

### Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per Sostanza Primaria

**Significato.** L'indicatore individua la percentuale di giovani che, relativamente alla popolazione residente, si rivolgono ai Servizi Pubblici per il trattamento delle dipendenze, in base alla tipologia di sostanza che ha causato la patologia per la quale è richiesto il trattamento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Utenti Sert con età 14-25 anni}}{\text{Popolazione regionale con età 14-25 anni}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** È indicatore chiave utilizzato dallo European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction. Tuttavia gli utenti Sert rappresentano solo coloro che ricercano il trattamento e non tutti i soggetti con problemi di dipendenza (stimati essere circa il doppio degli utenti). È quindi possibile che l'indicatore riproduca parzialmente l'efficacia del sistema sanitario se la capacità attrattiva dei servizi è differente sul territorio nazionale. Tale possibile limite non sembra tuttavia rilevante per la fascia di età analizzata per la quale, soprattutto per quanto riguarda la dipendenza da oppiacei, l'afferenza ai servizi sembra essere un reale indicatore di gravità.

**Benchmark.** Non esistono benchmark validati dal momento che la tipologia dei servizi che si occupano di tossicodipendenti non è standardizzabile a livello internazionale.

**Fonte dei dati e anni di riferimento.** Relazione al Parlamento - Anno 2002 (Dati pubblicati e forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Tassi x 1.000.

Utenti Sert in età 14-25 anni per ogni mille abitanti in età 14-25 anni suddivisi per tipo di sostanza consumata

REGIONE	Tutte le sostanze	Oppiacei	Cocaina	Altro
Trentino Alto Adige	0,49	0,43	0,01	0,05
Lazio	1,30	1,09	0,11	0,12
Basilicata	1,61	1,56	0,04	0,01
Valle d'Aosta	2,44	2,24	0,14	0,07
Calabria	2,66	2,22	0,1	0,34
Puglia	2,73	ND	ND	ND
Campania	2,75	2,14	0,2	0,41
Lombardia	3,09	2,29	0,38	0,42
Emilia-Romagna	3,29	2,43	0,3	0,56
Piemonte	3,49	2,94	0,16	0,4
Friuli	3,79	3,03	0,14	0,63
Toscana	3,98	ND	ND	ND
Veneto	4,63	3,53	0,29	0,81
Abruzzo	5,43	4,19	0,26	0,98
Marche	5,44	4,33	0,34	0,78
Liguria	5,96	4,72	0,29	0,95

I dati delle Regioni Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna non sono disponibili.

**Descrizione dei Risultati**

I dati rilevati mostrano una discreta variabilità interregionale sia relativamente all'utenza complessiva dei Sert che rispetto alle diverse sostanze individuate come sostanza primaria di consumo. Si evidenzia come, anche tra i più giovani, la sostanza che maggiormente conduce alla richiesta di trattamento sia l'eroina, per i cui effetti il numero di soggetti in cura appare particolarmente rilevante nelle regioni del centro nord (Liguria, Veneto, Friuli, Marche, Abruzzo), con valori superiori al 3%.

Anche il consumo di cocaina assume proporzioni rilevanti in tutta la penisola ma, in questo caso non si segnalano variazioni interregionali di rilievo.

Pur trattandosi di popolazione giovanile, solo una piccola parte dell'utenza dei Sert è sostenuta da consumi di altre sostanze (anfetaminici e metanfetaminici, cannabis, psicofarmaci, etc.).

Inoltre la proporzione di giovani che afferiscono ai Sert per consumi di sostanze diverse da oppiacei e cocaina è estremamente variabile tra le regioni passando dallo 0,01 della Basilicata al quasi 1% di Liguria e Abruzzo.

I suggestivi risultati presentati non offrono che un'idea approssimativa del reale numero di tossicodipendenti presenti, dato che gli utenti Sert non rappresentano che la parte emersa del fenomeno tossicodipendenza. Tuttavia essi rappresentano una base utile per ipotizzare determinanti da analizzare servendosi di modelli più sofisticati.

Negli ultimi anni si è assistito dapprima ad un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Sert, legato ad un aumento delle capacità attrattiva degli stessi in termini di maggior capacità ricettiva e organizzativa e di radicamento sul territorio; in seguito si è osservata una fase plateau che dovrebbe corrispondere ad un mancato aumento di nuovi ingressi, cioè ad una probabile stabilizzazione del numero di tossicodipendenti per anno. I dati rilevati dall'indicatore dimostrano una proporzione maggiore di utenti in alcune regioni in cui storicamente l'ampiezza del fenomeno tossicodipendenza come problema di Sanità Pubblica ha determinato una maggiore attenzione allo sviluppo del sistema dei servizi. È tuttavia da tenere presente che in alcune Regioni è più sviluppato che in altre un sistema di servizi gestito dal privato sociale (non rilevato da questo indicatore): le differenze rilevate tra regioni (ad esempio il basso tasso di utenza dei Sert della Regione Lazio) potrebbero essere sostenute in parte da questa ragione.

Utenti Sert 14-25 anni per tutte le sostanze caso non si segnalano variazioni interregionali di rilievo.



**Il confronto internazionale**

Il Report 2002 dello European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction segnala come gli oppiacei rimangano, a livello europeo, la sostanza primaria più utilizzata dagli utenti in trattamento, seguita da cannabis, cocaina e anfetamine. Molte differenze si rilevano ancora tra i vari paesi. È in costante aumento il numero degli utenti che fanno uso di cannabis. Tra i nuovi consumatori di cocaina più del 50% la utilizza per via endovenosa.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Sono ancora poche le Regioni che, a fronte di un elevato numero di consumatori di cocaina e altre droghe tra i giovani (vedi altri indicatori), sono impegnate nel trattamento della dipendenza da queste sostanze. Si riscontrano infatti differenze particolarmente elevate tra i tassi di utenza dei Sert per queste sostanze e le stime di consumo regionali. Il dato è ancora più rilevante in termini di Sanità Pubblica se si pensa che una notevole percentuale di consumatori di cocaina assume la sostanza per via endovenosa, associando ai rischi intrinseci della cocaina anche quelli relativi alle eventuali patologie infettive, fino ad ora limitati ai consumatori di eroina. Si auspica, per il futuro, una maggior attenzione dei servizi verso forme di abuso/dipendenza da sostanze non oppiacee.

Utenti Sert 14-25 anni per cocaina



## Consumi di sostanze illegali e psicofarmaci nella popolazione giovanile

**Significato.** Alcune sostanze legali o illegali sono direttamente o indirettamente correlate al rischio di probabili effetti sulla salute a breve, medio o lungo termine nella popolazione giovanile, che è a maggior rischio di dipendenza. Questo indicatore misura la prevalenza del consumo di sostanze nei soggetti giovani durante gli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero soggetti 15-19 anni che dichiarano il consumo}}{\text{Numero di soggetti 15-19 anni intervistati}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'uso di sostanze tra i giovani rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica in molti paesi e molti studi sono stati condotti con l'obiettivo di aumentare le conoscenze circa i pattern di consumo. Tuttavia è piuttosto difficile ottenere un quadro completo del fenomeno e confrontare i livelli di consumo nelle varie nazioni: la principale ragione è che gli studi sono generalmente condotti su popolazioni di età differente utilizzando strumenti non standardizzati. Il pregio dello studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) è proprio quello di aver sviluppato una metodologia di indagine standardizzata, condotta durante lo stesso periodo di tempo in tutti i paesi europei.

Sebbene l'imponente produzione scientifica riguardante la relazione tra utilizzo di sostanze legali (alcol tabacco e psicofarmaci) e cannabis e il rischio di consumo di altre sostanze (oppiacei, cocaina) non sia tuttora concorde, tutti gli autori segnalano un maggior rischio di dipendenza, laddove il consumo inizi in giovane età. Ciò è intuitivamente rilevabile per sostanze largamente diffuse i cui effetti sulla salute sono ben conosciuti e gravi. La valutazione della situazione italiana e la individuazione di aree geografiche a maggior rischio è utile alla definizione di programmi preventivi che tengano conto delle peculiarità regionali e possano dunque essere maggiormente efficaci.

I dati fanno parte di uno studio internazionale condotto sistematicamente ogni 4 anni in numerosi paesi europei. È materiale chiave utilizzato dall'EMCDDA (European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction). I dati sono stati rilevati solo tra gli studenti non viene quindi considerata quella fascia di giovani che hanno abbandonato la carriera scolastica e, quindi, molto probabilmente appartenenti a una classe sociale bassa a maggior rischio di consumo. I dati sono quindi probabilmente sottostimati soprattutto per quanto riguarda alcune regioni del nostro paese a più alta prevalenza di abbandono scolastico.

Si deve inoltre rilevare che il campionamento non è avvenuto su base regionale in tutto il territorio nazionale quindi, per alcune Regioni, i dati non vengono presentati in quanto non rappresentativi della popolazione residente.

### **Descrizione dei Risultati**

La prevalenza di consumo di sostanze illegali è, nella popolazione scolastica italiana, un fenomeno decisamente rilevante: più del 27% dei soggetti coinvolti nello studio dichiara di aver consumato sostanze illegali nell'ultimo anno. I consumi di cannabis si attestano su prevalenze del 26%, mentre i consumi di eroina, cocaina e psicofarmaci sono pari o superiori al 4% con un rilevante picco dei consumi di cocaina (5,5%).

Sono evidenti notevoli differenze interregionali: generalmente le Regioni del Sud mostrano, per i consumi di sostanze illegali, prevalenze dichiarate di consumo più basse della media nazionale.

Lo stesso andamento non è però evidenziabile per l'utilizzo di psicofarmaci, sempre sopra il 3% con l'eccezione della Regione Piemonte (2,2%).

Il consumo di cannabinoidi appare particolarmente elevato tra i giovani delle Regioni del Centro Nord. Relativamente al consumo di eroina si evidenziano come regioni particolarmente a rischio la Campania, il Lazio e il Trentino Alto Adige.

La prevalenza del consumo di cocaina, allarmante ovunque, è tuttavia più bassa, relativamente alla media nazionale, in Calabria, Sicilia, Piemonte e Veneto.

Il consumo di ecstasy e anfetaminici sembra meno frequente tra i giovani residenti delle Regioni del Sud Italia.

**Fonte dei dati :** Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) coordinato per l'Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Anno 1999. Tassi x 100.

Consumo di sostanze illegali (Tassi per 100 intervistati) in età giovanile (15-19 anni)

REGIONE	Cannabinoidi	Eroina	Cocaina Crack	Ecstasy e anfetaminici	Psicofarmaci	Qualsiasi sostanza illegale
Sicilia	17,9	3,4	2,1	1,6	4,8	18,0
Calabria	20,0	3,5	2,8	2,6	5,6	20,1
Campania	22,2	6,1	5,8	4,2	3,1	23,4
Puglia	24,8	3,7	5,7	4,2	4,3	24,7
Emilia-Romagna	24,7	4,1	6,7	6,4	4,4	25,0
<b>ITALIA</b>	<b>26,2</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,4</b>	<b>27,3</b>
Veneto	27,7	3,8	5,4	5,0	4,4	27,7
Lazio	28,2	4,9	6,5	4,9	6,8	28,2
Piemonte	27,8	2,8	4,0	5,6	2,2	28,7
Liguria	32,7	3,8	7,6	6,9	5,9	32,3
Lombardia	35,6	4,2	7,0	5,9	6,7	36,0
Trentino A.A.	37,1	5,2	7,3	8,8	4,5	37,3
Toscana	37,4	4,4	6,1	5,3	3,7	37,6

I dati delle Regioni Valle d'Aosta, Friuli VG, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna non sono disponibili.

#### **Valutazione dei dati da parte di Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze – Regione Piemonte**

Le indagini campionarie rappresentano sempre uno strumento particolarmente utile nella stima dei consumi di sostanze illegali. Esse lo sono ancor di più quando, come nello studio ESPAD, sono ripetute nel tempo con strumenti standardizzati in grado di fornire interessanti trend.

È indubbio infatti che indagini condotte attraverso questionari su una popolazione campione presentino il limite intrinseco di non poter pesare in modo sistematico l'errore da informazione: la ripetizione dell'indagine con lo stesso strumento su popolazioni diverse è in grado di fornire notevoli informazioni rispetto alle differenze permettendo di porre un minor accento sulle eventuali sottostime del dato complessivo.

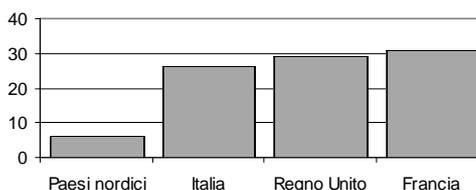
Inoltre le numerose valutazioni di qualità (che includono consistenza logica del questionario e anonimato) condotte sullo studio ESPAD, sostanziano un buon grado di validità. I dati rappresentati segnalano consumi di sostanze assolutamente rilevanti per l'età dei soggetti in studio (15-19 anni); è necessario inoltre tenere in considerazione il fatto che si tratta di consumi nell'ultimo anno e non di consumi «once in life», non si tratta cioè necessariamente di soggetti che hanno sperimentato solo una volta nella vita una sostanza, ma è probabile che molti abbiano utilizzato più volte una o più sostanze. Tale dato è sottolineato anche dal fatto che la prevalenza generale di consumi di sostanze è molto simile alla prevalenza di consumo di cannabis: la maggior parte dei consumatori di altre sostanze ne ha quindi utilizzate più di una. Questa evidenza è assolutamente coerente con i dati di letteratura che sottolineano come uno dei fenomeni più preoccupanti del consumo giovanile di sostanze sia il policonsumo, cioè l'utilizzo più o meno simultaneo di più sostanze che, oltre a rendere molto complessa la ricerca sui reali danni alla salute delle diverse sostanze, è in grado di provocare pericolosi e incontrollabili mix di effetti.

È opportuno inoltre rilevare come, probabilmente, i consumi della popolazione giovanile generale siano più elevati di quelli presentati (peraltro già rilevanti in termini di Sanità Pubblica) non solo per il limite intrinseco delle autodichiarazioni, ma anche per il fatto che le popolazioni coinvolte (studenti) sono considerate a minor rischio di consumo rispetto ai coetanei di classi sociali più basse che hanno abbandonato gli studi alla scuola dell'obbligo.

### **Confronti internazionali**

Prevalenza di utilizzo di cannabinoidi (% della popolazione intervistata).

La prevalenza di utilizzo di cannabinoidi appare particolarmente elevata in Francia (31%), Regno Unito (29%) e Repubblica Ceca (27%), mentre i valori più bassi si rilevano nei paesi del Nord Europa (6%).



Relativamente all'utilizzo delle altre sostanze illegali, in tutti i paesi il numero di soggetti utilizzatori è decisamente più basso: risalta per i valori più elevati il Regno Unito (12%). L'utilizzo di tranquillanti e sedativi, sia autoprescritti che con richiesta medica, varia notevolmente nei vari paesi interessati dallo studio: la Francia (12%) è uno dei paesi con i consumi più elevati.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

In Italia il consumo delle varie sostanze si attesta sempre sui valori europei più elevati. Numerose differenze interregionali sono rilevabili per i consumi delle varie sostanze anche se alcune regioni (Liguria, Lombardia, Trentino e Lazio) si caratterizzano per consumi quasi sempre sopra la media nazionale. Si rende necessario un monitoraggio frequente del consumo al fine di rilevare tempestivamente possibili preoccupanti variazioni in aumento, con particolare attenzione ai frequenti cambiamenti nelle 'mode' e nei modelli di utilizzo.

Tali rilevazioni potrebbero da un lato fornire nuovi suggerimenti per interventi preventivi, dall'altro adeguare le conoscenze sulle abitudini al fine di allertare i servizi di emergenza e la medicina di base per poter far efficacemente fronte ed eventuali episodi di abuso o effetti sulla salute a breve/medio termine.

### Tasso di dimissione per disturbi psichici in degenza ordinaria nella popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni e nella popolazione >75

**Significato.** Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 sottolinea come i problemi relativi alla salute mentale rivestano una importanza crescente, testimoniata da un andamento in aumento della prevalenza. Disturbi mentali coinvolgono anche la popolazione anziana, in particolare le demenze nelle loro diverse espressioni. Pertanto sono considerate le dimissioni ospedaliere in degenza ordinaria per disturbi psichici disaggregando le due fasce di età 65-74 anni e oltre 75 anni.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N}^\circ \text{ dimessi da UU.OO. Psichiatriche (65-74 o >75 anni)}}{\text{Denominatore} \quad \text{N}^\circ \text{ totale dimessi (65-74) o >75 anni}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'indicatore fornisce una immagine parziale del disagio psichiatrico nella popolazione anziana essendo riferito al solo versante ospedaliero e non discriminando in presenza di ricoveri ripetuti. La fonte è rappresentata dalla analisi delle SDO e pertanto risente dei limiti insiti in tale tipo di flusso informativo. Meno rilevante per questo tipo di patologia dovrebbe essere l'effetto rappresentato dai flussi migratori interni.

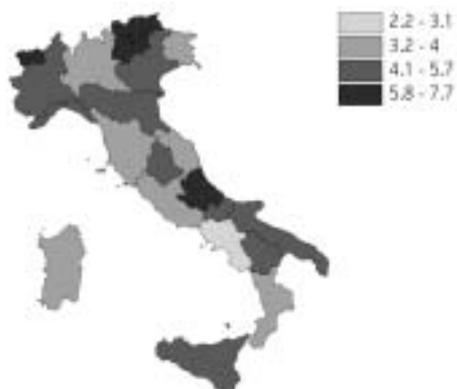
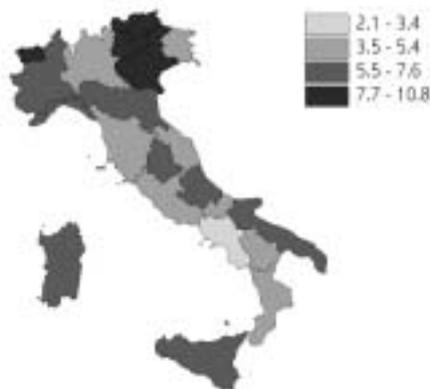
**Benchmark.** Può essere utilizzato il valore medio nazionale.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT. Anno 1999.

Tasso di dimissione per disturbi psichici nella popolazione di età 65-74 anni e >75

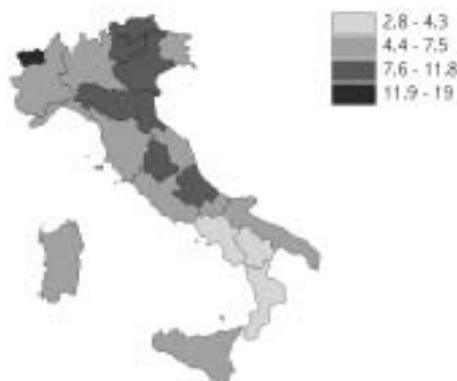
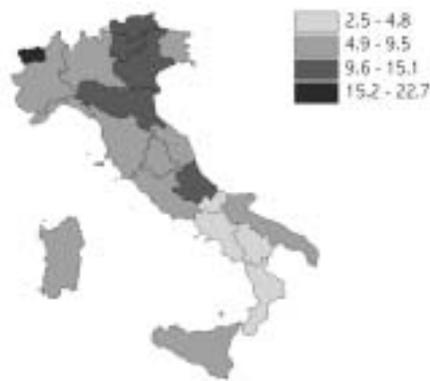
REGIONI	65-74 M	65-74 F	75+ M	75+ F
Piemonte	4,6	6,2	6,1	7,6
Valle d'Aosta	6,4	10,8	19,0	22,7
Lombardia	4,0	5,4	5,3	6,5
Trentino-Alto Adige	7,7	9,5	11,8	15,1
Veneto	5,7	8,2	10,0	12,6
Friuli-Venezia Giulia	3,6	4,5	7,3	8,0
Liguria	5,7	6,9	7,5	8,7
Emilia-Romagna	4,6	6,9	8,6	10,3
Toscana	3,3	4,5	5,0	6,4
Umbria	4,6	5,9	8,1	9,5
Marche	3,2	5,1	5,8	7,0
Lazio	3,6	5,0	5,8	7,1
Abruzzo	7,4	7,6	8,6	10,8
Molise	5,4	4,4	5,2	3,8
Campania	2,2	2,1	2,8	2,5
Puglia	4,5	5,7	6,8	7,1
Basilicata	4,3	4,6	3,9	3,4
Calabria	4,0	4,6	4,3	4,8
Sicilia	5,1	6,2	5,7	5,7
Sardegna	3,7	6,2	5,9	7,7
<b>ITALIA</b>	<b>4,3</b>	<b>5,7</b>	<b>6,4</b>	<b>7,6</b>

## Tassi di dimissione per disturbi psichici

**Maschi 65-74****Femmine 65-74****Descrizione dei Risultati**

Il valore medio nazionale è pari a 4,3% per il sesso maschile con una distribuzione che passa da 2,2 della Campania a 7,7 del Trentino Alto Adige. Per il sesso femminile il dato medio nazionale è pari a 5,7%, il range va da 2,1 della Campania a 10,8 della Valle d'Aosta. A parte l'incremento nella prevalenza delle dimissioni nel sesso femminile l'articolazione per regioni non consente di evidenziare elementi degni nota per quanto si riferisce alle caratteristiche di genere.

## Tassi di dimissione per disturbi psichici

**Maschi 75+****Femmine 75+**

Il valore medio nazionale è pari a 6,4% per il sesso maschile con una distribuzione che passa da 2,8% della Campania a 19,0% della Valle d'Aosta. Per il sesso femminile il dato medio nazionale è pari a 7,6%, il range va da 2,5% della Campania a 22,7% della Valle d'Aosta. Nel caso degli ultra settantacinquenni oltre alla differente prevalenza di dimissioni nei due sessi si evidenzia una minore concentrazione della casistica nelle aree meridionali con l'eccezione della Puglia.

### **Tasso di Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita di memoria standardizzata**

**Significato.** L'utilizzo di questo indicatore mira a verificare il dato di morbosità per patologie croniche gravi che, in larga misura, coinvolgono la popolazione anziana. In effetti l'indicatore è costruito per individuare il segmento di popolazione in peggiori condizioni di salute ed analizzarne le caratteristiche socio-demografiche.

Per determinare il parametro è stata sottoposta agli intervistati una lista precodificata di ventotto malattie, chiedendo loro di indicare quelle da cui erano affetti.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Malattia Cronica (M o F)}}{\text{Popolazione gen. (M o F) std per età}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Il principale limite è rappresentato dalla aggregazione delle patologie considerate, benché anche nel caso della epilessia oltre il doppio dei casi si riscontra nelle fasce di età superiori ai 60 anni con prevalenza di forme focali sintomatiche. Ulteriori limiti di carattere metodologico derivano dalla fonte utilizzata.

La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione media residente in Italia nel 1991.

**Benchmark.** Valore medio nazionale per il sesso maschile: 1,0%; valore medio nazionale per il sesso femminile: 1,0%.

Migliore dato nazionale 0,6% per il sesso maschile e 0,7% per il sesso femminile.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT – Health for all Italia, Indagine Multiscopo sulle Famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Anno 2000.

