'*International Association for Suicide Prevention*.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.prevenireilsuicidio.it.

Soggetti ospedalizzati con almeno una diagnosi (principale o secondaria) alla dimissione di disturbo psichico alcol-correlato

Dott. Emanuele Scafato, Dott.ssa Silvia Ghirini, Dott.ssa Monica Vichi

Il consumo di bevande alcoliche è, ormai, da molti anni segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un problema prioritario di Sanità Pubblica per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (cirrosi epatica, tumori etc.), per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenza), per gravi quadri psico-patologici della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, delirium, demenza etc.), per l'assenteismo sul lavoro ed i frequenti ricoveri ospedalieri, nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro connessi all'abuso anche solo occasionale delle bevande alcoliche (1-4).

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM) è un sistema di classificazione che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi, sulla base di criteri definiti, e che permette una analisi delle dimissioni ospedaliere per categorie di malattie e traumatismi. All'interno del Capitolo 5, dedicato ai disturbi mentali (ICD-9-CM: 290-319) (5), sono presenti delle sottocategorie (ICD-9-CM: 291, ossia "Disturbi mentali indotti da alcool", e ICD-9-CM: 303, ossia "Sindrome di dipendenza da alcool") che permettono una valutazione dell'impatto dell'alcol sui ricoveri ospedalieri per disturbo mentale. Nell'ambito di questo *Box* sono state analizzate le dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital (escluse, quindi, le lungodegenze e le riabilitazioni) dei pazienti ricoverati almeno una volta nel corso dell'anno a causa di un disturbo psichico alcol-correlato; se un soggetto è stato, quindi, ricoverato più volte nel corso dell'anno, esso viene conteggiato una sola volta.

Risultati

In Italia, nel 2013, sono state compilate complessivamente oltre 8 milioni e 700 mila Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riferite a persone di età ≥ 11 anni alla dimissione; di queste, 26.025 (0,3%) sono state quelle contenenti una diagnosi alla dimissione di disturbo psichico (ICD-9-CM: 290-319) ed hanno riguardato oltre 285 mila soggetti dimessi almeno una volta nel corso del 2013 (in regime "per acuti"), con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico.

I soggetti che sono stati dimessi (in regime "per acuti") almeno una volta nel corso dell'anno, con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato, sono stati 11.901 ed hanno rappresentato il 4,17% del totale dei dimessi con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico.

Nella fascia di età 11-14 anni, non si rileva una differenza di genere del tasso di dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato, mentre per tutte le altre classi di età il tasso è superiore per il genere maschile (Grafico 1).

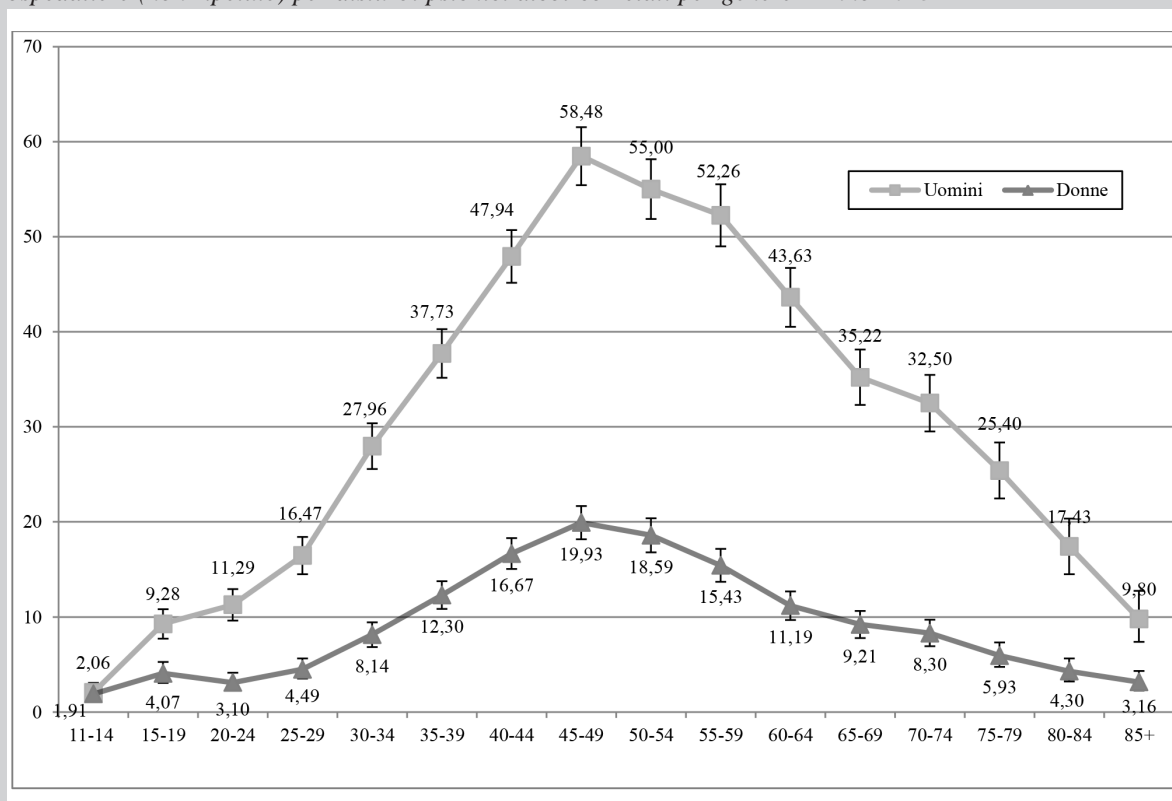
La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che, per entrambi i generi, i valori aumentano al crescere dell'età, raggiungendo i valori massimi nella fascia di popolazione adulta (40-50 anni) e diminuiscono nuovamente tra gli anziani (Grafico 1) (le dimissioni da ricoveri in lungodegenze non sono considerate in questa analisi).