#### **Descrizione dei Risultati**

Il valore medio nazionale non standardizzato è pari a 0,9% per il sesso maschile e a 1,3% per il sesso femminile. Il range è compreso rispettivamente tra 0,6% del Molise e 1,3% dell'Emilia-Romagna e tra 0,9% del Trentino Alto Adige e 2,3% dell'Emilia-Romagna.

A seguito della standardizzazione le condizioni di maggiore densità si evidenziano nelle regioni settentrionali del paese, con l'eccezione dell'Abruzzo per il sesso maschile. Per il sesso femminile i valori più elevati si riscontrano in Toscana, Emilia-Romagna e Valle d'Aosta. Valori più elevati del tasso nazionale sono evidenti anche in Puglia e Sardegna.

Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita memoria

REGIONI	Maschi
Molise	0,6
Campania	0,8
Basilicata	0,8
Toscana	0,8
Friuli-V.G.	0,8
Calabria	0,9
Sicilia	0,9
Valle d'Aosta	0,9
Piemonte	0,9
Puglia	0,9
Lazio	0,9
Trentino-A.A.	1,0
Umbria	1,0
Marche	1,0
Sardegna	1,0
<b>ITALIA</b>	<b>1,0</b>
Liguria	1,1
Veneto	1,1
Emilia-Romagna	1,1
Abruzzo	1,1
Lombardia	1,2



REGIONI	Femmine
Molise	0,7
Abruzzo	0,8
Sicilia	0,8
Lazio	0,8
Trentino-Alto Adige	0,8
Piemonte	0,8
Basilicata	0,9
Calabria	0,9
Campania	0,9
Veneto	0,9
Friuli VG	0,9
Lombardia	1,0
Liguria	1,0
Umbria	1,0
<b>ITALIA</b>	<b>1,0</b>
Marche	1,1
Sardegna	1,2
Puglia	1,2
Valle d'Aosta	1,5
Toscana	1,5
Emilia-Romagna	1,5



### Tasso di mortalità per suicidio e autolesione per sesso e classe di età

**Significato.** La mortalità per suicidio e autolesione rappresenta una delle tipologie di mortalità evitabile che nel soggetto anziano si carica di ulteriori valenze potendo rappresentare una spia rilevante di disagio legato a condizioni quali la solitudine e la depressione. L'indicatore è quindi correlabile a tali condizioni e andrebbe seriamente considerato sia in sede di programmazione regionale sia in analisi delle dimensioni locali della salute, anche in funzione di possibili interventi di supporto socio sanitario.

---

Numeratore	Decessi per suicidio e autolesione > 65 anni per sesso	
Denominatore	Popolazione media residente > 65 anni per sesso	x 10.000

---

**Validità e limiti.** La causa selezionata è la causa iniziale di morte. Le cause di morte sono codificate utilizzando la Classificazione Internazionale delle Malattie, IX revisione, (ICD-9). La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione residente in Italia al censimento del 1991.

**Benchmark.** Pur non essendo eliminabile, il valore riconducibile a cause di mortalità evitabile dovrebbe dimostrare una tendenza alla riduzione su trend medio lunghi in funzione degli interventi messi in atto per prevenirli. Il dato medio nazionale può tuttavia rappresentare un utile elemento di riferimento.

#### **Descrizione dei Risultati**

L'indicatore è analizzato rispetto a variabili territoriali e di genere. I valori più elevati si osservano per il sesso maschile. Le regioni che evidenziano valori più elevati sono Valle d'Aosta (6,98 per 10.000), Umbria (4,27 per 10.000), Sardegna (3,94 per 10.000). Le regioni del Nord e del Centro evidenziano valori superiori a quello medio; viceversa nel Mezzogiorno, soprattutto per il contributo del Sud, il fenomeno appare meglio controllato. Analoghe considerazioni possono essere svolte per il sesso femminile che, pur evidenziando un valore medio nettamente inferiore, presenta un picco in Valle d'Aosta (1,20 per 10.000 con un IC 95% molto ampio, compreso cioè tra 0,14 e 2,27) e valori pari a 1,04 in Emilia-Romagna e a 0,79 nelle Marche. I valori rilevati nelle diverse ripartizioni appaiono posizionati intorno al valore medio o di poco superiori, mentre condizioni di minore consistenza si rilevano nel Mezzogiorno e, in particolare, nelle Isole.

#### **Commento**

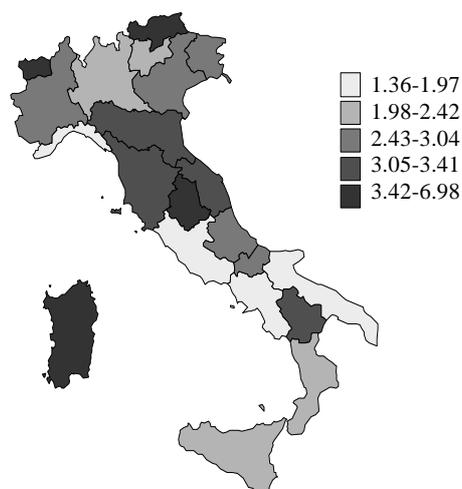
È evidente come le implicazioni che derivano dallo studio di questo indicatore meritino un maggiore approfondimento. Da un punto di vista meramente descrittivo si richiederebbe una verifica dell'andamento su serie storiche più lunghe finalizzata alla ricerca di possibili correlazioni con variabili socio demografiche e/o connesse con la disponibilità o meno di servizi e operatori adeguatamente qualificati. Infatti il fenomeno si va ad intrecciare, oltre che con le condizioni quali la solitudine e la vedovanza, anche con la disponibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli anziani e di quelli di assistenza psichiatrica territoriale.

Tabella 1 - *Mortalità per suicidio e autolesione in soggetti anziani. Tassi grezzi e standardizzati per 10.000 residenti - Anni 1999-2001*

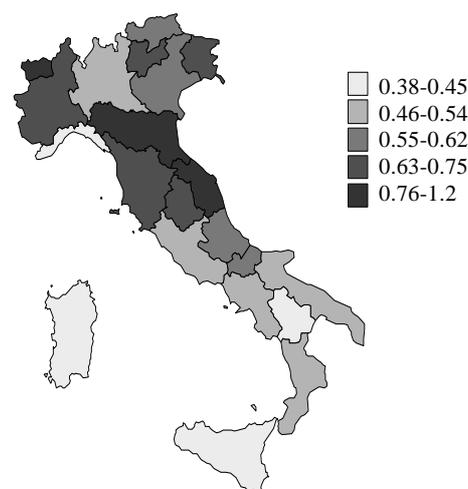
Regione	Tassi grezzi		Tassi standardizzati		I. C. (95%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	2,98	0,69	3,03	0,68	2,70 – 3,36	0,55 – 0,81
Valle d'Aosta	6,23	1,23	6,98	1,20	3,85 – 10,12	0,14 – 2,27
Lombardia	2,07	0,53	2,11	0,54	1,90 – 2,32	0,45 – 0,62
Trentino-Alto Adige	2,85	0,67	2,76	0,63	2,01 – 3,52	0,34 – 0,92
Prov. Aut. Bolzano	3,61	0,70	3,42	0,61	2,18 – 4,66	0,19 – 1,04
Prov. Aut. Trento	2,20	0,64	2,21	0,65	1,29 – 3,13	0,25 – 1,05
Veneto	2,36	0,57	2,47	0,59	2,15 – 2,78	0,46 – 0,71
Friuli-Venezia Giulia	2,92	0,75	2,98	0,74	2,34 – 3,61	0,49 – 0,98
Liguria	1,72	0,40	1,72	0,38	1,35 – 2,09	0,24 – 0,52
Emilia-Romagna	3,43	1,08	3,39	1,04	3,04 – 3,73	0,88 – 1,20
Toscana	3,13	0,68	3,15	0,66	2,80 – 3,51	0,52 – 0,80
Umbria	4,17	0,68	4,27	0,75	3,44 – 5,11	0,45 – 1,05
Marche	3,34	0,77	3,34	0,79	2,77 – 3,91	0,55 – 1,02
Lazio	1,81	0,49	1,89	0,48	1,63 – 2,14	0,37 – 0,59
Abruzzo	2,65	0,57	2,61	0,56	2,05 – 3,17	0,34 – 0,78
Molise	2,67	0,51	2,72	0,55	1,62 – 3,82	0,12 – 0,97
Campania	1,52	0,47	1,64	0,46	1,39 – 1,90	0,34 – 0,57
Puglia	1,33	0,49	1,36	0,48	1,11 – 1,62	0,35 – 0,62
Basilicata	3,07	0,44	3,06	0,41	2,16 – 3,97	0,12 – 0,70
Calabria	2,10	0,55	2,11	0,52	1,67 – 2,54	0,33 – 0,71
Sicilia	2,03	0,45	2,08	0,45	1,80 – 2,35	0,34 – 0,56
Sardegna	3,87	0,43	3,94	0,43	3,26 – 4,62	0,23 – 0,62
Nord-Ovest	2,34	0,57	2,39	0,56	2,22 – 2,55	0,50 – 0,63
Nord-Est	2,92	0,81	2,96	0,80	2,75 – 3,17	0,71 – 0,89
Nord	2,58	0,67	2,63	0,66	2,50 – 2,76	0,61 – 0,72
Centro	2,71	0,61	2,78	0,61	2,59 – 2,98	0,53 – 0,69
Sud	1,80	0,50	1,86	0,49	1,70 – 2,02	0,42 – 0,56
Isole	2,46	0,45	2,51	0,44	2,25 – 2,78	0,35 – 0,54
Mezzogiorno	2,02	0,48	2,08	0,47	1,94 – 2,22	0,42 – 0,53
<b>Italia</b>	<b>2,43</b>	<b>0,60</b>	<b>2,49</b>	<b>0,59</b>	<b>2,40 – 2,58</b>	<b>0,56 – 0,63</b>

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat Health for All Italia-2004.

Tasso standardizzato di mortalità per suicidio e autolesione nella popolazione anziana. Maschi. Anno 2000



Tasso standardizzato di mortalità per suicidio ed autolesione nella popolazione anziana. Femmine. Anno 2000



### Utenti per eroina rispetto agli operatori dei servizi per le tossicodipendenze (Sert)

**Significato.** È un indicatore di struttura atto a valutare la qualità del servizio erogato e l'appropriatezza delle risorse impiegate. Tra gli utenti Sert sono stati selezionati quelli in trattamento per eroina come sostanza d'abuso primaria, poiché rappresentano la maggior parte della popolazione seguita da tali servizi (fino al 90%).

---

Numeratore	Utenti Sert per eroina
Denominatore	Operatori Sert

---

**Validità e limiti.** Il rapporto fra numero di utenti e numero di operatori potrebbe rappresentare un significativo indicatore per la qualità del servizio offerto, ma non evidenziare in modo preciso l'effettivo processo assistenziale; si potrebbe avere infatti un tasso favorevole a causa di sovradimensionamenti o un tasso svantaggioso a causa di sotto-dimensionamenti delle figure professionali deputate all'assistenza del tossicodipendente che si rivolge al servizio d'assistenza per il consumo di eroina. In secondo luogo il termine operatore include più figure professionali, dal medico all'educatore, allo psicologo, all'assistente sociale. La rappresentazione di tali figure professionali non risulta essere omogenea nelle varie regioni e, se si tiene conto che la filosofia terapeutica del servizio è spesso condizionata dall'esperienza formativa e culturale degli operatori, si può comprendere come l'indicatore qui studiato non sia assolutamente sufficiente a misurare la qualità del servizio. Esso tuttavia potrebbe essere utilizzato per valutare la necessità di adeguamenti al numero di operatori che forniscono l'assistenza agli utenti.

**Benchmark.** Non esistono benchmark validati poiché la tipologia degli operatori che forniscono assistenza ai tossicodipendenti non è omogenea e dunque non è standardizzabile né a livello nazionale né a livello internazionale.

#### **Descrizione dei Risultati**

L'analisi ha permesso di evidenziare come il rapporto utenti/operatori sia discretamente omogeneo fra le varie regioni nel corso dei periodi in esame, con l'esclusione della regione Molise e della Provincia Autonoma di Bolzano, nettamente al di sotto del trend italiano e della regione Umbria che sull'intero periodo assume valori superiori.

Nello specifico dell'anno 1998 spiccano i valori della Provincia Autonoma di Trento, della Liguria e del Molise, nettamente al di sotto della media italiana, mentre nettamente al di sopra sono quelli della Sardegna, dell'Abruzzo ed infine dell'Umbria.

Per gli anni dal 2000 al 2002 si può notare come il valore dell'indice preso in esame tenda a rimanere costante, probabilmente a seguito di un assestamento organizzativo dovuto ad una consolidata esperienza.

In ultima analisi si nota come il trend generale descritto dall'indicatore sia quello di un servizio che fornisce un buon livello di assistenza agli utenti che vi accedono, soprattutto in una prospettiva di miglioramento costante della qualità e dell'efficienza del servizio erogato.

Tabella 1 - *Rapporto utenti/operatori nei Sert italiani - Anni 1998, 2000, 2001*

Regione	1998			2000			2002		
	Utenti	Operatori	Indice	Utenti	Operatori	Indice	Utenti	Operatori	Indice
Piemonte	12.796	672	19,04	12.330	733	16,82	12.075	751	16,08
Valle d'Aosta	329	17	19,35	325	16	20,31	289	15	19,27
Lombardia	18.601	920	20,22	17.643	941	18,75	17.840	910	19,60
Prov. Aut.									
Bolzano	739	24	18,95	728	47	15,49	642	55	11,67
Prov. Aut. Trento	519	39	21,63	702	27	26,00	718	27	26,59
Veneto	8.576	447	19,19	8.191	429	19,09	8.916	512	17,41
Friuli-Venezia Giulia	2.020	120	16,83	2.068	123	16,81	2.021	119	16,98
Liguria	2.801	209	13,40	4.916	231	21,28	4.508	185	24,37
Emilia-Romagna	7.653	488	15,68	7.685	526	14,61	7.910	454	17,42
Toscana	8.385	478	17,54	9.181	454	20,22	9.644	516	18,69
Umbria	2.763	78	35,42	2.722	54	50,41	2.591	100	25,91
Marche	3.007	143	21,03	2.864	112	25,57	3.510	161	21,80
Lazio	9.920	511	19,41	10.531	411	25,62	10.028	507	19,78
Abruzzo	2.694	97	27,77	2.380	86	27,67	3.159	104	30,38
Molise	342	46	7,43	292	35	8,34	309	33	9,36
Campania	9.013	445	20,25	10.281	483	21,29	13.527	546	24,77
Puglia	11.084	424	26,14	10.207	449	22,73	8.752	392	22,33
Basilicata	816	57	14,32	737	44	16,75	931	59	15,78
Calabria	3.431	141	24,33	3.480	136	25,59	4.148	147	28,22
Sicilia	7.072	371	19,06	7.927	413	19,19	6.780	413	16,42
Sardegna	5.374	214	25,11	4.787	231	20,72	4.856	228	21,30
<b>Italia</b>	<b>117.935</b>	<b>5.941</b>	<b>19,85</b>	<b>119.977</b>	<b>5.981</b>	<b>20,06</b>	<b>123.154</b>	<b>6.234</b>	<b>19,76</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Relazione al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2001 e Anno 2002.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'assunzione di eroina rappresenta sicuramente un grave problema di salute non solo per quanto riguarda la tossicodipendenza correlata, ma anche per le complicanze infettive che essa determina, essendo assunta per via endovenosa. Risulta fondamentale quantificare a fronte di un difficile controllo del consumo di eroina fra i tossicodipendenti la risposta dei servizi. La valutazione di quest'indicatore si configura come rappresentazione della situazione delle singole regioni italiane e come strategia per un più costante adeguamento dell'intervento di prevenzione nella battaglia alle tossicodipendenze. Si auspica dunque una crescente attenzione al problema con un adeguato impiego di risorse umane per poter accompagnare nel difficile percorso di recupero dalle tossicodipendenze tutti quegli utenti che si affidano ai servizi territoriali per le tossicodipendenze.

## Consumi di sostanze illegali nella popolazione giovanile

**Significato.** All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive e, nel nostro paese illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. Questo indica-

tore misura la prevalenza del consumo di sostanze nei soggetti giovani negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista.

### Prevalenza di consumatori di sostanze illegali di 15-19 anni

Numeratore  $\frac{\text{Persone di 15-19 anni che dichiarano il consumo di sostanze illegali}}{\text{Persone 15-19 anni intervistate}} \times 100$

Denominatore

**Validità e limiti.** L'uso di sostanze illegali nella popolazione giovanile rappresenta un importante problema di sanità pubblica in vari paesi, tuttavia risulta difficile fornire un quadro completo del fenomeno e confrontare dati provenienti da varie nazioni; questo problema nasce dal fatto che gli studi presenti sono condotti su pattern di età diversi utilizzando strumenti non standardizzati invece il vantaggio della fonte ESPAD è quello di fornire una metodologia di indagine standardizzata, condotta durante lo stesso periodo di tempo in tutti i paesi europei. Tale studio rappresenta materiale di supporto per l'EMCDDA (European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction) il centro di riferimento dell'Unione Europea situato a Lisbona.

Limite dello studio sta nel fatto che i dati sono relativi solo agli studenti, escludendo quindi quella quota di giovani che hanno abbandonato la carriera scolastica; i dati saranno perciò sottostimati in particolare per

alcune regioni italiane in cui la prevalenza di interruzione degli studi al livello dell'obbligo è più elevata. Inoltre la prevalenza stimata di consumo nulla ci dice rispetto alla frequenza individuale di consumo ed alla quantità di sostanze consumate individualmente.

**Valori di riferimento.** La prevalenza degli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi risulta, in Italia, più alta rispetto alla media degli altri paesi europei (27% vs 21%). Lo stesso si può evidenziare per l'uso delle altre sostanze illegali considerate nel loro insieme. Rispetto ai vari dati nazionali l'Italia si pone a livelli di consumo più bassi di UK, Francia e Irlanda, molto simili a quelli rilevati in Olanda, Slovenia e Slovacchia ma decisamente superiori ai paesi scandinavi (Svezia, Norvegia, Finlandia) e alla Grecia i cui valori di consumo inferiori al 10% per la cannabis e al 5% per le altre sostanze rappresentano valori cui tendere nel tempo.

**Tabella 1** - Prevalenza di consumatori di sostanze illegali di 15-19 anni per sesso e regione - Anno 2004

Regioni	Cannabinoidi		Cocaina		Eroina		Allucinogeni		Stimolanti	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte e Valle d'Aosta	33,5	26,8	6,5	3,1	3,9	2,8	5,3	3,5	5,1	3,2
Lombardia	39,1	29,1	6,0	4,3	3,5	2,3	7,5	3,2	5,7	2,6
Trentino-Alto Adige	39,0	21,3	6,1	3,5	4,2	3,0	9,6	3,8	6,3	2,9
Veneto	31,7	24,7	4,7	3,8	2,0	2,5	4,1	2,5	3,4	2,5
Friuli-Venezia Giulia	32,6	22,5	5,5	3,0	3,1	3,0	5,7	2,3	4,5	2,4
Liguria	34,5	26,4	6,0	5,1	3,6	3,2	7,2	4,0	4,5	4,5
Emilia-Romagna	38,0	26,1	9,7	4,2	4,0	2,1	6,4	2,9	6,0	2,1
Toscana	40,1	33,2	6,0	4,2	4,4	2,1	7,5	4,5	6,0	3,5
Umbria	31,9	25,9	7,6	4,0	4,5	3,3	5,8	3,7	5,1	3,5
Marche	30,7	27,5	7,1	3,5	3,2	3,4	4,1	2,6	6,2	2,5
Lazio	35,5	29,0	9,1	5,5	3,0	3,5	4,0	3,1	6,6	2,2
Abruzzo	29,1	20,0	7,9	3,4	4,1	3,5	4,5	1,1	4,5	1,6
Molise	25,8	15,6	6,5	1,7	4,7	2,2	4,1	1,5	5,3	1,5
Campania	27,2	14,5	7,3	3,1	5,5	2,4	4,0	2,4	4,9	2,3
Puglia	30,5	18,3	5,3	2,3	3,5	1,6	2,2	2,0	3,6	1,1
Basilicata	32,5	26,1	9,4	1,9	4,8	6,5	8,3	3,3	7,8	3,7
Calabria	27,4	13,1	8,1	2,5	7,7	2,8	7,5	2,1	6,1	2,5
Sicilia	31,2	14,8	6,9	1,6	5,1	1,9	5,9	1,2	5,5	1,2
Sardegna	36,1	21,7	7,2	3,9	5,3	2,1	5,0	3,7	5,1	2,0
<b>Italia</b>	<b>33,1</b>	<b>23,3</b>	<b>6,3</b>	<b>3,5</b>	<b>4,2</b>	<b>2,7</b>	<b>5,5</b>	<b>2,6</b>	<b>5,5</b>	<b>2,8</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) coordinato per l'Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Anno 2004.

### **Descrizione dei risultati**

La prevalenza di consumo di sostanze illegali è, nella popolazione scolastica italiana, un fenomeno decisamente rilevante.

Altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, con dati particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro-Nord (Lombardia, Trentino-Alto Adige e Toscana). Tranne che in rari casi (Marche e Lazio) si evidenzia anche una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolare modo il rapporto maschi/femmine pare essere superiore a 1,5/1.

Anche per quanto riguarda la cocaina i dati rilevano un prevalenza molto alta (soprattutto in Emilia-Romagna, Lazio e Basilicata) con minor variabilità interregionale, ma una forte disparità tra maschi e femmine nelle regioni del Sud (rapporto maschi/femmine maggiore di 2/1).

Per quanto riguarda eroina, allucinogeni e stimolanti la situazione è molto simile, con prevalenze più contenute e minor variabilità interregionale; risulta comunque sempre evidente un differenza sostanziale di prevalenza tra maschi e femmine.

Un confronto diretto con i dati della survey precedente, relativa all'anno 1999 e presentata nel Rapporto Osservasalute 2003 (pagine 137-139), non è possibile dal momento che i dati qui presentati sono suddivisi per genere e una media aritmetica dei valori è metodologicamente scorretta vista anche la disparità quantitativa di consumi. Tuttavia, ad un'osservazione di insieme, emerge chiaramente un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e, in specifico, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Tutta la letteratura internazionale è concorde nel segnalare un maggior rischio di dipendenza da sostanze, proporzionalmente alla precocità di inizio del consumo; ciò risulta anche intuitivamente evidente per sostanze molto diffuse i cui effetti sulla salute sono ben conosciuti e gravi (ad esempio fumo di tabacco e alcol). A ciò si aggiunge il fatto che il consumo giovanile spesso si identifica come policonsumo, ossia utilizzo contemporaneo di più sostanze; questo, oltre a determinare un potenziamento dei danni a medio e a lungo termine, aumenta la probabilità di sviluppo di dipendenza.

Di fronte a questa prevalenza di consumo giovanile elevata, e molto probabilmente sottostimata, urge un'azione di prevenzione non solo nazionale ma molto più capillare; è necessario partire da studi ad hoc capaci di analizzare il fenomeno a livello locale e fornire raccomandazioni di intervento specifiche per realtà tanto variegata a livello nazionale.

Gli interventi si devono tradurre nell'applicazione di programmi di prevenzione primaria mirati ad agire

efficacemente nelle singole realtà locali e scolastiche, in particolare nelle zone più a rischio, cercando di ampliare la copertura territoriale alle aree attualmente toccate solo marginalmente dalle azioni di prevenzione.

## Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria

**Significato.** Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo giocato dal Servizio Pubblico nel trattamento delle dipendenze attraverso la numerosità percentuale dei soggetti in cura presso i Servizi per le Tossicodipendenze sulla popolazione totale. I dati sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale insieme alla valutazione del trend negli ultimi 4 anni disponibili (2000-2003).

### Tasso utenti dei Sert

$$\frac{\text{Numeratore Utenti Sert}}{\text{Denominatore Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** I dati non rappresentano il numero reale dei tossicodipendenti presenti nel nostro paese ma solo i tossicodipendenti in trattamento. La prevalenza di tossicodipendenza, vista la tipologia della patologia che soffre, per caratteristiche proprie, di una grossa proporzione di casi sommersi e non ufficialmente dichiarati, è infatti difficilmente stimabile se non con studi ad hoc. Questo, se da un lato può rappresentare un limite nella comparazione interregionale che, oltretutto soffre della mancata standardizzazione per età, dall'altro individua un quadro della diversa attività dei servizi nell'affrontare le nuove e sempre più emergenti dipendenze.

**Benchmark.** A fronte della mancanza di dati sulla prevalenza dei tossicodipendenti, sia a livello micro (regionale) che macro (europeo), un vero e proprio benchmark non è individuabile. E' comunque rilevabile dalle survey internazionali come il problema del consumo delle diverse sostanze sia quasi omogeneo nella Comunità Europea. La stessa omogeneità non si ritrova nelle attività dei servizi che vedono, nel resto d'Europa, una attenzione forse più precoce della nostra alle dipendenze da altre sostanze diverse dall'eroina (Grafico1).

### Descrizione dei risultati

Rispetto all'uniformità dei pazienti in trattamento presso i Sert alcuni anni orsono (eroinomani), il profilo della richiesta di trattamento indica una maggior variabilità sia nazionale che interregionale per quanto riguarda l'utenza complessiva dei Sert e le singole sostanze individuate quali sostanza primaria di consumo. La sostanza che ancora induce maggiormente la richiesta di trattamenti risulta essere l'eroina, in particolare nelle regioni del Centro-Nord (Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria), con l'eccezione della Sardegna (dove il numero degli utenti è equiparabile a quello delle regioni sopra citate) anche se si assiste, a

La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha causato i problemi a seguito del quale il soggetto si è rivolto al Sert, permette anche di individuare eventuali modificazioni, nel corso degli anni, del consumo delle varie sostanze e capacità di attrazione dei servizi in relazione alle stesse.

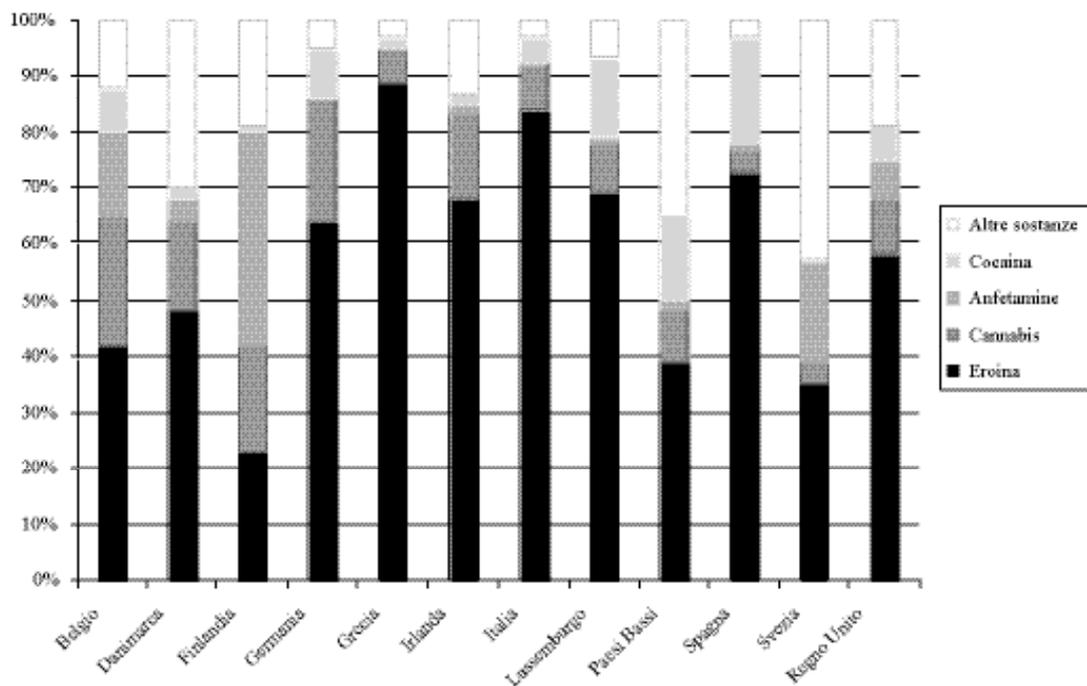
partire dall'anno 2000 ad una sostanziale stabilità. Pare tuttavia delinearsi un quadro di maggior attrattività dei servizi verso le patologie derivate dal consumo di altre sostanze, nel confronto tra gli anni 2000-2003 emerge un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Sert, legato anche ad una maggior capacità attrattiva degli stessi sulla base della loro sempre miglior organizzazione e radicamento sul territorio. Nello specifico, tale aumento risulta sostenuto dal consumo di alcune singole sostanze (cocaina e cannabinoidi), mentre il numero di utenti afferenti per il consumo di eroina risulta stabile nel tempo. Questo diverso trend risulta essere verosimilmente legato a due fattori: lo shift del consumo verso le suddette sostanze a scapito dell'eroina e la maggior sensibilizzazione nei confronti dei danni a lungo termine provocati da sostanze, quali cocaina e cannabinoidi, che sono caratterizzate da un ridotto impatto di salute immediato sui soggetti consumatori. Il consumo di cocaina, anche comparando numerosi dati di prevalenza derivanti da survey nazionali, sta assumendo dimensioni preoccupanti in tutta la penisola: i servizi della Lombardia, Liguria, Emilia Romagna e Lazio hanno in cura più di 3 abitanti, ogni 10.000, per dipendenza da cocaina. Grande è la disparità tra le regioni per quanto riguarda gli utenti afferenti ai Sert relativamente al consumo di cannabinoidi con dati al di sopra della media nazionale in Liguria, Puglia, Toscana, Veneto e Lombardia. Difficile approfondire se il contatto dei consumatori di cannabinoidi con i servizi dipenda da un reale malessere psico fisico o dalla preoccupazione della famiglia o, ancora, dalla normativa vigente. Recenti studi (Siliquini et al, 2005 EJPH) sottolineano come tali utenti raggiungano i Sert per lo più per motivi indipendenti dalla loro percezione di malessere: forzati dalla famiglia, dal gruppo o dalle Forze dell'Ordine. Solo una piccola parte dell'utenza dei Sert è sostenuta da consumi di altre sostanze: tra queste anche gli alcolisti che, malgrado l'alta preva-

lenza stimata, non sembrano trovare, in tali servizi, la sede naturale per il loro trattamento.

I dati dimostrano una proporzione maggiore di utenti in alcune regioni in cui il fenomeno tossicodipendenza come problema di Sanità Pubblica ha determinato maggior attenzione allo sviluppo del sistema dei ser-

vizi. Bisogna comunque considerare che in alcune regioni è più sviluppato un sistema di servizi gestito dal privato sociale non rilevato dall'indicatore; le differenze tra regioni potrebbero derivare in parte da questa ragione.

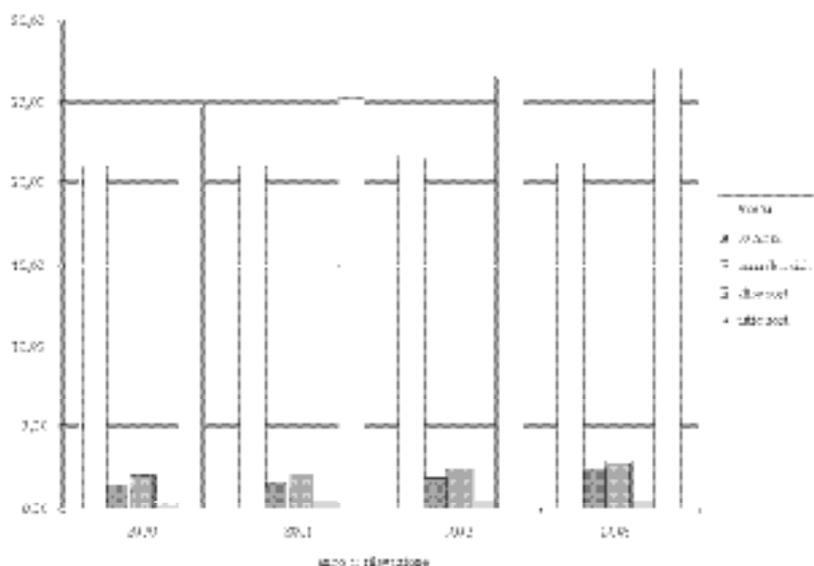
**Grafico 1** - Composizione percentuale di utenti dei Sert in alcuni paesi europei per sostanza primaria



**Tabella 1** - Utenti dei Sert per tipo di sostanza primaria e regione (tassi per 10.000 abitanti) - Anno 2003

Regioni	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Cannabinoidi	Altre sostanze.
Piemonte	31,02	27,23	1,63	1,78	0,39
Valle d'Aosta	24,84	23,00	1,17	0,67	0,00
Lombardia	27,54	19,40	4,25	3,26	0,64
Bolzano-Bozen	16,34	12,44	0,67	2,07	1,17
Trento	15,59	14,41	0,50	0,65	0,02
Veneto	26,71	20,78	1,97	3,49	0,47
Friuli-Venezia Giulia	18,87	15,10	0,95	2,64	0,18
Liguria	41,15	31,06	3,22	6,01	0,85
Emilia-Romagna	25,63	20,05	2,84	2,43	0,31
Toscana	32,23	25,95	2,24	3,58	0,46
Umbria	34,81	30,54	1,31	2,71	0,25
Marche	27,12	20,72	2,05	3,28	1,07
Lazio	26,78	21,74	3,16	1,80	0,09
Abruzzo	26,81	20,29	1,48	2,67	2,37
Molise	16,88	13,11	2,15	1,62	0,00
Campania	27,99	21,79	2,43	3,55	0,23
Puglia	28,63	20,88	2,46	4,77	0,53
Basilicata	17,02	15,31	0,57	1,14	0,00
Calabria	21,60	17,68	1,27	2,38	0,26
Sicilia	20,00	14,65	1,81	2,07	1,47
Sardegna	28,35	25,91	1,37	0,43	0,63
<b>Italia</b>	<b>27,00</b>	<b>21,08</b>	<b>2,47</b>	<b>2,89</b>	<b>0,56</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Relazione al Parlamento – Anno 2003 (Dati pubblicati e forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

**Grafico 2** - Utenti dei Sert per tipo di sostanze primarie e regione (tassi per 10.000 abitanti) - Anni 2000-2003

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Relazione al Parlamento – Anno 2003 (Dati pubblicati e forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Tassi x 10.000.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Questi dati richiedono alcune raccomandazioni di lettura. Solo molto indirettamente possono essere assunti come stima del fenomeno in quanto non rappresentano una proporzione fissa di tutti i candidati utenti anche se altre stime, condotte attraverso più complessi studi "cattura e ricattura", indicano come mediamente in Italia la percentuale di eroinomani in trattamento rappresenti il 50% degli stessi. Poco si conosce, invece, rispetto alla quantificazione percentuale degli utenti dei servizi per altre sostanze rispetto alla popolazione complessiva dei soggetti dipendenti. In questi casi tale proporzione dipende, ancor più che per l'eroinomane, da fattori indipendenti, quali, appunto, la capacità di attrazione dei Sert e la percezione del fenomeno e dei servizi da parte della popolazione.

Le numerose stime di prevalenza del fenomeno che ci derivano da studi di sorveglianza nazionali e internazionali, tuttavia, sono in linea con l'andamento generale dei dati presentati: un aumento della tossicodipendenza da eroina e dei problemi sociali e sanitari legati all'uso di anfetaminici e altre sostanze di sintesi. L'aumento complessivo degli utenti italiani per uso di cocaina e cannabinoidi è tendenza mondiale e si dovrebbe riprodurre negli anni per tutte le regioni. Sembra quindi necessaria una maggior attenzione, nelle programmazioni regionali, a tali nuovi fenomeni con l'attivazione, all'interno dei servizi, di risorse ed équipes dedicate e percorsi di diagnosi e trattamento paralleli a quelli dell'eroinomane.

### Tasso utenti dei Sert per 10.000 abitanti. Anno 2003



### Riferimenti bibliografici

Siliquini R. et al Recreational drug consumers: who seeks treatment? Eur J Public Health 2005 July.

## Mortalità per suicidio

**Significato.** L'indicatore è relativo ai registri di mortalità Istat ed è finalizzato a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie (incluso il sistema di emergenza). In effetti, si stima che il 90% dei suicidi siano associati a patologie psichiatriche gravi: psicosi schizofreniche, sindromi maniaco-depressive (disturbo bipolare), depressioni maggiori ricorrenti. Tra i determinanti cosiddetti "minori" sono invece le reazioni acute a seguito di eventi psico-sociali stressanti, la disoccupazione, l'alcolismo e/o l'abuso di sostanze stupefacenti,

le malattie gravi ed invalidanti, oltre all'età avanzata ed il sesso maschile. Esistono inoltre alcuni fattori di rischio peculiari per specifiche fasce di età: negli anziani, oltre ai motivi organici (decadimento delle funzioni vitali, etc.), la perdita del ruolo sociale, la solitudine, l'alterazione delle relazioni interpersonali con familiari e conoscenti; negli adolescenti, il cosiddetto disagio giovanile, ovvero l'alterazione nella strutturazione dei rapporti interpersonali e nella armonica visione del "Se" nella fase di transizione dalla pubertà all'età adulta, oltre all'aver assistito ad un tentativo di suicidio.

### Tasso di mortalità per suicidio

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di morti per suicidio}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** I dati sulla mortalità sono di estrema importanza, tuttavia essi dovrebbero essere integrati da quelli dei tentativi registrati di suicidio e delle autolesioni (nei paesi occidentali, si stima che il rapporto tra tentati suicidi e suicidi portati a compimento sia di 8-25 ad 1). Questo permetterebbe di definire con maggior precisione la dimensione del problema sul territorio e pianificare le necessarie politiche sociali. Infine, occorre ricordare che il numero complessivo di suicidi si ritiene sottostimato – in misura non quantificabile – poiché un certo numero di decessi viene attribuito ad incidenti di varia natura, mentre nella realtà essi possono essere stati causati da veri e propri atti suicidari "occultati" dagli autori stessi.

E' importante notare che il tasso di mortalità per suicidio non rappresenta un *proxi* particolarmente preciso del livello di salute mentale, poiché esso non rileva il tasso di tentati suicidi e può dipendere in modo notevole da difficoltà di accesso ai servizi e dalle condizioni del sistema ospedaliero di emergenza. Quindi, il tasso di mortalità specifico per età permette di studiare il fenomeno più analiticamente evidenziando le fasce d'età ove il rischio è più elevato, nonché l'eventuale impatto di strategie di controllo quali l'introduzione del Dipartimento di Salute Mentale o miglioramenti nell'accesso ai servizi di Emergenza.

**Valori di riferimento.** Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2002): per i maschi 0.34 (età 15-24); 0.81 (età 55-64); 1.09 (età 65-74); 2.01 (età 75+) e 0.70 (tasso standardizzato); per le femmine 0.0 (età 15-24); 0.22 (età 55-64); 0.14 (età 65-74); 0.10 (età 75+) e 0.16 (tasso standardizzato).

In Europa, l'Italia è uno dei paesi con i più bassi rischi di morte per suicidio, insieme a Spagna (tasso standardizzato 8.6) e Malta (4.5), mentre tassi decisamente più elevati si registrano nei paesi nordici (fino a punte, come in Lituania, di 44 suicidi per 100.000 abitanti).

### Descrizione dei risultati

Il tasso d'incidenza generale di suicidi (dai registri di mortalità Istat) è stimato, dalle elaborazioni più recenti (anno 2002) pari a 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le femmine) ed appare in calo rispetto alle rilevazioni della decade precedente (1992 – 0,79 per 10.000), anche se tale decremento è decisamente più marcato tra le femmine (-27%) che tra i maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, tanto che la classe di età più interessata è quella relativa ai 75+ anni, in entrambi i sessi. Il tasso standardizzato indica una maggiore incidenza di suicidi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud (con le rilevanti eccezioni di Sardegna, seconda come tasso di incidenza tra i maschi; e Liguria, ultima tra le donne). L'esame dell'andamento temporale segnala, a livello nazionale, una riduzione del tasso standardizzato ed una uniforme diminuzione del tasso specifico per età in tutte le classi e per entrambi i sessi. Occorre evidenziare, tuttavia, come alcune realtà regionali abbiano mostrato aumenti anche rilevanti del tasso standardizzato (in particolare Veneto, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise e Sardegna per i maschi).

**Tabella 1** - Tasso di mortalità per suicidio per classi di età e tasso standardizzato per regione di residenza (per 10.000 abitanti) – **Maschi** – Anni 1992, 2002

Regioni	15-24		55-64		65-74		75+		Tasso std*	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Piemonte	0,86	0,50	2,50	1,97	2,06	2,38	5,36	3,79	1,65	1,34
Valle d'Aosta	1,21	0,00	4,22	5,26	4,26	3,47	10,40	2,77	2,48	2,39
Lombardia	0,75	0,57	1,61	1,45	1,97	1,97	3,91	3,04	1,28	1,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,86</i>	<i>0,50</i>	<i>2,50</i>	<i>1,97</i>	<i>2,06</i>	<i>2,38</i>	<i>5,36</i>	<i>3,79</i>	<i>1,65</i>	<i>1,34</i>
<i>Trento</i>	<i>1,21</i>	<i>0,00</i>	<i>4,22</i>	<i>5,26</i>	<i>4,26</i>	<i>3,47</i>	<i>10,40</i>	<i>2,77</i>	<i>2,48</i>	<i>2,39</i>
Veneto	0,59	1,04	1,65	1,85	1,68	1,88	2,41	2,84	1,09	1,26
Friuli-Venezia Giulia	0,73	0,37	2,03	1,11	2,43	2,08	6,77	3,13	1,63	1,14
Liguria	0,28	0,48	2,14	0,76	2,73	1,17	4,98	3,39	1,33	0,84
Emilia-Romagna	0,91	0,51	2,24	1,44	3,37	2,59	6,18	4,88	1,71	1,35
Toscana	0,75	0,55	2,10	1,12	2,77	1,99	6,18	3,74	1,53	1,08
Umbria	1,11	1,18	1,97	2,96	3,08	3,35	5,16	5,40	1,38	1,52
Marche	0,91	1,03	1,47	1,51	2,16	1,68	3,46	3,23	1,19	1,23
Lazio	0,48	0,36	1,09	0,81	2,29	1,34	2,53	2,20	0,87	0,75
Abruzzo	0,75	0,94	1,50	1,43	2,68	1,57	2,82	3,40	0,98	1,24
Molise	0,41	1,02	1,05	1,81	2,73	3,64	3,86	2,44	0,94	1,12
Campania	0,50	0,34	0,94	0,87	1,72	0,70	2,80	2,13	0,86	0,62
Puglia	0,48	0,58	0,93	1,06	1,87	1,27	3,40	2,20	0,92	0,77
Basilicata	0,80	0,50	2,35	1,38	0,42	1,36	3,13	1,51	1,10	0,94
Calabria	0,29	0,28	1,71	0,81	2,35	1,23	2,41	2,34	1,01	0,69
Sicilia	0,63	0,72	2,01	0,89	1,66	1,96	4,00	2,64	1,21	0,97
Sardegna	0,84	1,69	2,75	1,75	3,29	3,39	5,16	4,44	1,75	1,96
<b>Italia</b>	<b>0,66</b>	<b>0,62</b>	<b>1,75</b>	<b>1,35</b>	<b>2,24</b>	<b>1,84</b>	<b>4,19</b>	<b>3,16</b>	<b>1,27</b>	<b>1,07</b>

\* La popolazione di riferimento è quella residente al censimento del 1991.

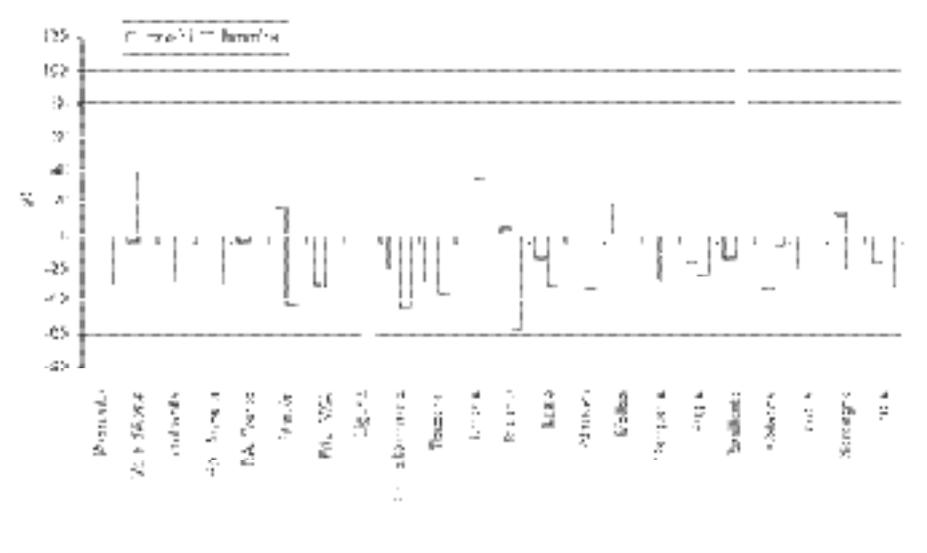
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Health for All Italia. Anno 2005.