L'analisi dei tassi standardizzati dei soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato evidenzia che i valori sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole. Si rilevano valori superiori al dato nazionale, per entrambi i generi, in tutte le regioni del Nord, ad eccezione del Veneto (che risulta, invece, al di sotto del valore nazionale e tra i più bassi di tutte le altre realtà territoriali), in Sardegna, in Molise e nel Lazio. Valori superiori si registrano anche in Abruzzo ed in Puglia per i soli uomini ed in Toscana e nelle Marche per le sole donne. Valori inferiori al dato nazionale si rilevano, invece, per entrambi i generi in Umbria, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia. Nella PA di Bolzano si registra in assoluto il tasso più elevato rispetto a tutte le altre realtà territoriali di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol correlato (uomini: 192,45 per 100.000; donne: 56,74 per 100.000).

L'analisi dei sottogruppi di popolazione per classi di età mostra che, a livello nazionale, per entrambi i generi la fascia di popolazione con il valore più elevato del tasso di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato è quella degli adulti, mentre il tasso più basso si registra tra i ragazzi di età 11-18 anni (Tabella 2). L'analisi delle singole realtà territoriali mostra, tuttavia, molte differenze legate alla classe di età di appartenenza. Tra i giovani di 11-18 anni, i valori sono superiori al dato nazionale in Abruzzo, Sardegna, PA di Bolzano e Liguria per entrambi i generi, in Molise, PA di Trento, Campania e Friuli Venezia Giulia per gli uomini e nel Lazio, Lombardia e Basilicata per le donne.

Sono, invece, inferiori al dato nazionale i valori registrati in Sicilia, Marche, Calabria, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte e Puglia per entrambi i generi, in Veneto, Umbria, Lazio e Lombardia per gli uomini ed in Friuli Venezia Giulia e Campania per le donne. Nella fascia di età adulta (19-64 anni) sono superiori al valore nazionale i tassi registrati per entrambi i generi nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, PA di Trento, Piemonte, Lazio, Molise, Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, oltre a Sardegna, Abruzzo e Puglia per i soli uomini e Marche per le donne. Risultano, invece, inferiori alla media molte delle regioni del Centro, del Meridione ed il Veneto. Infine, nelle fasce di popolazione anziana si mantiene il gradiente Nord-Sud ed Isole e le PA di Trento e Bolzano, insieme al Friuli Venezia Giulia, sono realtà territoriali con i valori più elevati mentre Calabria e Sicilia quelle con i valori più bassi.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) e Intervalli di Confidenza al 95% di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	40,01	13,38
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	108,84	23,08
Lombardia	34,74	13,00
Bolzano-Bozen	192,45	56,74
Trento	56,18	15,19
Veneto	9,94	3,89
Friuli Venezia Giulia	74,82	21,86
Liguria	64,50	26,03
Emilia-Romagna	34,52	13,64
Toscana	31,49	13,09
Umbria	9,81	2,26
Marche	31,35	11,72
Lazio	38,20	12,01
Abruzzo	44,29	9,98
Molise	35,99	12,22
Campania	20,23	3,26
Puglia	33,99	7,23
Basilicata	18,41	4,98
Calabria	19,37	4,14
Sicilia	19,71	3,94
Sardegna	59,66	10,75
Italia	33,75	10,44