**Tabella 2** - Tasso di mortalità per suicidio per classi di età e tasso standardizzato per regione di residenza (per 10.000 abitanti) – **Femmine** – Anni 1992, 2002

Regioni	15-24		55-64		65-74		75+		Tasso std*	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Piemonte	0,21	0,05	0,91	0,83	1,10	0,92	1,30	0,87	0,55	0,39
Valle d'Aosta	1,27	0,00	1,33	0,00	0,00	0,00	0,00	4,36	0,34	0,48
Lombardia	0,16	0,14	0,59	0,45	0,72	0,44	0,50	0,33	0,37	0,26
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,21</i>	<i>0,05</i>	<i>0,91</i>	<i>0,83</i>	<i>1,10</i>	<i>0,92</i>	<i>1,30</i>	<i>0,87</i>	<i>0,55</i>	<i>0,39</i>
<i>Trento</i>	<i>1,27</i>	<i>0,00</i>	<i>0,80</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>4,36</i>	<i>0,34</i>	<i>0,48</i>
Veneto	0,34	0,09	0,86	0,45	0,97	0,64	0,67	0,27	0,45	0,26
Friuli Venezia.Giulia	0,25	0,00	1,43	0,83	1,19	0,84	1,11	0,35	0,58	0,40
Liguria	0,20	0,00	0,47	0,17	0,88	0,09	1,56	0,79	0,46	0,14
Emilia-Romagna	0,20	0,30	1,34	0,45	1,07	0,72	1,83	1,34	0,67	0,38
Toscana	0,22	0,13	0,84	0,33	0,74	0,68	0,87	0,41	0,37	0,24
Umbria	0,00	0,50	1,07	0,56	0,59	0,75	0,49	0,70	0,35	0,47
Marche	0,21	0,00	0,95	0,22	0,72	0,66	0,69	0,21	0,41	0,18
Lazio	0,18	0,07	0,52	0,39	0,67	0,31	0,86	0,71	0,33	0,23
Abruzzo	0,00	0,00	0,50	0,55	0,72	0,13	0,36	0,93	0,31	0,21
Molise	0,00	0,00	0,47	0,58	0,00	0,00	0,64	0,00	0,17	0,14
Campania	0,14	0,18	0,40	0,41	0,70	0,23	0,38	0,46	0,26	0,23
Puglia	0,32	0,07	0,41	0,27	0,54	0,55	0,49	0,58	0,30	0,23
Basilicata	0,00	0,53	0,27	0,65	0,35	0,29	0,92	0,00	0,16	0,34
Calabria	0,12	0,07	0,43	0,29	0,66	0,57	0,72	0,22	0,20	0,19
Sicilia	0,03	0,22	0,43	0,44	0,62	0,42	0,89	0,44	0,27	0,27
Sardegna	0,14	0,20	0,34	0,21	0,30	0,12	0,73	0,56	0,31	0,25
<b>Italia</b>	<b>0,18</b>	<b>0,13</b>	<b>0,69</b>	<b>0,45</b>	<b>0,77</b>	<b>0,50</b>	<b>0,87</b>	<b>0,57</b>	<b>0,39</b>	<b>0,27</b>

\* La popolazione di riferimento è quella residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Health for All Italia. Anno 2005.

**Grafico 1** - Variazione percentuale dal 1992 al 2002 del tasso standardizzato di mortalità per suicidio**Tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Maschi. Anno 2002****Tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Femmine. Anno 2002****Raccomandazioni di Osservasalute**

I cambiamenti sostanziali nell'ambito della organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altro ancora, sembrano avere raggiunto, almeno parzialmente, alcuni degli obiettivi prefissati. Tuttavia, la problematica sembra permanere, soprattutto tra i maschi in una dimensione che suggerisce l'esistenza di margini di miglioramento, colmabili sia attraverso il completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un

miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati, partendo dalla realizzazione di uno specifico sistema informativo per il contesto della Salute Mentale. Occorre ribadire, infine, che il suicidio rappresenta un evento "sentinella" e sarebbe di conseguenza opportuno l'avvio di attività di approfondimento dei fattori causali e/o dello stato di funzionamento dei servizi di Salute Mentale a livello regionale. A questo proposito, risulta essenziale l'integrazione tra i gestori dei flussi informativi locali (le strutture epidemiologiche regionali) ed i servizi di salute mentale.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Si tratta di un indicatore di risultato atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione di emergenze ed episodi di acuzie della patologia. L'indicatore individua la percentuale di soggetti dimessi, con diagnosi primaria di disturbo psichico, da istituti di cura (siano essi ospedali per acuti o case di cura convenzionate o private).

La definizione di patologia psichica è evinta dai codici 290-319 proposti dalla classificazione ICD-9 (*International Classification of Diseases*): riguarda quindi un'ampia gamma di disturbi che comprendono

psicosi, nevrosi, disturbi di personalità e altre patologie anche correlate all'abuso di sostanze. La ulteriore standardizzazione per età dei tassi (popolazione italiana 1991), unita ad una valutazione di andamento nell'arco di 4 anni, permette da un lato un confronto interregionale, dall'altro una valutazione intra-regionale dell'efficacia dei numerosi progetti obiettivo che sono stati condotti al fine di garantire al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio affermando la centralità dell'intervento preventivo e curativo.

### Tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici

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

Numero dimissioni per disturbi psichici  
Popolazione media residente

**Validità e limiti.** Il tasso soffre della mancanza di dati relativi alla frequenza di patologia psichica: malgrado la standardizzazione per età, infatti, non siamo in grado di valutare se un più alto utilizzo dell'ospedale corrisponda ad una reale maggior necessità della popolazione piuttosto che ad una carenza di servizi territoriali. La patologia psichica è ancora, nel nostro paese, sottostimata e sottovalutata e non esistono registri di patologia, attivi su tutto il territorio nazionale, in grado di quantificare la sua frequenza. Tuttavia la validità dei dati presentati come indicatore *proxi* della attività dei servizi territoriali, è degna di rilievo: i dati, ad una verifica oggettiva con la numerosità dei servizi esistenti per regione, sembrano ricalcare i diversi modelli di approccio alla patologia psichica. Le regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione sono quelle che presentano valori inferiori alla media italiana rispetto all'attivazione di centri diurni per il trattamento dei pazienti e la conseguente prevenzione di ospedalizzazione dovuta, da un lato, ad episodi acuti della patologia, dall'altro ad un tentativo di controllo sociale.

**Benchmark.** Non esistono benchmark validati dal momento che la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica è varia tra i diversi paesi e non standardizzabile a livello internazionale.

### Descrizione dei risultati

I tassi grezzi relativi al trattamento di patologie psichiche in regime di ricovero mostrano, in Italia, una riduzione dal 1999 all'anno 2002 (ultimo dato disponibile): il valore medio nazionale passa infatti dal 52,15 al 50,98 x 10.000 abitanti. Campania, Umbria,

Marche, Puglia e Friuli-Venezia Giulia sono le regioni che presentano i tassi più bassi (fino a valori inferiori del 40% alla media nazionale). Mentre la Campania ripropone sostanzialmente il dato del 1999, per le altre si rilevano riduzioni sostanziali. Altre regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata) pur rimanendo vicine alla media italiana si allineano alla tendenza in diminuzione. Non in tutte le regioni, tuttavia, si assiste a questo fenomeno: i dati relativi alla Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna propongono un'inversione di tendenza. Il tasso di trattamento ospedaliero della patologia psichica è infatti in aumento nel corso degli anni considerati. Se per Sardegna e Molise i valori rimangono comunque vicini o addirittura inferiori alla media nazionale e le fluttuazioni sono minime, le altre regioni presentano tassi elevati di per sé e comunque con una preoccupante tendenza ad un maggior ricorso all'ospedalizzazione. La valutazione dei tassi standardizzati per età e stratificati per genere fornisce altri elementi di valutazione e più utili riferimenti inter-regionali. Le regioni che presentavano tassi grezzi inferiori al valore medio nazionale mantengono e rafforzano tale primato; lo stesso si rileva, sia per il sesso femminile che per quello maschile, per le regioni che risultavano alla lettura dei tassi grezzi superiori alla media nazionale. Tali dati segnalano come i valori grezzi non siano il risultato di una diversa struttura di popolazione che potrebbe di per sé inficiare il dato (ad es. un maggior numero di anziani potrebbe giustificare una maggior probabilità di ricovero per patologia psichica, un maggior numero di giovani giustificare un eccesso di ricoveri legato a patologie riferibili al consumo di sostanze).

**Tabella 1** - Tasso grezzo di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000 abitanti) per regione di residenza - Anni 1999, 2002

Regioni	1999	2002
Piemonte	51,41	48,61
Valle d'Aosta	76,56	78,52
Lombardia	51,93	49,96
Trentino-Alto Adige	75,81	67,04
Veneto	63,50	49,47
Friuli-Venezia Giulia	42,57	35,76
Liguria	80,74	80,47
Emilia-Romagna	58,17	52,76
Toscana	47,03	45,82
Umbria	47,72	34,10
Marche	53,14	43,52
Lazio	51,13	61,66
Abruzzo	76,89	80,78
Molise	52,82	55,96
Campania	27,26	27,83
Puglia	52,35	42,16
Basilicata	49,50	47,12
Calabria	44,01	51,01
Sicilia	59,43	69,92
Sardegna	45,08	49,20
<b>Italia</b>	<b>52,15</b>	<b>50,98</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Health For All - Anno 2005.

**Tabella 2** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000 abitanti), per sesso e regione di residenza - Anni 1999, 2002

Regioni	1999		2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	48,20	47,93	46,19	45,74
Valle d'Aosta	72,70	63,75	78,06	61,62
Lombardia	47,99	51,11	47,46	49,27
Trentino-Alto Adige	71,65	74,20	63,29	64,77
Veneto	57,60	60,84	44,75	47,61
Friuli-Venezia Giulia	38,18	38,61	32,71	32,20
Liguria	82,20	70,86	74,39	74,65
Emilia-Romagna	49,92	56,02	45,78	51,02
Toscana	45,92	44,01	42,85	45,75
Umbria	43,95	44,09	32,59	33,47
Marche	55,64	46,59	46,75	37,67
Lazio	51,85	47,87	63,65	59,60
Abruzzo	79,44	69,41	84,54	72,43
Molise	58,13	47,07	58,21	51,79
Campania	30,10	24,41	31,18	24,10
Puglia	55,37	49,24	43,70	39,70
Basilicata	51,47	47,84	47,32	46,14
Calabria	47,30	41,11	53,72	47,38
Sicilia	64,44	55,06	74,28	64,50
Sardegna	44,22	43,74	51,88	44,38
<b>Italia</b>	<b>51,34</b>	<b>49,17</b>	<b>50,36</b>	<b>48,26</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Health For All - Anno 2005.

Nel confronto tra i dati del 1999 e quelli del 2002 in alcune regioni si osservano diversi livelli di tendenza: mentre per la Valle d'Aosta, nell'arco temporale considerato si osserva un netto aumento dei ricoveri di soggetti maschi ed una diminuzione di quelli relativi al sesso femminile, per Liguria e Toscana la tendenza è contraria.

In generale, considerando sia il dato grezzo che quello standardizzato per età, non si evince un problema di tipo geografico: nelle macro aree i valori medi sono simili mentre emergono regioni con comportamenti diversi

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici. Maschi. Anno 2002



Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici. Femmine. Anno 2002



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La patologia psichica rappresenta un problema di salute tra i più occorrenti e nascosti, che se non adeguatamente diagnosticato e controllato, si manifesta con episodi acuti e con tragiche conseguenze. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze renderanno tale patologia sempre più frequente.

A tal fine l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative in ambito nazionale e regionale, codificate da progetti obiettivo nei Piani Sanitari, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale. I dati presentati, seppur con i limiti precedentemente esposti, sono ancor più significativi tenendo conto della spesa sanitaria legata ai ricoveri ospedalieri spesso evitabili con un'adeguata organizzazione territoriale e distrettuale. Infatti la valutazione dei dati, letta congiuntamente alla attivazione dei centri diurni per regione, dimostra una maggior ospedalizzazione laddove sia più carente una struttura organizzativa territoriale che potrebbe determinare non solo una riduzione dei ricoveri ospedalieri, ma maggiori livelli di salute dei soggetti affetti da patologia psichica.

## Dimissioni in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

**Significato.** Il ricovero in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) fu istituito con la Legge Quadro n. 180 del 1978. Tale direttiva prevede la possibilità di ricovero, in via eccezionale, contro la volontà dell'assistito nei casi in cui vi siano patologie mentali gravi e scompensate, senza coscienza di malattia, che necessitano urgentemente l'ospedalizzazione. Questi ricoveri possono essere effettuati esclusivamente presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di aziende e presidi ospedalieri.

Il rapporto tra il numero di ricoveri di tipo TSO ed il totale dei ricoveri rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici. Essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema sanitario capace dell'assistenza "ordinaria" dei pazienti (anche gravi), questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale.

### Percentuale di ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Numero totale di dimissioni ospedaliere}} \times 100$$

**Validità e limiti.** La quota di ricoveri TSO è un indicatore altamente correlato all'efficacia della rete territoriale di salute mentale. Tuttavia, vi sono tre limiti principali. In primo luogo, la raccolta delle informazioni sui TSO non è uniforme nel panorama nazionale, perdurando una sotto-notifica che potrebbe fortemente alterare i risultati. Secondariamente, appare più opportuno inserire al denominatore i soli ricoveri psichiatrici per acuti, al posto del totale dei ricoveri per tutte le cause, poiché quest'ultimo numero risente inevitabilmente della composizione per età delle varie regioni, che sappiamo non essere omogenea. Le regioni con popolazione più anziana hanno un più elevato numero di ricoveri per tutte le cause, che riduce la percentuale di ricoveri TSO sul totale. Viceversa, il totale di ricoveri psichiatrici per acuti non dipende dall'età in modo sostanziale. Infine, permane in diverse realtà locali un utilizzo del ricovero TSO con modalità improprie, ovvero verso i tossicodipendenti/alcolici,

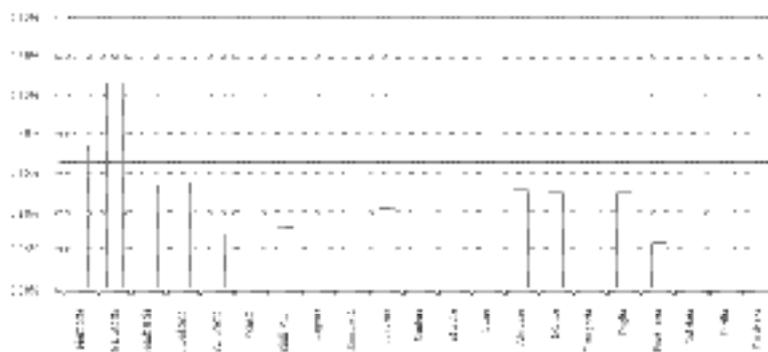
o per persone anziane con deficit cognitivi. Tali ricoveri sono tipicamente di durata pari o inferiore a due giorni. Sarebbe quindi opportuno poter verificare anche la quota di TSO la cui durata risulta inferiore a tale soglia, per poter stimare il livello di inappropriata nell'impiego di tale modalità d'intervento.

**Valori di riferimento.** Non essendovi indicazioni specifiche, come riferimento è stata scelta la media nazionale per l'anno 2003 (0,17%). Una valida alternativa può essere considerata la media delle quattro regioni con il minor tasso di ricoveri TSO (0,08%).

### Descrizione dei risultati

Il dato più recente fornito dall'Istat, relativo all'anno 2003, segnala che lo 0,17% dei ricoveri è stato effettuato in modalità TSO. Rispetto alle rilevazioni dell'anno 2001, la quota di TSO appare in netto calo (-8%), tuttavia già nel 2002 questa riduzione era

**Grafico 1** - Percentuale di dimissioni in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per regione - Anno 2003



**Nota:** la linea continua orizzontale corrisponde alla media nazionale.

**Tabella 1** - Percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per regione di residenza – Anni 2001-2003

Regioni	2001	2002	2003	Anno 2003	
				Numero di dimessi in TSO	Numero totale di dimessi
Piemonte	0,17	0,18	0,19	897	478.550
Valle D'Aosta	0,18	0,31	0,26	37	13.990
Lombardia	0,14	0,14	0,14	1.852	1.367.499
Bolzano-Bozen	0,19	0,15	0,14	117	84.300
Trento	0,07	0,09	0,07	41	55.752
Veneto	0,12	0,13	0,13	798	598.820
Friuli-Venezia Giulia	0,09	0,07	0,08	123	154.479
Liguria	0,10	0,10	0,09	208	234.692
Emilia-Romagna	0,56	0,18	0,20	1.181	594.849
Toscana	0,08	0,09	0,10	493	473.507
Umbria	0,16	0,15	0,12	142	121.043
Marche	0,21	0,16	0,15	314	205.851
Lazio	0,69	0,34	0,35	2.890	834.028
Abruzzo	0,14	0,16	0,13	327	254.259
Molise	0,09	0,13	0,12	72	58.435
Campania	0,51	0,12	0,14	1.142	823.266
Puglia	0,09	0,10	0,13	844	671.816
Basilicata	0,06	0,06	0,06	45	75.614
Calabria	0,12	0,17	0,16	470	296.985
Sicilia	0,19	0,18	0,20	1.606	792.613
Sardegna	0,21	0,22	0,23	597	257.148
<b>Italia</b>	<b>0,25</b>	<b>0,16</b>	<b>0,17</b>	<b>14.196</b>	<b>8.447.496</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Anno 2005.

#### Numero di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Anno 2003



evidente e non riflette quindi un *trend* storico lineare. Vi sono, inoltre, marcate differenze tra le regioni: la Basilicata e la Provincia Autonoma di Trento risultano avere la minore quota di TSO (rispettivamente 0,06% e 0,07%), mentre nel Lazio (0,35%), Valle d'Aosta (0,26%) e Sardegna (0,23%) si osservano i valori più elevati. Tuttavia, la mancanza di un chiaro gradiente Nord-Sud tende a confermare la rilevanza del problema di sotto-notifica, che rende poco significativo qualunque ulteriore commento sui dati. Un segnale verso tale ipotesi proviene anche dall'esame dei *pattern* regionali di variazione percentuale della quota TSO dall'anno 2001 al 2003: si evidenziano differenze estreme che risultano difficili da interpretare esclusivamente pensando a variazioni di efficienza del sistema di salute mentale, ma che sembrerebbero collegati, almeno parzialmente, a mutati atteggiamenti verso la segnalazione dei ricoveri TSO.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Questo indicatore è finalizzato a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico in termini di controllo/prevenzione della patologia degli episodi di acuzie. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate) con diagnosi primaria di disturbo psichico, ed il numero di soggetti residenti nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare). La patologia psichica quale causa di ricovero viene evinta dai codici 290-319 della classificazione

ICD-9: tali codici includono chiaramente un'ampia gamma di disturbi, tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze.

Il confronto tra il tasso di dimissione per disturbi psichici, standardizzato per età, del primo e dell'ultimo anno per i quali sono disponibili i dati (1999 e 2003), permette di valutarne l'andamento nell'arco di 5 anni. Il tasso è rilevato ad un livello di dettaglio regionale, per cui è possibile un confronto interregionale, in aggiunta alla valutazione del trend storico intraregionale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni per patologia psichica in diagnosi principale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima molto approssimata dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non può tenere conto della prevalenza reale di patologie psichiche: sebbene vi sia una correlazione, non è possibile stabilire con certezza, soprattutto considerando eventuali variabilità regionali, quale sia il rapporto tra l'utilizzo dell'ospedale e la frequenza di patologie, ovvero se ad un maggiore impiego dell'ospedale corrisponda una maggiore necessità della popolazione, piuttosto che una carenza dei servizi territoriali. Tuttavia, dato che non esistono registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi territoriali disponibili. A questo proposito, è interessante rilevare come le regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione siano le stesse che mostrano un numero di centri diurni territoriali inferiore alla media italiana.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono benchmark validati, poiché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica varia tra i diversi paesi e, non essendovi uno standard accettato, sono estremamente difficili i paragoni. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi progetti obiettivo, il valore medio nazionale può essere indicato come valore standard minimo di riferimento.

### Descrizioni dei risultati

Come si può notare nella tabella 1, il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici è risultato pari a 48,88 x 10.000 abitanti nell'anno 2003 (ultimo

anno disponibile), sull'intero territorio nazionale. Rispetto a 5 anni prima (anno 1999), si registra quindi una sensibile riduzione di ricoveri (6,3%).

**Tabella 1 - Tasso di dimissioni ospedaliere per patologia psichica per regione (tassi per 10.000 abitanti) – Anni 1999, 2003**

Regioni	1999	2003
Piemonte	51,41	46,83
Valle d'Aosta	76,56	68,66
Lombardia	51,93	47,17
Trentino-Alto Adige	75,81	66,69
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>86,96</i>	<i>88,74</i>
<i>Trento</i>	<i>64,90</i>	<i>45,44</i>
Veneto	63,50	47,45
Friuli-Venezia Giulia	42,57	34,70
Liguria	80,74	77,75
Emilia-Romagna	58,17	49,35
Toscana	47,03	41,24
Umbria	47,72	34,11
Marche	53,14	38,70
Lazio	51,13	62,48
Abruzzo	76,89	79,46
Molise	52,82	56,13
Campania	27,26	26,70
Puglia	52,35	38,44
Basilicata	49,50	43,14
Calabria	44,01	46,73
Sicilia	59,43	69,18
Sardegna	45,08	48,95
<b>Italia</b>	<b>52,15</b>	<b>48,88</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Health For All – Istat. Italia Dicembre 2005.

Nella tabella 2 sono invece riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Com'è prevedibile, il tasso standardizzato medio

nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è in linea con il tasso grezzo, mostrando un calo complessivo di circa il 6% per entrambi i sessi (più evidente nel grafico 1). Tuttavia, alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale (in primis l'Abruzzo, poi la Liguria, la Sicilia, la Provincia Autonoma di Bolzano ed il Lazio – cartogrammi 1 e 2). Al contrario, la Campania, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi della media nazionale fino al 50%.

Le differenze di ricovero per genere, a livello di tasso standardizzato medio nazionale, non sembrano sostanziali: gli uomini continuano ad essere ricoverati con maggiore frequenza, tuttavia la diversità con il dato relativo al sesso femminile continua a mantenersi minima (48,45 gli uomini, 46,11 le donne).

L'esame dell'andamento temporale (grafico 1) evidenzia una generale riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni. Occorre evidenziare, infatti, come nel Lazio ed in Sicilia si siano osservati, nel 2003, tassi di ospedalizzazione superiori dal 15% al 30% rispetto a quelli dell'anno 1999. Aumenti si sono registrati anche in Calabria, Abruzzo, Molise (solo tra le donne) e Sardegna (solo per gli uomini). Per ciò che concerne la Sardegna, l'Abruzzo ed il Lazio, tale aumento del ricorso all'ospedalizzazione appare particolarmente preoccupante perché queste regioni erano,

già nel 1999, tra le regioni con i tassi più elevati. Infine, se si esamina il dato sulle macroaree italiane, Nord, Centro e Sud, sia per ciò che riguarda il dato grezzo che quello standardizzato non si evincono chiare differenze di tipo geografico: tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea. Tuttavia, se si osserva invece il trend temporale, si nota come tutte le regioni del Nord abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

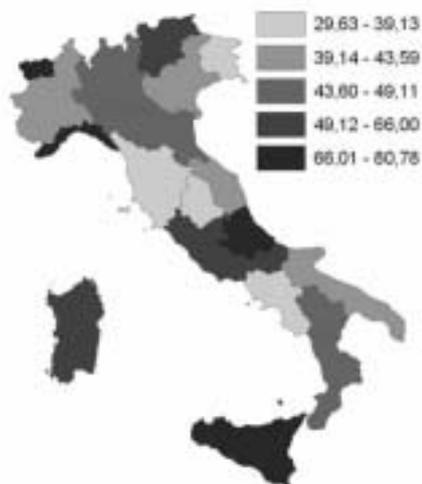
Questo indicatore è stato inserito anche nel Rapporto Osservasalute 2005, sebbene con dati meno aggiornati. Rispetto al precedente rapporto, si conferma una costante, ma lenta, tendenza al miglioramento. Sembra confermato, quindi, che i cambiamenti sostanziali nell'ambito della organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altre articolazioni territoriali, abbiano raggiunto, almeno parzialmente, alcuni degli obiettivi prefissati. Sebbene diversi fattori, tra cui l'invecchiamento della popolazione, il contesto sociale e la crescente diffusione del consumo giovanile di sostanze stupefacenti possono determinare una crescita futura della prevalenza di patologie psichiatriche (tanto che

**Tabella 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica, sesso e regione (tassi per 10.000 abitanti) – Anni 1999, 2003**

Regioni	Femmine		Maschi	
	1999	2003	1999	2003
Piemonte	47,93	44,24	48,20	43,42
Valle d'Aosta	63,75	53,20	72,70	70,79
Lombardia	51,11	46,57	47,99	44,81
Trentino-Alto Adige	74,20	63,66	71,65	62,81
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>86,47</i>	<i>88,22</i>	<i>84,70</i>	<i>83,89</i>
<i>Trento</i>	<i>63,03</i>	<i>41,34</i>	<i>59,70</i>	<i>43,53</i>
Veneto	60,84	45,39	57,60	43,59
Friuli-Venezia Giulia	38,61	31,43	38,18	31,48
Liguria	70,86	70,69	82,20	74,76
Emilia-Romagna	56,02	47,70	49,92	43,66
Toscana	44,01	41,01	45,92	39,13
Umbria	44,09	33,50	43,95	33,08
Marche	46,59	33,34	55,64	41,48
Lazio	47,87	59,43	51,85	66,00
Abruzzo	69,41	73,79	79,44	80,78
Molise	47,07	54,66	58,13	54,92
Campania	24,41	23,15	30,10	29,63
Puglia	49,24	36,35	55,37	39,34
Basilicata	47,84	40,64	51,47	45,09
Calabria	41,11	43,00	47,30	49,11
Sicilia	55,06	63,39	64,44	73,65
Sardegna	43,74	43,72	44,22	52,03
<b>Italia</b>	<b>49,17</b>	<b>46,11</b>	<b>51,34</b>	<b>48,45</b>

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento del 1991.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica e per regione. Maschi. Anno 2003



Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologia psichica e per regione. Femmine. Anno 2003

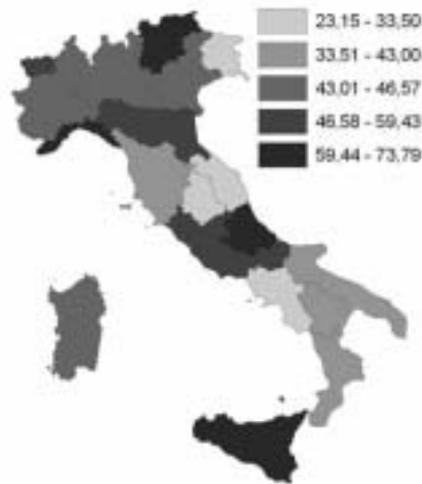
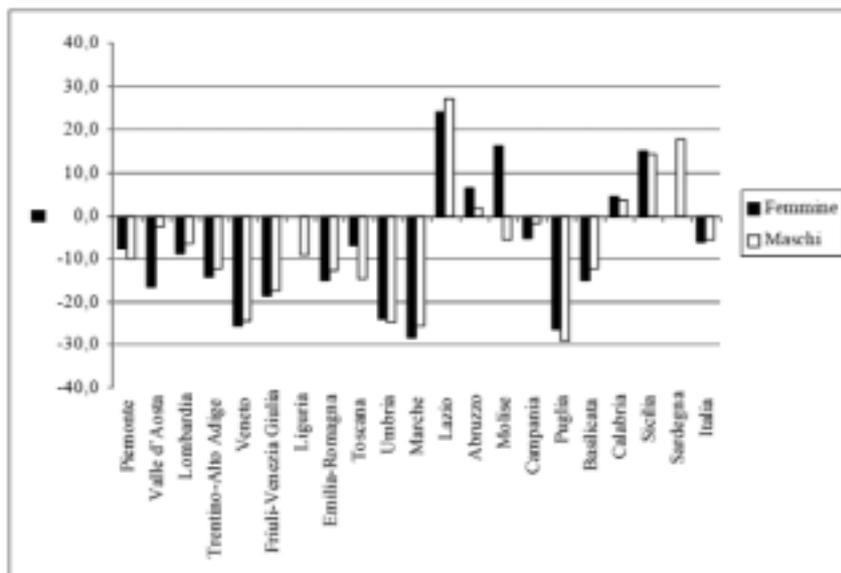


Grafico 1 - *Variatione percentuale del tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per disturbi psichici - Anni 1999-2003*



Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione su dati Istat. Anno 2006.

l'OMS ha indicato nel miglioramento della diagnosi e trattamento dei disturbi psichici due obiettivi prioritari), sembrano esservi notevoli margini di miglioramento, soprattutto nelle regioni che hanno addirittura mostrato una crescita nei ricorsi all'ospedalizzazione. Sicuramente, ulteriori progressi potranno derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste dal citato progetto obiettivo, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali inte-

ressati, partendo dalla realizzazione di uno specifico sistema informativo per il contesto della Salute Mentale. Sicuramente, una redistribuzione delle attività di assistenza al malato psichico dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, con un effettivo potenziamento di quest'ultimo, è un passaggio essenziale, indispensabile, per permettere ai centri di salute mentale il controllo del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie, ovvero per accrescerne l'efficacia clinica evitando i maggiori costi e disagi del ricovero ospedaliero.

## Assistenza psichiatrica territoriale

**Significato.** La salute mentale riveste nei paesi industrializzati un'importanza sempre crescente dal momento che non solo la prevalenza dei disturbi mentali è in continuo aumento ma anche perché assieme ad essa si moltiplicano gli elevati costi economici e sociali ad essa associati a carico delle famiglie e della collettività. A più di 25 anni dalla Legge 180/1978 che spostava la cura del malato psichico dal manicomio e quindi da un'assistenza per lo più residenziale mirata

ad un controllo sociale ad una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio affermando la centralità dell'intervento preventivo e curativo, i dati raccolti dal censimento Ministeriale permettono di valutare la reale applicazione delle profonde innovazioni apportate dalla Legge stessa e la loro uniformità nelle varie regioni e il grado di raggiungimento dei traguardi proposti dai Progetti Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996, 1998-2000".

### Tasso di disponibilità di strutture psichiatriche

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero strutture}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime in termini di numero di servizi la copertura rispetto alla popolazione. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), articolati, per meglio rispondere ai bisogni della popolazione, in una rete differenziata di servizi, territoriali e ospedalieri, svolgono il compito fondamentale di assicurare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale. L'analisi di questo dato andrebbe letta parallelamente ai dati di dimissione ospedaliera per disturbi psichici e tenendo possibilmente conto della prevalenza della patologia mentale nella popolazione, i cui dati risultano carenti dal momento che una non trascurabile parte della patolo-

gia (verosimilmente selezionata per gravità) è drenata dalla medicina generale e/o dalla sanità privata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i Centri di Salute Mentale e i Centri Diurni lo standard previsto dalla Legge 180 del 1978 è di 1 struttura ogni 150.000 abitanti.

### Descrizioni dei Risultati

La tabella 1 presenta i dati stratificati per regione ed i totali nazionali. Per quanto riguarda i Dipartimenti di Salute Mentale il valore nazionale è rappresentato da 0,36 ogni 100.000 abitanti. Valori molto inferiori alla

**Tabella 1 - Tasso di disponibilità di strutture psichiatriche per tipologia di struttura e regione – Anno 2001**

Regioni	DSM	Centri di salute mentale	Ambulatori periferici	Centri diurni
Piemonte	0,56	1,59	1,56	1,31
Valle d'Aosta	0,83	0,83	6,65	0,00
Lombardia	0,30	1,04	1,22	0,74
Bolzano-Bozen	0,87	0,87	1,73	0,22
Trento	0,21	2,11	1,06	1,27
Veneto	0,46	1,17	1,79	1,64
Friuli-Venezia Giulia	0,50	1,94	2,02	2,78
Liguria	0,30	1,23	1,04	1,10
Emilia-Romagna	0,32	1,20	2,31	0,97
Toscana	0,33	1,44	6,13	2,12
Umbria	0,47	1,67	1,43	1,43
Marche	0,88	1,02	2,80	1,30
Lazio	0,22	1,36	0,66	0,94
Abruzzo	0,46	1,01	2,50	0,62
Molise	0,91	0,30	1,82	0,30
Campania	0,22	1,05	0,81	0,96
Puglia	0,30	1,19	1,76	0,93
Basilicata	0,82	0,82	3,29	0,33
Calabria	0,53	1,56	1,21	0,58
Sicilia	0,17	0,94	2,61	0,74
Sardegna	0,48	1,39	3,14	0,36
Italia	0,36	1,22	1,91	1,05

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Rilevazione, Anno 2001.

media si riscontrano nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia. I Centri di Salute Mentale, strutture per attività psichiatrica aperti 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana, sono omogeneamente presenti sul territorio nazionale con un tasso dell'1,22 ogni 100.000 abitanti pari a quasi il doppio dello standard richiesto dalla legge. Risulta sotto lo standard solo la regione Molise con un tasso dello 0,30. Gli ambulatori periferici presentano invece tassi variabili che sembrano dipendere dalle necessità organizzative e territoriali proprie di ogni regione con un valore medio nazionale di 1,91 e una maggiore presenza in Toscana e Valle d'Aosta. I Centri Diurni, che ospitano la maggior parte dei soggetti che necessitano di interventi terapeutici in regimi di semiresidenzialità, sono 612 in tutto e i tassi più alti si riscontrano in Friuli-Venezia Giulia (2,78 x 100.000) e in Toscana. Alcune regioni presentano ancora tassi sotto lo standard previsto (PA Bolzano, Molise e Sardegna) mentre la regione Valle d'Aosta non ha mai attivato il servizio.

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 mostra un interesse crescente per i problemi relativi alla salute mentale prevedendo specifici obiettivi.

Si intende limitare in particolare le disomogeneità e le discrepanze nella distribuzione di servizi all'interno del territorio promuovendo la realizzazione di nuove strutture residenziali psichiatriche o eventualmente ricorrendo a strutture private; inoltre si propone di potenziare i servizi territoriali già esistenti di diagnosi, Day Hospital, comunità di accoglienza e pronto soccorso psichiatrico.

Altresì si pone l'obiettivo di assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente attraverso un modello di Coordinamento Interdipartimentale capace di integrare i Dipartimenti di Salute Mentale con i Dipartimenti a questi correlabili (materno-infantile, anziani, tossicodipendenze e ospedalieri).

Tutto ciò potrà contribuire ad un progressivo superamento di un esclusivo approccio custodialistico ai problemi di salute mentale.

## Mortalità per abuso di stupefacenti

**Significato.** All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. L'indicatore qui descritto misura, nella classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo (15-44 anni), il tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti, escludendo i casi in cui i decessi non sono diret-

tamente riconducibili all'assunzione, quali le morti per incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o le morti di consumatori dovute a complicanze patologiche o a malattie *drug-related*. Tale indicatore misura quindi la mortalità per overdose, conseguenza diretta dell'efficacia delle attività di prevenzione secondaria.

### *Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Morti di età compresa tra 15 e 44 anni

Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni

**Validità e limiti.** L'indicatore risulta importante per valutare l'impatto sulla salute delle più gravi forme di consumo di sostanze stupefacenti e per il monitoraggio dei trend nel consumo di droghe; rappresenta infatti uno dei cinque indicatori epidemiologici utilizzati dall'EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) per stimare la prevalenza e le conseguenze sulla salute del consumo di droghe.

Inoltre l'indicatore rappresenta un buon *proxy* della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio: una prevenzione secondaria che agisca efficacemente sul singolo tossicodipendente attraverso l'informazione e la distribuzione di antidoti, un servizio di emergenza e urgenza che intervenga tempestivamente. I dati considerati, provenienti dall'attività quotidiana sul territorio delle Forze di Polizia, hanno il vantaggio di rappresentare un quadro completo e veritiero di tutta la realtà italiana; infatti la maggior parte degli studi realizzati, seppur adattabili alla realtà, si basano solo su campioni rappresentativi della popolazione.

Limite di questi dati, elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, sta nella prevedibile mancanza dei casi per i quali non siano state interessate le Forze di Polizia; casi comunque che risultano in numero molto limitato essendo la morte per overdose routinariamente trasmessa alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale. Le morti per overdose, tuttavia, non possono rappresentare un indice della mortalità dovuta al consumo di sostanze stupefacenti: rimangono infatti escluse le morti indirettamente riconducibili all'assunzione di sostanze stupefacenti (incidenti, malattie infettive, morti violente).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore medio nazionale per l'anno 2005 (2,52 x 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento. In Europa nel 2000 sono stati segnalati 8.838 decessi nei paesi dell'Unione europea, rispetto a 6.284 nel 1990. Tra il

2000 e il 2001-2002 molti paesi dell'UE hanno registrato una diminuzione del numero di decessi per overdose; dati più recenti, ma preliminari, indicano che la tendenza prosegue. Tuttavia, a livello di Unione Europea, i decessi per overdose rimangono a livelli storicamente elevati (8.306 nel 2001, l'ultimo anno per cui si dispone di dati comparabili).

### **Descrizione dei risultati**

A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Si rileva poi un tasso costante fino a fine 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 confermata nel 2005; l'incremento negli ultimi due anni risulta comunque relativo se si considera che il tasso di mortalità nel 2005 è pari a circa un terzo del tasso di mortalità rilevato nel 1996.

I dati per l'anno 1996 mostrano un'evidente variabilità interregionale con tassi più elevati nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi doppio rispetto alle regioni suddette.

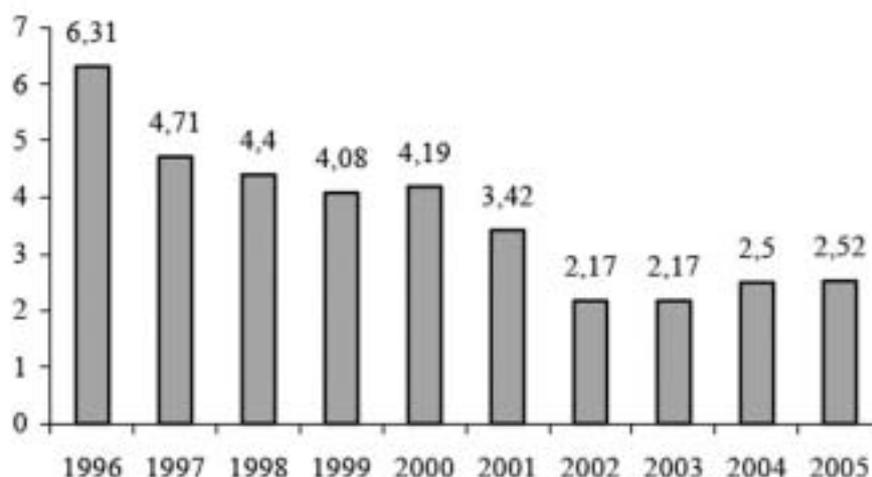
Nei successivi anni la maggior parte delle regioni segue il trend nazionale con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale; solo il Molise e l'Umbria, se ne discostano, mostrando un andamento simile e altalenante con tassi nel 2005 superiori a quelli riscontrati nel 1996. Tale trend in controtendenza è comunque in parte attribuibile alla loro bassa densità di popolazione; in questo senso l'oscillazione annuale, anche minima, nel numero di decessi è in grado di modificare sostanzialmente i tassi di mortalità.

Nel 2005 le regioni che mostrano tassi più elevati sono le regioni del Centro (Lazio, Campania e Umbria) con un picco per quanto riguarda l'Umbria; tassi particolarmente bassi si riscontrano in alcune regioni del Sud (Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia) e in Lombardia.

**Tabella 1 - Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età 15-44 anni per regione (tassi per 100.000 abitanti) – Anni 1996-2005**

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39
Valle d'Aosta	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06
Trentino-Alto Adige	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92
Italia	6,31	4,71	4,40	4,08	4,19	3,42	2,17	2,17	2,50	2,52

Fonte dei dati e anno di riferimento: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Ministero dell'Interno. (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2005.

**Grafico 1 - Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età 15-44 anni (tassi per 100.000 abitanti) – Anni 1996-2005**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Ministero dell'Interno. (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla Relazione annuale 2005 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si può riscontrare, a livello europeo, un trend diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da paese a paese. Nel periodo 1990-2000, nonostante il decremento registrato in alcuni paesi, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti paesi segnalano una diminuzione del numero di

decessi. Solo 10 paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una diminuzione del 5% pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002; si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi correlati al consumo di stupefacenti tra il 2000 e il 2002 siano venuti meno nel 2003 con il rischio reale di un'interruzione del nuovo trend positivo, come confermerebbero i dati 2003-2005 relativi all'Italia. Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di morta-

lità in Italia è già in atto dal 1996 grazie soprattutto al calo di assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con shift verso sostanze la cui assunzione per vie diverse da quella parenterale ne riduce il rischio di overdose, all'aumento e alla fornitura adeguata di servizi terapeutici, in particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale e i comportamenti a rischio correlati, con una conseguente riduzione dei decessi da abuso.

Dal 2002 si assiste ad una sostanziale stabilizzazione del dato, con oscillazioni probabilmente dovute ad una variabilità casuale.

Di fronte ad uno stallo nella tendenza alla riduzione delle morti per overdose, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati alla droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale come già fatto da otto degli Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito) e quattro dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia), con lo scopo di recuperare una maggior attenzione delle Istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione secondaria.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso grezzo di ospedalizzazione per disturbi psichici (includendo in questa definizione un'ampia gamma di disturbi tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze) viene calcolato dividendo il numero dei ricoveri complessivi (derivato dal database SDO) registrati in regime ordinario, ovvero del numero di dimissioni con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM), per la popolazione residente nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare). Tale tasso è riferito alla regione di effettiva residenza, prescindendo dal luogo ove sia stato effettuato il ricovero, e viene espresso come numero di ricoveri per 10.000 abitanti.

### *Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimessi per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

**Validità e limiti.** Inevitabilmente, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici rappresenta solo una stima approssimativa dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non può tenere conto della prevalenza reale delle patologie psichiche. Sebbene vi sia sicuramente una correlazione, non è possibile stabilire con certezza, soprattutto considerando eventuali variabilità regionali, quale sia il rapporto tra l'utilizzo dell'ospedale e la frequenza di patologie, ovvero se ad un maggiore impiego dell'ospedale corrisponda una maggiore necessità della popolazione, piuttosto che una carenza dei servizi territoriali.

Un altro potenziale limite della rilevazione è costituito dal fatto che non è possibile distinguere, nell'ambito dei ricoveri rilevati, quelli che si riferiscono ad una stessa persona, ossia i ricoveri ripetuti.

Infine, come qualsiasi rilevazione, anche quella effettuata attraverso le SDO può essere affetta da errori ed incompletezze, che sono tuttavia oggetto di una forte azione di controllo, verifica, correzione e validazione a tutti i livelli operativi ed istituzionali coinvolti (presidi ospedalieri, case di cura, Aziende Sanitarie, regioni, Ministero della Salute): l'esito di tali sistemi di controllo è stato di ridurre significativamente gli errori presenti nelle schede.

In ogni caso, poiché non esistono registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi territoriali disponibili. A conferma di ciò, si rileva come le regioni che presentano tassi

Questo dato, oltre ad essere un indice indiretto del livello di salute mentale della popolazione, può essere considerato un indicatore dell'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico, in termini di controllo e prevenzione degli episodi di acuzie.

Al fine di poter favorire la comparabilità dei tassi di ospedalizzazione di regioni diverse per struttura della popolazione, questi sono stati calcolati separatamente per uomini e donne e presentati sotto forma di tassi standardizzati per età, utilizzando come standard la distribuzione per età della popolazione media italiana al 2001. Il tasso è calcolato ad un livello di dettaglio regionale, in aggiunta alla valutazione del trend storico intra-regionale.

elevati di ospedalizzazione siano le stesse che mostrano un numero di centri diurni territoriali inferiore alla media italiana.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica varia tra i diversi paesi e non esiste ancora uno standard accettato, per cui è attualmente molto difficile effettuare confronti significativi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi Progetti Obiettivo, il valore medio nazionale può essere indicato come valore standard di riferimento.

### **Descrizioni dei risultati**

Come si può notare nella tabella 1, il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici sull'intero territorio nazionale è risultato pari a 52,4 per 10.000 abitanti nell'anno 2004 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati). Rispetto al 2001, si registra quindi una riduzione di ricoveri pari al 4,1%.

Nella tabella 2 sono invece riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Il tasso standardizzato medio nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è sostanzialmente in linea con il tasso grezzo, mostrando un calo complessivo di circa il 4% per entrambi i sessi: 3,95% per le donne e 4,48% per gli uomini. Tale andamento può essere valutato in modo più chiaro nel grafico 1. Alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più

elevati rispetto alla media nazionale (in particolare l'Abruzzo, la Liguria, la Sicilia ed il Lazio). Al contrario, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione significativamente più bassi rispetto alla media nazionale fino al 40%. Un dato particolarmente elevato è quello riferito alla Provincia Autonoma di Bolzano, ove si registra un tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per patologia psichica del 99,5 per 10.000 abitanti per le donne, e dell'85,6 per 10.000 abitanti per gli uomini. La differenza nel tasso di ricoveri tra i sessi, a livello di tasso standardizzato medio nazionale, non sembra sostanziale: gli uomini continuano ad essere ricoverati con maggiore frequenza, tuttavia lo scarto con il sesso femminile continua a mantenersi minimo (53,1% per gli uomini; 51,0% per le donne).