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

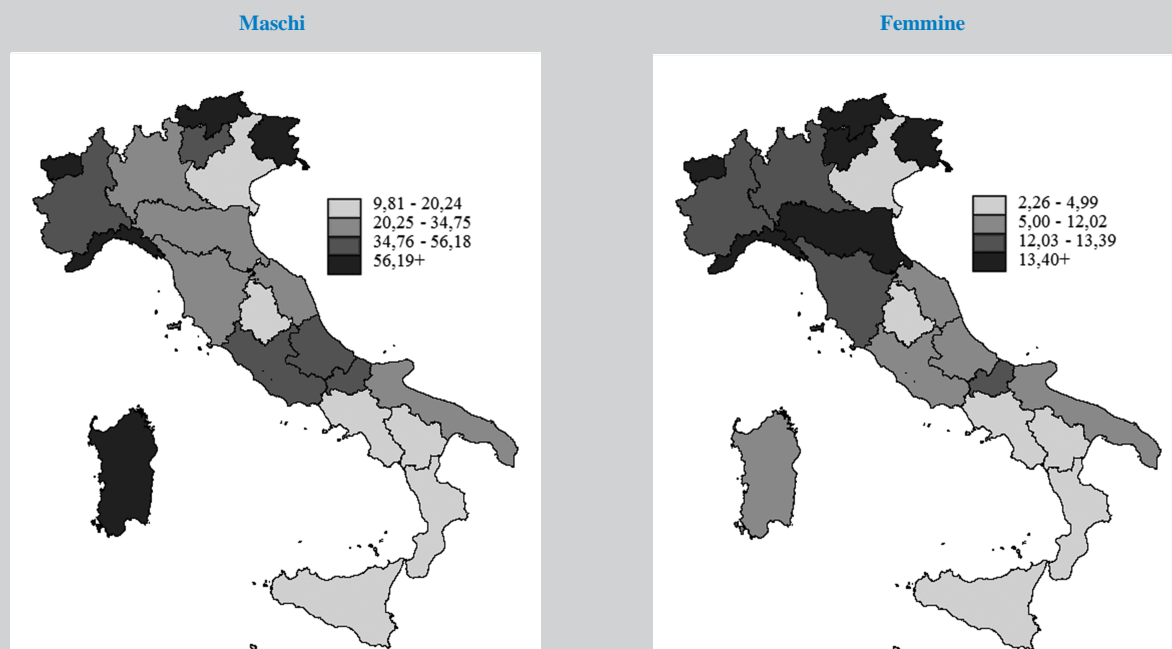
Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per regione. Anno 2013

Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi				Femmine			
	11-18	19-64	65-74	75+	11-18	19-64	65-74	75+
Piemonte	1,94	48,53	50,91	19,93	0,69	16,86	12,40	7,27
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	-	143,45	116,61	19,25	-	25,77	55,24	-
Lombardia	5,12	42,23	30,6	25,08	5,19	16,21	9,97	5,75
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>29,74</i>	<i>200,42</i>	<i>320,23</i>	<i>163,02</i>	<i>4,49</i>	<i>64,80</i>	<i>72,00</i>	<i>35,81</i>
<i>Trento</i>	<i>8,96</i>	<i>52,38</i>	<i>104,45</i>	<i>71,34</i>	-	<i>14,31</i>	<i>35,31</i>	<i>11,77</i>
Veneto	1,06	9,25	20,1	12,7	-	4,02	6,49	4,08
Friuli Venezia Giulia	7,15	79,57	106,8	90,59	2,56	23,87	34,65	20,29
Liguria	5,84	79,14	70,95	28,76	4,14	36,42	10,78	7,61
Emilia-Romagna	3,92	42,69	33,31	18,28	1,40	17,90	12,78	3,07
Toscana	4,72	40,71	24,44	11,61	1,68	17,71	8,96	2,11
Umbria	3,22	9,97	8,44	15,92	-	2,96	-	2,89
Marche	3,52	36,92	30,5	25,05	1,89	15,84	5,66	3,41
Lazio	4,26	48,52	31,37	14,18	7,04	15,17	8,38	3,39
Abruzzo	20,56	52,59	39,52	17,96	13,08	10,05	9,71	8,52
Molise	25,3	44,48	13,02	19,53	-	16,70	-	8,37
Campania	7,29	24,25	15,86	7,8	0,38	4,44	0,36	1,38
Puglia	5,11	42,13	21,16	16,26	1,80	9,27	3,64	2,55
Basilicata	-	21,24	11,52	22,35	4,57	4,48	6,84	5,10
Calabria	3,65	22,62	22,16	6,2	1,28	4,69	5,12	0,84
Sicilia	1,82	24,96	13	4,63	0,96	5,20	1,13	1,02
Sardegna	22,21	73,45	52,75	20,26	22,17	11,43	6,27	2,02
Italia	5,36	40,3	34,22	19,5	3,10	12,89	8,80	4,56

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

- (1) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- (2) WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 19/02/2015.
- (3) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati", anno 2013. Roma: Ministero della Salute; 2014. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
- (4) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- (5) Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM "International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification" Anno 2017.