L'esame dell'andamento temporale (grafico 1) evidenzia una generale riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni: Abruzzo e Sardegna in modo particolare. Aumenti si sono registrati anche in Molise (in particolare tra le donne) e Lazio (sostanzialmente per gli uomini).

Infine, se si esamina il dato sulle macro-aree italiane, si nota come tutte le regioni del Nord (eccetto la Provincia Autonoma di Bolzano) abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud, dove tali ricoveri tendono ad aumentare.

**Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici, per regione e sesso – Anni 2001, 2004**

Regioni	Maschi		Femmine	
	2001	2004	2001	2004
Piemonte	49,6	47,7	48,2	48,5
Valle d'Aosta	80,6	75,7	69,6	59,9
Lombardia	54,1	48,4	55,3	51,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,7</i>	<i>85,6</i>	<i>94,3</i>	<i>99,5</i>
<i>Trento</i>	<i>67,4</i>	<i>44,6</i>	<i>65,2</i>	<i>48,8</i>
Veneto	56,1	46,6	58,4	48,9
Friuli-Venezia Giulia	37,5	31,6	37,6	32,2
Liguria	81,4	75,6	79,9	78,3
Emilia-Romagna	54,2	46,3	58,9	50,6
Toscana	45,9	38,7	46,2	41,5
Umbria	40,9	34,3	40,3	35,0
Marche	60,8	50,9	53,2	42,6
Lazio	67,8	70,2	64,5	64,2
Abruzzo	88,1	94,1	81,6	86,7
Molise	63,3	61,4	76,1	81,8
Campania	66,9	65,9	36,7	34,2
Puglia	53,1	40,9	47,3	38,3
Basilicata	57,7	51,0	47,0	44,5
Calabria	61,6	57,1	55,3	49,1
Sicilia	75,4	75,5	65,4	66,0
Sardegna	47,3	55,8	45,9	48,5
<b>Italia</b>	<b>57,6</b>	<b>53,1</b>	<b>54,9</b>	<b>51,0</b>

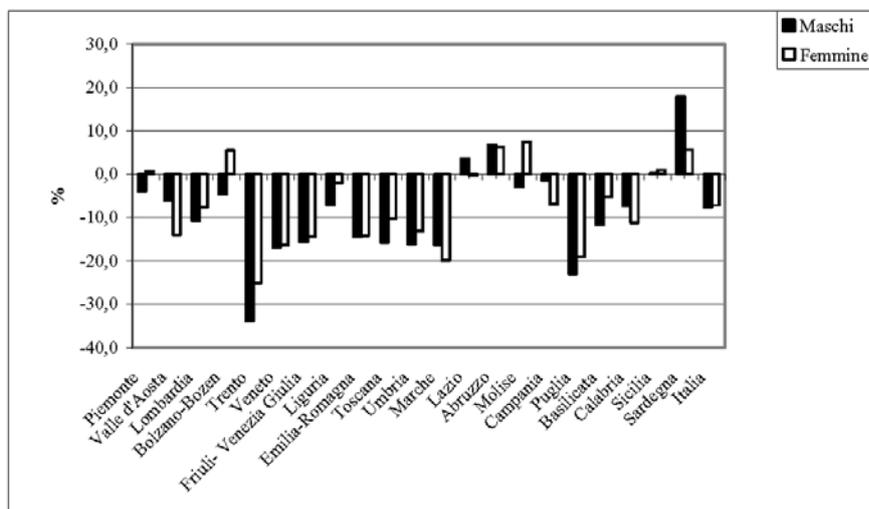
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

**Tabella 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e regione – Anni 2001, 2004**

Regioni	2001	2004
Piemonte	50,3	49,3
Valle d'Aosta	77,9	70,2
Lombardia	55,5	50,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>88,3</i>	<i>90,1</i>
<i>Trento</i>	<i>66,4</i>	<i>47,3</i>
Veneto	58,2	48,7
Friuli-Venezia Giulia	39,3	33,5
Liguria	83,8	78,5
Emilia-Romagna	59,5	50,3
Toscana	47,2	40,3
Umbria	41,7	34,8
Marche	57,8	46,7
Lazio	66,2	67,3
Abruzzo	85,1	90,8
Molise	71,9	73,2
Campania	41,8	40,3
Puglia	48,9	39,2
Basilicata	52,2	47,7
Calabria	56,7	52,0
Sicilia	68,5	69,8
Sardegna	46,4	52,4
<b>Italia</b>	<b>56,5</b>	<b>52,4</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

**Grafico 1** - *Variazione percentuale dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici – Anni 2001-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le ultime informazioni disponibili confermano una costante, ma lenta, tendenza al miglioramento del livello di salute mentale della popolazione, o perlomeno del sistema di assistenza ospedaliera per questo tipo di patologie. Appare confermato, quindi, che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altre articolazioni territoriali, abbiano raggiunto alcuni degli obiettivi prefissati. Sebbene diverse situazioni attuali, quali l'invecchiamento e la diffusione del consumo giovanile di sostanze stupefacenti, possano determinare una crescita futura di patologie psichiatriche, sembrano esservi ampi margini di miglioramento, soprattutto nelle regioni che hanno addirittura mostrato una crescita nei ricorsi all'ospedalizzazione. Ulteriori progressi potranno inoltre derivare dal completamento

della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste dal citato progetto obiettivo, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati. Sicuramente, il potenziamento delle strutture territoriali, a discapito del ricorso all'ospedalizzazione, è un requisito indispensabile per garantire ai centri di salute mentale il controllo del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie, ovvero per accrescere l'efficacia clinica evitando i maggiori costi e disagi del ricovero ospedaliero. È inoltre obiettivo prioritario, come riportato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali mediante la realizzazione di progetti emancipativi, che ne ricostruiscano il tessuto affettivo, relazionale e sociale, evitando il ricorso all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione, e favorendo la formulazione di un piano terapeutico-riabilitativo personalizzato.

## Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

**Significato.** Si tratta di un indicatore di utilizzo che valuta indirettamente la frequenza di alcune patologie del sistema nervoso centrale. I dati sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale,

oltre al raffronto con il dato medio nazionale. È inoltre possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2006.

### Consumo in DDD (Defined Daily Doses)

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Consumo in DDD\*  
Popolazione residente pesata\*\* x 365

\*Il calcolo del totale delle DDD utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è il risultato della somma delle DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

\*\*È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su 7 fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale ed utilizzato dall'Osservatorio sull'utilizzo dei Medicinali (OsMed).

**Validità e limiti.** La variabilità dei consumi farmaceutici è per buona parte attribuibile oltre che alle diverse modalità di prescrizione dei medici anche alle caratteristiche delle popolazioni confrontate, in primis età e sesso. I dati presentati tengono conto delle differenze regionali determinate da questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi.

Nel computo dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi e antipsicotici in quanto ipnotici, sedativi e similari non sono farmaci rimborsabili dal SSN e, di conseguenza, più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del prezzo del farmaco stesso.

Purtuttavia il consumo di antidepressivi e antipsicotici, seppur limitato a determinate condizioni patologiche, rappresenta un ottimo tracciante del disagio legato alla patologia psichiatrica.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non definibile.

### Descrizioni dei risultati

Relativamente ai farmaci antipsicotici (N05A), prevalentemente utilizzati per la terapia di schizofrenia e disturbi correlati, si assiste, a partire dal 2001, ad una parziale stabilizzazione.

Tale trend può essere spiegato dall'introduzione sul mercato, nei primi anni 2000, di una nuova categoria di antipsicotici definiti come atipici e caratterizzati da una minor frequenza di effetti collaterali. Tali farmaci, in grado di controllare maggiormente anche i sintomi negativi della schizofrenia (apatia, abulia, etc) e utilizzati anche per quadri non strettamente psicotici, hanno prima affiancato e successivamente sostituito i farmaci antipsicotici tipici.

Le differenze nelle frequenze di utilizzo osservate nell'intervallo temporale considerato, seppur non macro-

scopiche, sono da considerarsi rilevanti in quanto la gravità della patologia di riferimento presuppone una frequenza bassa e non altamente soggetta a sensibili variazioni in un breve lasso di tempo.

Le ampie differenze interregionali riscontrate sono difficilmente interpretabili: dosi giornaliere superiori alla media nazionale potrebbero esprimere maggiori bisogni di salute, ma anche essere attribuibili a modalità di trattamento più orientate all'utilizzo del farmaco rispetto a terapie integrate in conseguenza della particolare eterogeneità della rete psichiatrica sul territorio nazionale.

Inoltre, in particolar modo per l'eziopatogenesi dei disturbi psicotici, l'influenza delle variabili socio-economiche pare molto limitata e non sufficiente a spiegare le differenze interregionali riscontrate. Pur tuttavia è da evidenziarsi, per il 2006 soprattutto, un gradiente Nord-Sud che vede per alcune regioni del Centro-Sud valori quasi doppi rispetto alla media nazionale (Calabria, Lazio, Sardegna, Sicilia ed Abruzzo). Si segnala in particolare che il consumo di antipsicotici in Calabria (6,55 DDD/1.000 ab/die) è cinque volte più elevato di quello dell'Umbria (1,31 DDD/1.000 ab/die).

Appare inoltre rilevante osservare che mentre in alcune regioni (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Toscana ed Umbria) si assiste, a partire dal 2001, ad un costante decremento dell'uso di questa classe di farmaci, in altre regioni (Lazio, Abruzzo, Calabria e Sicilia) si osserva invece un trend opposto. Nel Lazio in particolare il consumo di antipsicotici dal 2000 al 2006 è praticamente raddoppiato (da 3,31 a 6,01 DDD/1.000 ab/die).

Per quanto riguarda la categoria dei farmaci antidepressivi (N06A) si evidenzia un deciso trend in aumento dal 2000 al 2006 con DDD progressivamente crescenti (dato nazionale da 8 a 30). Tale crescita

substanziabile è attribuibile a molteplici fattori: da un lato un possibile aumentato disagio sociale, che rimane tuttavia difficilmente quantificabile, dall'altro alcuni oggettivi elementi di cambiamento.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e, di conseguenza, ad un accesso con minori limitazioni al supporto del Servizio Sanitario Nazionale. In tal senso, anche attraverso i numerosi stimoli provenienti dal Ministero della Salute, è aumentata l'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e del corretto invio al medico specialista. Inoltre, negli anni, la classe farmacologica si è arricchita di nuovi principi attivi anche utilizzati (per i minori effetti collaterali) per il controllo di disturbi della sfera psichiatrica non strettamente depressivi (es. disturbi d'ansia).

Non è inoltre da sottovalutare l'utilizzo sempre più frequente di questi farmaci nella terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative e in particolare di pazienti oncologici.

Tutte le regioni confermano il trend temporale in crescita evidenziato per il dato nazionale. I consumi più elevati si riscontrano soprattutto nelle regioni del Centro-Nord (in particolare Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna) mentre nelle regioni del Sud il trend temporale in aumento risulta più contenuto e, per il 2006, si rilevano valori inferiori al dato nazionale (con

l'eccezione della Sardegna). Tali differenze potrebbero essere parzialmente attribuibili a differenti stili di vita, a diverse condizioni climatiche o a un differente accesso del soggetto con problemi depressivi alle possibilità di diagnosi e cura offerte dal SSN.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di farmaci antipsicotici e antidepressivi, misurato attraverso l'indicatore proposto, non è in grado di fornire una stima precisa della dimensione del problema di salute indagato. Infatti le quantità utilizzate possono dipendere da un lato dal numero di soggetti affetti da patologia, ma dall'altro anche dalla capacità di presa in carico del Sistema Sanitario Regionale e dalle diverse modalità di trattamento.

I dati dimostrano tuttavia ampie differenze regionali, superiori anche al 100%, sia per i farmaci antipsicotici sia per i farmaci antidepressivi.

In considerazione di tali differenze, del trend in aumento evidenziato a livello italiano di utilizzo di farmaci psicotropi, delle previsioni a livello mondiale sull'aumento della patologia psichiatrica e delle evidenze in letteratura sull'uso inappropriato di tali farmaci è più che mai opportuno attivare flussi informativi specifici in grado di censire e valutare la qualità ed i risultati delle cure ricevute dalla quota sempre più elevata di soggetti che accedono al Servizio Sanitario Nazionale per patologie a carico del sistema nervoso centrale.

**Tabella 1** - Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A) - Anni 2000-2006

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71
Trentino-Alto Adige	3,82	3,97	3,95	3,50	3,66	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04
Friuli-Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80
<b>Italia</b>	<b>3,28</b>	<b>3,88</b>	<b>3,87</b>	<b>3,67</b>	<b>3,67</b>	<b>3,66</b>	<b>3,49</b>

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

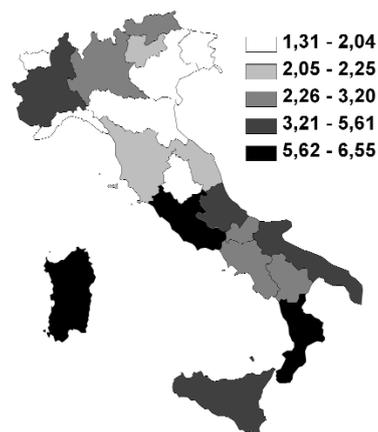
**Tabella 2** - Consumo pesato (in DDD/1000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A) - Anni 2000-2006

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94
Trentino-Alto Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33,80	36,12
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,67	27,26
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79
Friuli-Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30
<b>Italia</b>	<b>8,18</b>	<b>16,24</b>	<b>19,90</b>	<b>22,58</b>	<b>26,18</b>	<b>27,78</b>	<b>30,08</b>

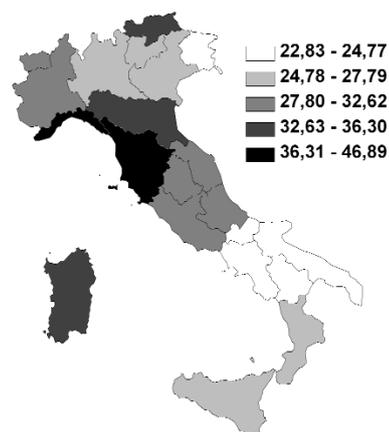
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A). Anno 2006



Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A). Anno 2006



## Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria

**Significato.** Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo giocato dal Servizio Pubblico nel trattamento delle dipendenze attraverso la numerosità dei soggetti in cura presso i Servizi per le Tossicodipendenze sulla popolazione totale. I dati più recenti (2005) sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale, oltre al raffronto con i precedenti dati relativi al 2003. È inoltre possibile una

valutazione del trend percentuale per tipologia di utenti nell'ultimo periodo disponibile (1991-2005). La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha causato i problemi a seguito dei quali il soggetto si è rivolto al Sert, permette anche di individuare eventuali modificazioni nel tempo del consumo delle varie sostanze e la capacità di attrazione dei servizi in relazione alle stesse.

### Tasso utenti dei Sert

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Utenti Sert}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** I dati non rappresentano il numero effettivo dei tossicodipendenti presenti nel nostro paese ma solo quelli in trattamento. Infatti la prevalenza di tossicodipendenti è difficilmente stimabile se non con studi *ad hoc*, vista la particolare patologia caratterizzata da una grossa quota di casi sommersi e non dichiarati ufficialmente. Questo da un lato rappresenta un limite nella comparazione interregionale (che oltretutto soffre della mancata standardizzazione per età), dall'altro evidenzia la diversa attività dei servizi nell'affrontare le nuove e sempre più emergenti dipendenze.

**Valore di riferimento/Benchmark.** A fronte della mancanza di dati comparabili sulla prevalenza dei tossicodipendenti, sia a livello micro (regionale) che macro (nazionale/europeo), un vero e proprio benchmark non è individuabile. È comunque rilevabile dalle *survey* internazionali come il problema del consumo delle diverse sostanze sia equiparabile tra Europa e Italia, seppur senza la necessaria omogeneità nelle tipologie ed attività dei servizi.

### Descrizioni dei risultati

Per quanto riguarda il tasso di utenza dei servizi per le tossicodipendenze, suddivisi per sostanza primaria (tabella 1), il confronto 2003-2005 mostra una sostanziale stabilità del dato riassuntivo nazionale: il tasso di utenza per tutte le sostanze si mantiene infatti intorno al 25 per 10.000 abitanti. Si assiste, tuttavia, per il 2005, ad una notevole variabilità interregionale laddove i tassi presentano un range tra il 13 della Provincia Autonoma di Bolzano al 35 dell'Umbria. Tale difformità interregionale è comunque in calo soprattutto per un aumento progressivo dei soggetti in carico in quelle regioni i cui servizi risultavano carenti nel passato più recente. La sostanza che mantiene, nella popolazione degli utenti, il primato nell'induzione della richiesta di trattamenti rimane l'eroina ma con un

trend sia nazionale che regionale in netta riduzione. A livello nazionale si assiste, rispetto al 2003, ad una diminuzione degli utenti eroinomani; è da rilevarsi però un aumento della popolazione eroinomane afferente ai Sert in regioni prevalentemente del Centro-Sud (con l'eccezioni del Friuli-Venezia Giulia), regioni che, nella maggior parte dei casi, presentavano nel 2003 tassi di afferenza per questa sostanza decisamente sotto la media nazionale. Per quando riguarda le regioni del Nord solo Piemonte e Liguria mantengono valori al di sopra della media nazionale, comunque in calo rispetto a quelli del 2003.

L'afferenza ai Sert per consumo di cannabinoidi come sostanza primaria è, a livello nazionale, in leggero calo ma sostanzialmente stabile (2,4 per 10.000). Il dato si dimostra anch'esso molto variabile in una comparazione interregionale anche se risente del valore medio molto basso e quindi delle fluttuazioni casuali negli anni. La Liguria e la Puglia presentano i valori più alti, anche se in calo rispetto alla rilevazione precedente, mentre Molise, Marche e Sardegna vedono un aumento sensibile dell'utenza per cannabinoidi.

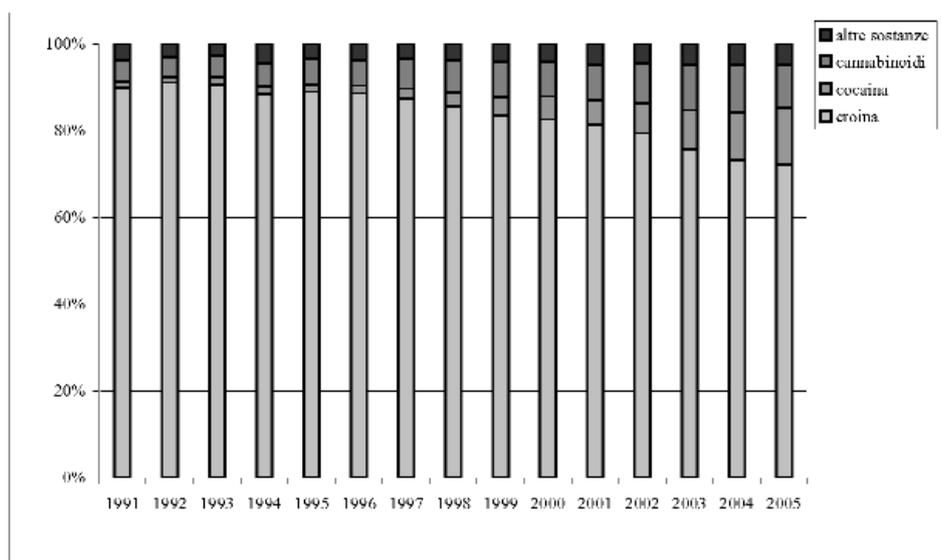
Dal 2003 al 2005 si assiste ad un trend in costante aumento per quanto riguarda i consumatori di cocaina afferenti ai servizi, a livello nazionale e in tutte le regioni italiane.

Il dato nazionale mostra un aumento della popolazione in trattamento per problemi legati al consumo di cocaina che sta assumendo, tenendo conto anche dei dati prodotti da *survey* nazionali ed europee, dimensioni sempre più preoccupanti: più di 3 abitanti ogni 10.000, sono in cura per dipendenza da cocaina. Dati superiori alla media nazionale sono presenti nelle regioni a più alta densità abitativa (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania); tra queste si evidenzia in particolare la Lombardia che presenta un tasso quasi doppio rispetto alla media nazionale, mentre anche molte regioni del Centro-Sud

**Tabella 1** - Tassi utenti dei Sert (per 10.000) per regione e tipo di sostanza primaria - Anni 2003, 2005

Regioni	2003					2005				
	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna- binoidi	Altre sostanze	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna- binoidi	Altre sostanze
Piemonte	26,44	22,82	1,37	1,48	0,77	28,34	21,80	2,32	1,33	2,89
Valle d'Aosta	16,46	14,90	0,76	0,43	0,38	18,39	16,53	0,99	0,68	0,18
Lombardia	24,29	16,81	3,69	2,82	0,97	24,73	15,36	6,13	2,28	0,96
Bolzano-Bozen	13,58	9,95	0,53	1,66	1,44	12,75	8,91	0,89	1,49	1,45
Trento	12,14	11,04	0,39	0,50	0,22	13,57	12,51	0,48	0,43	0,15
Veneto	23,44	17,49	1,66	2,95	1,34	20,69	15,08	1,84	2,90	0,87
Friuli-Venezia Giulia	21,08	15,60	0,99	2,74	1,75	24,08	18,40	1,66	2,74	1,28
Liguria	40,85	30,31	3,15	5,88	1,51	34,32	25,98	3,23	4,43	0,69
Emilia-Romagna	22,29	17,01	2,38	2,07	0,82	24,03	17,37	3,24	2,69	0,72
Toscana	29,95	23,30	2,01	3,20	1,44	25,29	19,07	2,66	3,01	0,56
Umbria	31,81	27,68	1,18	2,45	0,51	35,46	29,86	2,16	2,52	0,92
Marche	24,37	18,28	1,80	2,90	1,39	28,38	21,23	2,90	3,63	0,62
Lazio	27,50	22,09	3,11	1,71	0,61	25,00	19,00	3,62	1,85	0,52
Abruzzo	26,35	20,24	1,34	2,29	2,48	26,74	19,33	1,84	2,46	3,10
Molise	19,98	15,96	2,06	1,56	0,40	24,52	17,99	2,57	3,09	0,86
Campania	25,88	18,74	2,07	3,00	2,07	27,78	19,83	3,72	2,31	1,92
Puglia	27,78	19,67	2,28	4,42	1,42	25,74	18,15	2,83	3,76	1,00
Basilicata	15,19	13,58	0,50	1,00	0,11	18,23	15,24	1,22	1,49	0,27
Calabria	16,56	13,43	0,96	1,80	0,36	17,72	14,65	1,15	1,35	0,57
Sicilia	20,82	14,78	2,04	2,08	1,92	19,65	13,03	2,87	2,10	1,65
Sardegna	26,26	22,69	1,21	0,37	2,00	27,49	22,87	2,78	1,21	0,63
<b>Italia</b>	<b>24,99</b>	<b>18,97</b>	<b>2,22</b>	<b>2,57</b>	<b>1,22</b>	<b>24,73</b>	<b>17,88</b>	<b>3,26</b>	<b>2,40</b>	<b>1,19</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anni 2003, 2005.

**Grafico 1** - Distribuzione percentuale utenti dei Sert per sostanza d'abuso primario - Anni 1991-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anno 2005.

(Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna) vedono un rilevante aumento dell'utenza dipendente da cocaina. Il dato relativo agli utenti Sert per 'altre sostanze' è, a livello nazionale, in lieve diminuzione, attestandosi intorno all'1 per 10.000. Anche in questo caso le fluttuazioni casuali non ci permettono una interpretazione a livello interregionale ma si evidenzia il dato relativo alla regione Piemonte che è quadruplicato rispetto al 2003.

La distribuzione percentuale degli utenti Sert stratificati per sostanza d'abuso primario ci confermano, nel lungo periodo (grafico 1), le informazioni descritte dai tassi di utenza Sert sulla popolazione media residente. Il grafico, infatti, delinea chiaramente un trend temporale di maggior attrattività dei servizi verso le patologie derivate dal consumo di sostanze diverse dall'eroina. Fino al 2003 tale modificazione risulta sostenuta parallelamente da cocaina e cannabinoidi e successivamente essenzialmente dalla cocaina. Tale cambiamento è spiegabile attraverso lo *shift* verso queste sostanze (generalizzato a livello europeo) ed una verosimile maggior sensibilizzazione nei confronti dei danni a lungo termine provocati da sostanze caratterizzate da uno scarso impatto immediato sulla salute e sulla qualità della vita dei soggetti consumatori.

Bassa e pressoché costante negli ultimi 5 anni rimane la quota percentuale di utenti Sert consumatori di altre sostanze; gli alcolisti, malgrado l'alta prevalenza, continuano a non trovare in tali servizi la sede più idonea al loro trattamento in alcuni casi per la mancanza di percorsi dedicati in altri per l'attivazione, in diverse regioni, di servizi di alcolologia diversamente integrati con strutture di tipo privato.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I dati presentati richiedono alcune raccomandazioni di lettura. Solo molto indirettamente possono essere assunti come stima del fenomeno in quanto non rappresentano una proporzione fissa di tutti i candidati utenti anche se altre stime, condotte attraverso più

complessi studi 'cattura e ricattura', indicano come mediamente in Italia la percentuale di eroinomani in trattamento rappresenti più del 50% degli stessi.

Pur tuttavia, a fronte di una stimata riduzione della popolazione eroinomane in tutte le regioni per la variazione di abitudini dovuta allo *shift* dei più giovani verso altre sostanze ed altre modalità di consumo, è evidenziabile, dal 2003 al 2005 un aumento della popolazione utente per eroina nelle regioni in cui questo dato era particolarmente basso rispetto alla media nazionale: segno, seppur indiretto, di un maggior impegno negli ultimi anni di queste regioni nella messa in campo di risorse appropriate.

Poco si conosce, invece, rispetto alla quantificazione percentuale degli utenti dei servizi per altre sostanze rispetto alla popolazione complessiva dei soggetti dipendenti. In questi casi tale proporzione dipende, ancor più che per l'eroinomane, da fattori indipendenti, quali, appunto, la capacità di attrazione dei Sert e la percezione del fenomeno e dei servizi da parte della popolazione.

Le numerose stime di prevalenza del fenomeno che ci derivano da studi di sorveglianza nazionali e internazionali (1), tuttavia, sono in linea con l'andamento generale dei dati presentati: un aumento della tossicodipendenza da cocaina e dei problemi sociali e sanitari legati all'uso di altre sostanze di sintesi.

L'aumento complessivo degli utenti italiani per uso di cocaina è in linea con la tendenza mondiale e, come previsto nel Rapporto Osservasalute 2005, si sta proponendo negli anni per tutte le regioni italiane. La già citata crescente percentuale di utenti Sert per cocaina dimostra l'effettiva maggior attenzione dedicata al fenomeno cocaina nelle programmazioni regionali. Sembra auspicabile quindi il mantenimento e la continua implementazione, all'interno dei servizi, di *equipes* dedicate e di percorsi di diagnosi e trattamento paralleli a quelli specifici per l'eroinomane.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) EMCDDA, punti focali nazionali Reitox. Anno 2005.

## Mortalità per abuso di stupefacenti

**Significato.** È noto che la diffusione ed il consumo di droghe illegali nella popolazione italiana sono strettamente correlati ad un aumento del rischio di mortalità. Infatti, l'overdose da oppiacei e/o da uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro rappresenta una delle principali cause di morte nella popolazione tossicodipendente. Il tasso di

mortalità per overdose tra 15 e 44 anni, oltre ad essere un indicatore epidemiologico per stimare la prevalenza e le conseguenze sulla salute del consumo di droghe, rappresenta anche un indice della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio, attivando un'efficace prevenzione secondaria.

### *Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti*

Numeratore	Morti per abuso di stupefacenti di età compresa tra 15 e 44 anni	
Denominatore	Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni	x 100.000

**Validità e limiti.** Gli indicatori utilizzati dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze misurano l'uso di sostanze nella popolazione generale, l'uso problematico di sostanze, la domanda di trattamento, le patologie infettive e i decessi correlati. L'indicatore ivi riportato si riferisce esclusivamente al tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti nella classe di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, ovvero quella maggiormente coinvolta nel fenomeno del consumo di droghe. Vengono esclusi tutti i casi in cui i decessi non sono strettamente riconducibili all'assunzione di droghe, come pure le morti per incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti ed i decessi dovuti a complicanze o a malattie correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti.

I dati analizzati vengono rilevati grazie alle attività sul territorio delle Forze di Polizia ed elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Pertanto, se da una parte questi dati hanno il vantaggio di rappresentare un quadro obiettivo di tutta la realtà italiana, dall'altra hanno il limite di non riuscire a considerare tutti quei casi per i quali non siano state allertate le stesse Forze di Polizia. È da precisare, tuttavia, che tali situazioni dovrebbero essere poco numerose, poiché i decessi per overdose vengono regolarmente trasmessi alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale.

Un secondo limite è rappresentato dal fatto che nelle regioni a bassa densità di popolazione, anche una minima oscillazione annuale del numero dei decessi è in grado di modificare in modo sostanziale i tassi di mortalità per overdose.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore medio nazionale per l'anno 2006 (2,15 per 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento.

### **Descrizione dei risultati**

Come si può evincere dalla tabella 1 e dal grafico 1, a livello nazionale, si evidenzia un decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; questo calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Dopo tale anno, tuttavia, il tasso rimane sostanzialmente costante, comunque inferiore al tasso di mortalità analizzato nel 1996. Tali dati mostrano un'evidente variabilità interregionale: tra il 1996 ed il 1997 i tassi di mortalità sono sicuramente più elevati nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi triplo rispetto a questa.

Nei successivi anni la maggior parte delle regioni segue il trend nazionale, con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale e con un dato che, oggi, risulta più omogeneo sul territorio nazionale (con le significative eccezioni di Umbria e, in parte, delle Marche).

Nell'anno 2006, le regioni che mostrano i tassi di mortalità più elevati sono quelle del Centro: Umbria (7,17) e Lazio (4,85).

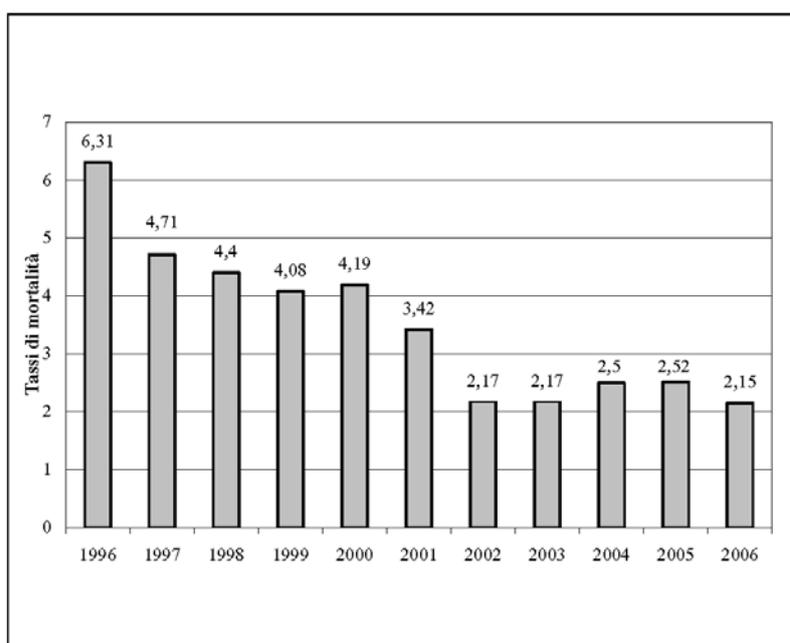
Valori particolarmente bassi si riscontrano, invece, in alcune regioni del Sud (Calabria, Puglia e Sicilia) e in Valle d'Aosta.

**Tabella 1** - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni per regione - Anni 1996-2006

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39	1,98
Valle d'Aosta	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01	0,00
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06	1,03
Trentino-Alto Adige*	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72	0,98
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46	1,44
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94	1,52
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19	4,03
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09	2,76
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59	2,23
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52	7,17
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67	3,50
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88	4,85
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08	1,89
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30	1,55
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51	3,21
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74	0,96
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59	2,81
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50	0,94
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22	0,76
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92	1,82
<b>Italia</b>	<b>6,31</b>	<b>4,71</b>	<b>4,40</b>	<b>4,08</b>	<b>4,19</b>	<b>3,42</b>	<b>2,17</b>	<b>2,17</b>	<b>2,50</b>	<b>2,52</b>	<b>2,15</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

**Grafico 1** - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni - Anni 1996-2006

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Dalla Relazione annuale 2006 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si può riscontrare, a livello europeo, un trend diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da paese a paese. Tra il 1990-2000, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti paesi segnalano una riduzione del numero di morti per overdose. Bisogna sottolineare che solo 10 paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una riduzione dei morti per overdose del 5% (pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002); si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi registrati negli anni appena precedenti siano venuti meno nel 2003. Questo fenomeno potrebbe rappresentare un rischio reale di un'interruzione di questo nuovo trend positivo. Tale situazione è sostanzialmente in linea con i dati relativi all'Italia dal 2003 ad oggi. Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di mortalità in Italia è già in atto dal 1996 ed è strettamente legato ad una serie di motivazioni: dalla riduzione dell'assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con uno spostamento verso il consumo di droghe assunte per altre vie diverse da quella parenterale (che ne riduce il rischio di overdose), all'aumento di attività di assistenza primaria e di ser-

vizi a bassa soglia come integrazione nei confronti dei servizi di disintossicazione (in modo particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale), all'applicazione di severe leggi antidroga che prevedono l'arresto di consumatori di droghe cosiddette leggere. Purtroppo, questo andamento si è interrotto dal 2002 ed i motivi possono essere in parte attribuibili ad un calo nell'attività istituzionale di prevenzione e controllo. Infatti dal 2002 al 2004 si è verificato una riduzione del numero dei nuovi utenti Sert, con un conseguente incremento dei consumatori non protetti dai servizi e quindi più soggetti ad un abuso di droghe. Al fine di fronteggiare quella che potrebbe diventare una pericolosa inversione di tendenza, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati all'utilizzo di droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale come già fatto da diversi Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito), e da alcuni dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia), con lo scopo di garantire una maggior attenzione da parte delle istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dell'evento ricovero psichiatrico all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nelle regioni. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate) con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM) ed il numero di soggetti residenti nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare).

La fonte informativa per la sua costruzione è rappre-

sentata dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) rilevate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), mediante le quali risulta possibile quantificare i trattamenti a carico dell'intero sistema ospedaliero. Il confronto tra il tasso di dimissione per disturbi psichici, standardizzato per età, del primo anno considerato (2001) e dell'ultimo per il quale sono disponibili i dati (2005), permette di valutare l'andamento del fenomeno nell'arco temporale di 5 anni.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

**Validità e limiti.** Dal punto di vista strettamente epidemiologico, i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che per molte patologie ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti sia trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta ancora oggi il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

**Valore di riferimento/Benchmark.** È difficile pensare di poter effettuare confronti tra realtà differenti, perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica è difforme tra i diversi Paesi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi Progetti Obiettivo, il valore medio nazionale può essere adottato come valore standard minimo di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Come si evince dalla Tabella 1, il tasso grezzo di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici mostra una riduzione dall'anno 2001 all'anno 2005: il valore medio nazionale passa, infatti, dal 56,5 al 51,4 per 10.000 abitanti. Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Puglia e

Basilicata sono le regioni che presentano tassi più bassi rispetto alla media nazionale. Nella Tabella 2 sono, invece, riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati sia per sesso che per regione. Nell'anno 2005, alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale (in particolare la PA di Bolzano, l'Abruzzo, la Liguria ed il Lazio). Al contrario, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Puglia e Basilicata presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi della media nazionale fino al 45%. Si evince, inoltre, come il tasso standardizzato medio nazionale (51,2 per 10.000) sia sovrapponibile a grandi linee al tasso grezzo (51,4 per 10.000). L'esame dell'andamento temporale (Grafico 1) tra i due anni messi a confronto, evidenzia una generale tendenza alla riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune eccezioni. Occorre mettere in evidenza che sono stati registrati incrementi del suddetto indicatore per il sesso maschile in Sardegna, Lazio e Abruzzo. Nella PA di Bolzano, nel Lazio e in Sardegna si registra un aumento per il sesso femminile. In generale, tuttavia, le differenze di ricovero per sesso, in termini di tasso standardizzato medio nazionale, non sembrano sostanziali: tali valori per gli uomini e per le donne si attestano rispettivamente al 51,9 (per 10.000) e al 50,0 (per 10.000). Infine, se si esamina il dato sulle macroaree italiane, Nord, Centro e Sud, sia per ciò che riguarda il dato grezzo che quello standardizzato non si evincono sostanziali differenze di tipo geografico: tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea. Tuttavia, se si osserva il trend temporale, si nota come tutte le regioni del Nord abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud.

**Tabella 1** - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici, per regione - Anni 2001, 2005

Regioni	2001	2005
Piemonte	50,3	48,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	77,9	69,2
Lombardia	55,5	49,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>88,3</i>	<i>91,8</i>
<i>Trento</i>	<i>66,4</i>	<i>44,9</i>
Veneto	58,2	47,6
Friuli-Venezia Giulia	39,3	29,6
Liguria	83,8	75,6
Emilia-Romagna	59,5	48,1
Toscana	47,2	38,3
Umbria	41,7	33,2
Marche	57,8	46,1
Lazio	66,2	70,9
Abruzzo	85,1	87,1
Molise	71,9	56,9
Campania	41,8	49,7
Puglia	48,9	33,6
Basilicata	52,2	37,5
Calabria	56,7	52,0
Sicilia	68,5	66,0
Sardegna	46,4	52,9
<b>Italia</b>	<b>56,5</b>	<b>51,4</b>

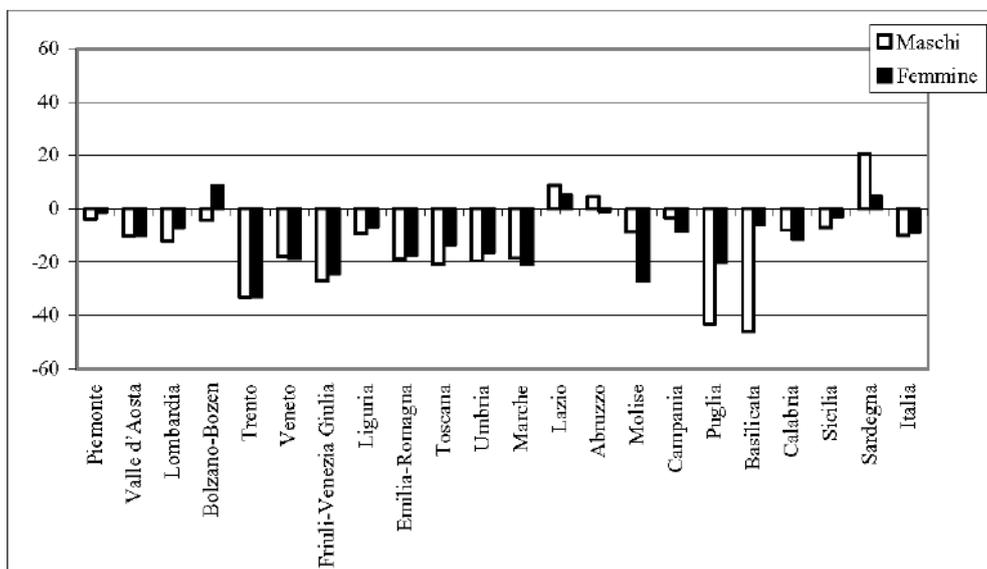
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici, per regione e sesso - Anni 2001, 2005

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Piemonte	49,6	47,7	48,2	47,6	49,1	47,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	80,6	72,2	69,6	62,5	76,0	67,7
Lombardia	54,1	47,6	55,3	51,4	54,9	49,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,7</i>	<i>85,8</i>	<i>94,3</i>	<i>102,4</i>	<i>92,6</i>	<i>95,0</i>
<i>Trento</i>	<i>67,4</i>	<i>45,0</i>	<i>65,2</i>	<i>43,6</i>	<i>66,5</i>	<i>44,5</i>
Veneto	56,1	46,0	58,4	47,4	57,7	46,9
Friuli-Venezia Giulia	37,5	27,4	37,6	28,4	37,7	28,1
Liguria	81,4	73,8	79,9	74,5	80,9	74,4
Emilia-Romagna	54,2	43,9	58,9	48,6	56,9	46,5
Toscana	45,9	36,4	46,2	39,9	46,2	38,4
Umbria	40,9	32,9	40,3	33,7	40,6	33,4
Marche	60,8	49,6	53,2	42,1	57,2	46,0
Lazio	67,8	73,8	64,5	67,8	66,5	71,1
Abruzzo	88,1	92,2	81,6	80,9	85,1	86,8
Molise	63,3	57,8	76,1	55,6	71,0	57,0
Campania	66,9	64,6	36,7	33,7	44,5	49,0
Puglia	53,1	30,1	47,3	37,7	50,2	34,1
Basilicata	57,7	31,1	47,0	44,2	52,5	37,7
Calabria	61,6	56,7	55,3	48,9	58,5	52,8
Sicilia	75,4	70,0	65,4	63,4	70,4	66,9
Sardegna	47,3	57,1	45,9	48,2	47,0	53,1
<b>Italia</b>	<b>57,6</b>	<b>51,9</b>	<b>54,9</b>	<b>50,0</b>	<b>56,5</b>	<b>51,2</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - *Variazione percentuale dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici, per regione - Anni 2001, 2005*



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia la tutela della salute mentale costituisce uno degli obiettivi prioritari. Nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 vengono sottolineate una serie di aree critiche riguardanti questo tema, che vanno da una disomogenea distribuzione dei vari servizi presenti sul territorio, fino alla mancanza di un sistema informativo standardizzato e consolidato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Di conseguenza, tra gli obiettivi strategici da realizzare vi sono sia il miglioramento della qualità dei Centri di Salute Mentale (CSM), che la realizzazione di un sistema informativo nazionale specifico, per poter raccogliere informazioni sulle prestazioni, sulle strutture, sul personale e sullo stato di salute dei pazienti. Inoltre, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" con lo scopo di proporre un ulteriore impulso alle politiche di promozione della salute mentale, di rafforzare gli interventi nel-

l'ambito dell'età evolutiva e, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale, migliorando pertanto la qualità dei programmi di cura, che debbono essere mirati allo sviluppo della persona e all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

Nel complesso, la maggiore attenzione istituzionale riguardo alla problematica considerata ha portato ad una riduzione costante, seppure lenta, del tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici in quasi tutte le regioni. Tuttavia, è altresì chiaro che, nelle regioni che hanno mostrato una crescita del tasso di ospedalizzazione, permangono notevoli margini di miglioramento, anche in virtù dell'adozione delle misure citate in precedenza. Sicuramente, ulteriori progressi potranno derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo già previste dal Progetto Obiettivo (1999-2000), sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un potenziamento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati.

## Mortalità per suicidio e autolesione

**Significato.** Questo indicatore è finalizzato a valutare indirettamente il livello di salute mentale nella popolazione, nonché l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie (incluso il sistema di emergenza). Si stima, infatti, che oltre il 90% dei casi di suicidio sia associato a disturbi mentali; le restanti patologie che più spesso si associano agli atti

suicidari sono i tumori, l'AIDS, il diabete mellito giovanile e varie forme neurologiche. Altri determinanti di rilievo sono rappresentati da variabili di contesto socio-culturale ed ambientale più ampio: relazioni familiari, rapporti lavorativi, cambiamenti logistici, emigrazioni ed alcuni condizionamenti culturali e religiosi possono agevolare l'evoluzione di condotte individuali suicidarie.

### Tasso di mortalità per suicidio e autolesione\*

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

Morti per suicidio e autolesione  
Popolazione media residente

\*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 e autolesione rappresenta una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non rileva il tasso di tentati suicidi e può dipendere in modo considerevole da difficoltà di accesso ai servizi e dalle condizioni del sistema ospedaliero di emergenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima, infatti, che i tentati suicidi siano fino a 20 volte più frequenti dei suicidi portati a compimento. Inoltre, il numero complessivo di suicidi si ritiene sottostimato, poiché un certo numero di decessi viene attribuito ad incidenti di varia natura.

Il tasso di mortalità specifico per età permette di studiare il fenomeno più analiticamente, evidenziando le fasce di età ove il rischio è più elevato, nonché l'eventuale impatto di strategie di controllo quali l'introduzione del Dipartimento di Salute Mentale o miglioramenti nell'accesso ai servizi di Emergenza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come riferimento è stato scelto il valore medio nazionale (anno 2003) di ciascuna classe di età rispetto al sesso: per gli uomini 0,01 (anni 0-14); 0,57 (anni 15-24); 0,87 (anni 25-34); 1,08 (anni 35-44); 1,17 (anni 45-54); 1,31 (anni 55-64); 1,68 (anni 65-74); 3,35 (anni 75+) e 1,13 (tasso standardizzato per 10.000); per le donne 0,01 (anni 0-14); 0,13 (anni 15-24); 0,23 (anni 25-34); 0,34 (anni 35-44); 0,38 (anni 45-54); 0,44 (anni 55-64); 0,54 (anni 65-74); 0,62 (anni 75+) e 0,31 (tasso standardizzato per 10.000).

### Descrizione dei risultati

Il valore medio nazionale del tasso di mortalità standardizzato per suicidio e autolesione (dai registri di mortalità Istat) è stimato, dalle elaborazioni più recenti a disposizione (anno 2003), pari a 1,13 (per 10.000) per gli uomini e 0,31 (per 10.000) per le donne. Questi dati mostrano chiaramente un calo rispetto alla rilevazione del decennio precedente, nel quale gli stessi valori si attestano all'1,45 (per 10.000) e 0,41 (per 10.000), rispettivamente.

Dalle Tabelle 1 e 2 si nota anche come i tassi di mortalità crescano con l'aumentare dell'età: la classe di età con il tasso di suicidi più elevato è infatti quella di età oltre i 75 anni in entrambi i sessi.

L'esame dell'andamento temporale (Grafico 1) tra i due anni messi a confronto, evidenzia una generale tendenza alla riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni. Infatti, sono stati registrati incrementi del tasso nel solo sesso femminile in Calabria, Trentino-Alto Adige, Sardegna ed in Valle d'Aosta (dove si è registrato un incremento superiore al 100%). Per il sesso maschile il fenomeno è assai più contenuto e gli incrementi del tasso di mortalità standardizzato per suicidio e autolesione sono di circa il 10% nelle Marche, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta.

**Tabella 1 - Tassi di mortalità per suicidio e autolesione (tassi specifici e standardizzati per 10.000) per regione. Maschi - Anni 1993, 2003**

Regioni	0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+		Tassi std	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003
Piemonte	0,00	0,00	0,79	0,87	1,47	1,16	1,61	1,55	1,82	1,48	2,51	1,96	2,50	2,03	4,53	4,12	1,75	1,50
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	0,00	2,98	0,00	2,29	1,91	3,61	5,81	2,84	1,28	6,07	1,71	0,00	13,36	2,25	2,47
Lombardia	0,05	0,02	0,95	0,52	1,12	0,96	1,47	1,23	1,44	1,20	1,74	1,22	1,91	1,47	4,33	2,54	1,48	1,06
Trentino-Alto Adige*	0,00	0,00	1,49	1,17	1,90	1,09	1,60	1,94	2,26	1,60	1,53	1,83	2,93	3,06	2,70	4,86	1,68	1,77
Veneto	0,07	0,03	0,97	0,53	1,04	0,73	1,22	1,11	1,39	1,22	2,08	1,50	1,93	1,30	3,57	2,50	1,41	1,03
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,14	0,87	0,00	1,29	0,88	1,74	1,85	1,96	1,24	2,71	1,10	3,23	1,69	6,39	4,00	2,01	1,21
Liguria	0,23	0,00	0,59	0,16	0,66	0,78	0,77	0,42	0,98	0,98	2,50	0,57	1,92	1,37	5,80	1,28	1,44	0,67
Emilia-Romagna	0,09	0,00	0,63	0,70	1,05	0,81	1,55	1,17	1,51	1,15	2,39	1,38	2,97	2,59	6,08	5,95	1,79	1,48
Toscana	0,05	0,00	0,55	0,50	1,51	0,81	1,03	0,94	1,18	1,08	1,81	1,37	2,52	1,38	4,85	3,69	1,52	1,08
Umbria	0,00	0,00	0,38	1,19	1,70	0,67	1,48	1,26	1,52	0,91	2,15	1,36	4,91	1,99	8,64	6,86	2,17	1,50
Marche	0,20	0,10	1,34	0,91	1,20	1,09	0,52	1,64	1,34	1,94	1,46	1,84	2,44	3,19	6,39	3,77	1,56	1,66
Lazio	0,03	0,00	0,46	0,29	0,93	1,06	0,99	0,58	0,99	0,86	1,04	0,93	1,76	0,91	4,73	1,73	1,21	0,75
Abruzzo	0,10	0,00	0,76	0,95	1,27	0,96	0,96	0,93	1,09	1,32	0,96	1,13	2,35	1,55	4,49	2,88	1,28	1,12
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,84	1,67	1,88	1,05	1,77	2,55	1,22	4,87	3,15	1,14	0,98
Campania	0,05	0,00	0,44	0,37	0,75	0,54	0,74	0,67	0,80	0,66	1,05	0,81	1,56	1,43	2,90	1,88	0,96	0,73
Puglia	0,05	0,00	0,43	0,59	0,93	0,90	0,85	0,92	1,22	0,77	1,72	1,13	1,52	1,67	3,40	2,64	1,16	0,98
Basilicata	0,00	0,00	0,61	0,77	1,25	1,11	1,00	2,23	1,59	1,05	1,16	1,36	1,94	2,05	2,65	0,96	1,24	1,21
Calabria	0,00	0,06	0,17	0,64	0,56	0,20	0,66	0,27	0,55	0,94	1,51	1,08	1,80	1,45	2,80	3,08	0,92	0,84
Sicilia	0,02	0,02	0,52	0,45	1,26	0,85	1,10	1,01	1,46	1,21	1,58	1,38	2,16	1,67	3,21	3,78	1,29	1,15
Sardegna	0,00	0,00	1,53	1,64	2,30	1,50	1,97	1,91	2,53	2,56	2,87	2,35	2,44	2,76	5,39	6,65	2,22	2,16
<b>Italia</b>	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>	<b>0,69</b>	<b>0,57</b>	<b>1,14</b>	<b>0,87</b>	<b>1,18</b>	<b>1,08</b>	<b>1,36</b>	<b>1,17</b>	<b>1,79</b>	<b>1,31</b>	<b>2,21</b>	<b>1,68</b>	<b>4,47</b>	<b>3,35</b>	<b>1,45</b>	<b>1,13</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

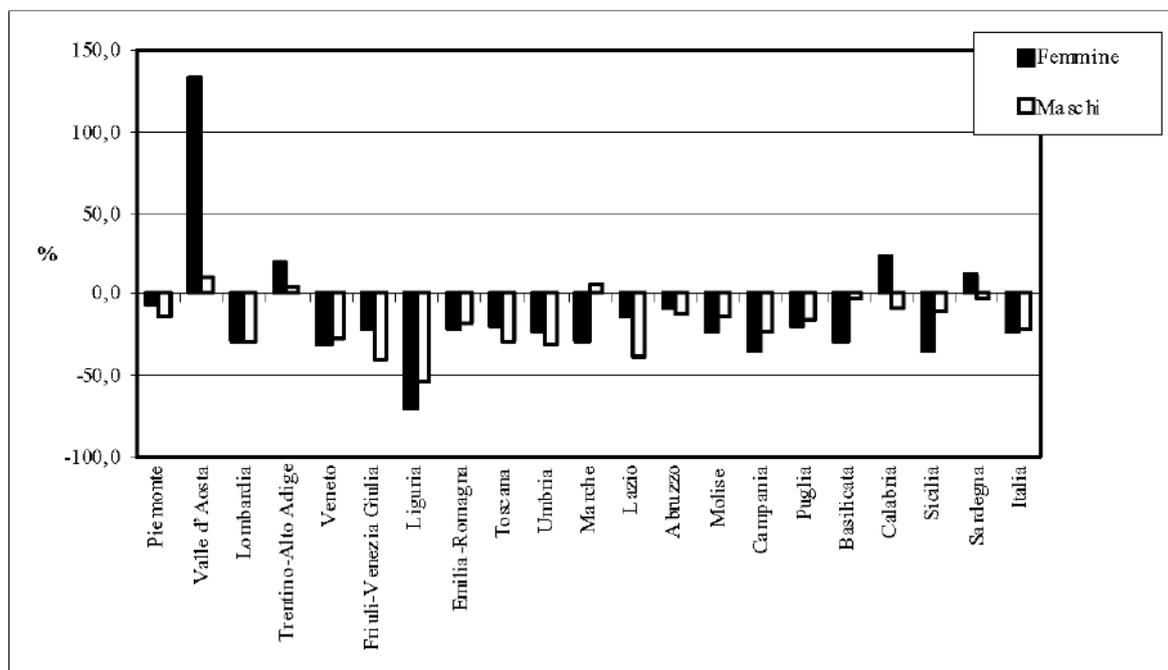
**Tabella 2 - Tassi di mortalità per suicidio e autolesione (tassi specifici e standardizzati per 10.000) per regione. Femmine - Anni 1993, 2003**

Regioni	0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75+		Tassi std	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003
Piemonte	0,00	0,00	0,11	0,16	0,22	0,17	0,30	0,49	0,86	0,71	0,71	0,71	1,14	0,91	0,96	1,07	0,48	0,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,04	0,00	1,22	1,34	1,32	0,00	1,42	3,90	2,83	0,44	1,03
Lombardia	0,02	0,02	0,16	0,19	0,35	0,32	0,43	0,36	0,65	0,42	0,83	0,48	0,76	0,49	0,77	0,52	0,47	0,33
Trentino-Alto Adige*	0,00	0,00	0,16	0,20	0,13	0,28	0,67	0,26	0,35	0,83	0,60	0,35	0,21	1,06	0,81	0,78	0,36	0,43
Veneto	0,03	0,00	0,16	0,09	0,47	0,20	0,26	0,35	0,30	0,29	0,75	0,62	1,05	0,72	0,95	0,53	0,46	0,32
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,00	0,13	0,41	0,91	0,83	0,50	0,32	0,46	0,99	1,30	0,70	0,51	0,28	1,45	0,23	0,62	0,49
Liguria	0,12	0,00	0,21	0,00	0,43	0,20	0,57	0,08	0,25	0,19	0,40	0,34	1,45	0,08	0,56	0,23	0,47	0,14
Emilia-Romagna	0,05	0,00	0,17	0,31	0,34	0,41	0,41	0,41	0,48	0,51	0,97	0,37	1,07	0,95	1,77	1,27	0,60	0,47
Toscana	0,00	0,00	0,09	0,00	0,35	0,16	0,17	0,48	0,48	0,46	0,59	0,57	0,93	0,45	1,04	0,68	0,41	0,33
Umbria	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,34	0,37	0,32	0,19	0,00	0,72	0,73	1,50	0,74	1,00	0,68	0,42	0,32
Marche	0,00	0,00	0,11	0,14	0,28	0,09	0,31	0,45	0,43	0,10	0,63	0,54	0,80	0,55	0,98	0,70	0,41	0,29
Lazio	0,03	0,00	0,19	0,19	0,21	0,18	0,33	0,40	0,37	0,42	0,46	0,39	0,68	0,37	0,81	0,57	0,35	0,30
Abruzzo	0,00	0,00	0,11	0,29	0,31	0,22	0,24	0,41	0,14	0,47	0,64	0,27	1,11	0,66	0,55	0,38	0,35	0,32
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,47	0,42	0,56	0,47	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	0,20
Campania	0,02	0,02	0,10	0,05	0,24	0,07	0,11	0,18	0,47	0,14	0,44	0,37	0,47	0,26	0,26	0,44	0,26	0,17
Puglia	0,05	0,00	0,12	0,04	0,19	0,22	0,41	0,16	0,13	0,30	0,41	0,35	0,45	0,39	0,48	0,28	0,26	0,21
Basilicata	0,00	0,23	0,42	0,00	0,21	0,00	0,50	0,00	0,00	0,26	0,27	0,96	0,67	0,59	1,48	0,33	0,38	0,27
Calabria	0,05	0,06	0,00	0,15	0,18	0,13	0,23	0,07	0,18	0,16	0,53	0,57	0,31	0,76	0,43	0,63	0,22	0,27
Sicilia	0,02	0,00	0,15	0,09	0,15	0,08	0,36	0,42	0,35	0,25	0,46	0,22	0,55	0,27	0,72	0,47	0,32	0,21
Sardegna	0,00	0,00	0,14	0,10	0,22	0,85	0,34	0,23	0,50	0,35	0,46	0,40	1,02	1,09	0,76	0,68	0,39	0,44
<b>Italia</b>	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	<b>0,14</b>	<b>0,13</b>	<b>0,28</b>	<b>0,23</b>	<b>0,33</b>	<b>0,34</b>	<b>0,45</b>	<b>0,38</b>	<b>0,64</b>	<b>0,44</b>	<b>0,81</b>	<b>0,54</b>	<b>0,88</b>	<b>0,62</b>	<b>0,41</b>	<b>0,31</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

**Grafico 1** - *Variazione percentuale dei tassi standardizzati di mortalità per suicidio, per regione - Anni 1993, 2003*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo recenti stime dell'OMS, nell'anno 2000 si sono suicidate circa un milione di persone nel mondo: si calcola che il tasso globale di mortalità sia 16 per 100.000 abitanti, ma negli ultimi 45 anni il tasso di suicidi è cresciuto del 60% in tutto il mondo e, nonostante sia sempre stato più elevato fra gli anziani di sesso maschile, le percentuali sono cresciute notevolmente tra i giovani, che attualmente rappresentano il gruppo a maggior rischio in un terzo dei Paesi. Per tali motivi, appare di fondamentale importanza intensificare gli sforzi diretti alle strategie preventive del suicidio adolescenziale, anche attraverso campagne informative che coinvolgano i pediatri, i Medici di Medicina Generale, i professori ed altre figure di riferimento.

La grande attenzione istituzionale riservata alla tutela della salute mentale negli ultimi anni è legata all'adozione di varie misure che vanno dal Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), fino agli ultimi due Piani Sanitari Nazionali. Queste misure hanno sicuramente contribuito alla generale riduzione osservata nel tasso di mortalità per suicidio e autolesione in quasi tutte le regioni italiane. Tuttavia, la problematica permane, anche se in dimensioni meno preoccupanti rispetto agli anni passati, con la piena consapevolezza che solo attraverso il completamento dell'implementazione delle strategie di controllo previste potranno esservi ulteriori e notevoli miglioramenti.

## Ospedalizzazione per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe

**Significato.** Si tratta di un indicatore dell'abuso di sostanze. I dati vengono presentati a partire dall'anno 2001 fino al 2005 e sono suddivisi a seconda della diagnosi principale e secondaria. I dati (codici ICD-9-CM 291-292) relativi alla diagnosi principale forniscono una misura diretta della gravità del quadro clinico conseguente all'abuso di sostanze, mentre le dia-

gnosi secondarie rappresentano patologie collaterali ad una diversa motivazione che ha causato il ricovero, ma che, comunque, hanno procurato un impatto economico sul ricovero stesso e che, spesso, possono essere state causa indiretta del ricovero. I dati sono espressi per regione e per genere consentendo confronti per area e la valutazione del trend temporale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe\*

Numeratore	Dimissioni per sindromi psicotiche da sostanze in diagnosi principale e secondaria	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

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

**Validità e limiti.** I dati, rilevati dall'analisi delle Schede di Dimissioni Ospedaliere, si caratterizzano per la completezza e la confrontabilità. Solo per quanto riguarda la diagnosi secondaria essi possono essere influenzati dall'accuratezza e buona qualità della compilazione della cartella clinica dal momento che la diagnosi secondaria non rappresenta un campo obbligatorio. È, tuttavia, verosimile che l'uso e l'abuso di sostanze sia, comunque, adeguatamente segnalato anche a fronte di possibili risvolti medico-legali.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non sono presenti riferimenti europei equiparabili e confrontabili, il benchmark può essere, quindi, rilevato nel dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda il tasso grezzo di dimissioni ospedaliere per psicosi da consumo di sostanze in diagnosi principale si individua una riduzione temporale nei valori italiani sia per quanto riguarda il genere maschile che quello femminile. In alcune regioni, tuttavia, il trend pare immutato o addirittura invertito con un aumento dall'anno 2001 al 2005: in particolar modo ci si riferisce a Liguria, Umbria e Marche per il genere maschile e a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Marche, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna per quanto riguarda il genere femminile.

I dati relativi alla presenza di comorbidità in diagnosi secondaria, pur individuando anch'essi un trend nazionale in diminuzione, non sono altrettanto confortanti: il dato medio nazionale passa da 0,92 (per 10.000) a 0,83 (per 10.000) in 5 anni per gli uomini (riduzione del 10% circa) e da 0,34 (per 10.000) a 0,33 (per 10.000) per le donne. Anche in questo caso si individuano aumenti nel tasso di dimissione in molte regioni (Piemonte, PA di Bolzano, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna), talora estremamente

significativi (PA di Bolzano). Soprattutto per quanto riguarda il genere femminile la seppur minima riduzione nazionale nel quinquennio considerato è sostenuta solo da poche regioni (Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Abruzzo): tutte le altre paiono aumentare il numero di soggetti dimessi che presenti una comorbidità psichiatrica da consumo di sostanze. I tassi standardizzati per età, mentre confermano sostanzialmente sia il trend nazionale in riduzione, che i problemi regionali individuati dai tassi grezzi per le dimissioni in diagnosi principale per entrambi i generi, sembrano, invece, invertire i valori espressi dai tassi grezzi per le diagnosi secondarie. Sia per il genere femminile che per quello maschile, eliminato l'effetto dovuto alla diversa età delle popolazioni sia regionali che lungo l'asse temporale considerato, si evidenzia un netto aumento delle diagnosi secondarie di psicosi conseguente all'uso di sostanze (da 0,95 a 1,29 per 10.000 per gli uomini e da 0,32 a 0,37 per 10.000 per le donne). Poche le regioni che si caratterizzano per valori sensibilmente in diminuzione: tra queste PA di Trento, Abruzzo, Veneto e Friuli-Venezia Giulia. Dai tassi specifici per età, riportati per il solo anno 2005, si evidenzia come i valori più alti a livello nazionale siano appannaggio non tanto delle fasce d'età adolescenziali, ma di un'ampia classe di età che va dai 25 ai 64 anni sia per il genere femminile che per quello maschile. Si deve, inoltre, sottolineare come, anche i più anziani presentano tassi particolarmente elevati soprattutto per quanto riguarda il genere maschile. Seppur la variabilità regionale, relativamente ai tassi età specifici, sia generalmente ampia, si può ben individuare nelle regioni culturalmente più a rischio per il consumo alcolico (Nord-Ovest e Nord-Est) una particolare rilevanza del ricovero per psicosi in diagnosi principale nella classe di 56-64 anni soprattutto nel genere maschile.

**Tabella 1** - Tassi grezzi (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Maschi - Anni 2001-2005

Regioni	Diagnosi principale					Diagnosi secondaria				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	0,93	1,12	1,02	0,80	0,74	0,85	0,81	0,84	0,86	0,92
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	1,54	1,70	1,84	1,16	1,32	2,73	2,66	2,18	2,16	2,30
Lombardia	1,39	1,16	1,20	1,27	1,27	1,29	1,30	1,14	1,08	1,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,98</i>	<i>5,06</i>	<i>4,71</i>	<i>4,40</i>	<i>4,22</i>	<i>1,72</i>	<i>1,84</i>	<i>2,03</i>	<i>3,50</i>	<i>3,25</i>
<i>Trento</i>	<i>3,41</i>	<i>2,35</i>	<i>1,68</i>	<i>1,86</i>	<i>2,13</i>	<i>2,72</i>	<i>2,82</i>	<i>3,07</i>	<i>2,40</i>	<i>1,92</i>
Veneto	1,30	1,19	1,13	1,17	0,92	1,39	1,43	1,22	1,26	1,25
Friuli-Venezia Giulia	1,57	1,38	1,35	1,57	1,39	2,71	2,57	1,68	1,52	1,78
Liguria	1,62	1,77	1,95	2,11	2,35	1,28	1,18	1,02	1,40	0,99
Emilia-Romagna	1,23	0,92	0,90	0,88	0,86	0,90	0,86	0,80	1,00	0,78
Toscana	1,51	1,29	0,79	0,63	0,63	0,55	0,53	0,52	0,50	0,48
Umbria	0,53	0,37	0,89	0,56	0,55	0,58	0,56	0,61	0,53	0,43
Marche	1,01	0,91	0,99	0,80	1,02	0,62	0,61	0,76	0,67	0,50
Lazio	1,19	1,13	0,90	0,92	0,86	0,69	0,71	0,71	0,67	0,62
Abruzzo	1,55	1,63	2,11	1,61	1,34	0,87	0,88	1,30	1,19	1,18
Molise	3,52	3,59	2,49	3,44	3,06	2,31	2,37	1,85	1,79	2,36
Campania	1,45	1,44	1,61	1,36	1,18	0,49	0,54	0,51	0,46	0,41
Puglia	1,19	1,11	0,97	1,02	1,03	0,66	0,72	0,51	0,46	0,54
Basilicata	1,56	1,50	1,16	0,95	1,23	0,75	0,79	0,48	0,72	0,79
Calabria	1,63	1,35	1,14	0,96	1,08	0,90	1,01	0,69	0,56	0,74
Sicilia	0,98	1,03	0,90	0,87	0,71	0,31	0,34	0,53	0,44	0,37
Sardegna	2,01	1,92	2,00	1,73	1,81	0,91	0,96	0,82	0,84	0,97
<b>Italia</b>	<b>1,37</b>	<b>1,26</b>	<b>1,20</b>	<b>1,14</b>	<b>1,09</b>	<b>0,92</b>	<b>0,95</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,83</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi grezzi (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Femmine - Anni 2001-2005

Regioni	Diagnosi principale					Diagnosi secondaria				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	0,28	0,44	0,43	0,28	0,45	0,39	0,34	0,41	0,38	0,35
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	0,16	1,31	0,49	0,64	1,28	0,66	0,60	0,81	0,16	1,28
Lombardia	0,42	0,39	0,36	0,34	0,37	0,43	0,41	0,36	0,33	0,33
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,70</i>	<i>1,57</i>	<i>1,30</i>	<i>1,29</i>	<i>1,81</i>	<i>0,34</i>	<i>0,35</i>	<i>0,76</i>	<i>1,04</i>	<i>0,87</i>
<i>Trento</i>	<i>0,78</i>	<i>0,57</i>	<i>0,44</i>	<i>0,32</i>	<i>0,59</i>	<i>0,41</i>	<i>0,42</i>	<i>0,32</i>	<i>0,40</i>	<i>0,35</i>
Veneto	0,56	0,45	0,48	0,41	0,39	0,56	0,53	0,42	0,46	0,42
Friuli-Venezia Giulia	0,55	0,32	0,32	0,48	0,37	0,65	0,55	0,55	0,40	0,53
Liguria	0,82	0,78	0,69	0,87	0,76	0,58	0,42	0,85	0,63	0,64
Emilia-Romagna	0,48	0,44	0,33	0,34	0,31	0,34	0,29	0,35	0,35	0,38
Toscana	0,61	0,52	0,54	0,39	0,34	0,30	0,26	0,24	0,19	0,26
Umbria	0,40	0,30	0,67	0,41	0,34	0,14	0,13	0,35	0,14	0,13
Marche	0,30	0,29	0,31	0,39	0,33	0,30	0,27	0,25	0,30	0,37
Lazio	0,63	0,46	0,44	0,37	0,36	0,31	0,30	0,45	0,26	0,32
Abruzzo	0,92	0,80	0,65	0,50	0,55	0,69	0,67	0,32	0,62	0,49
Molise	0,67	0,97	0,42	0,79	1,27	0,42	0,40	0,97	0,55	0,49
Campania	0,63	0,33	0,41	0,32	0,31	0,12	0,13	0,18	0,21	0,14
Puglia	0,41	0,46	0,41	0,66	0,47	0,26	0,27	0,29	0,30	0,34
Basilicata	0,39	0,46	0,49	0,43	0,43	0,16	0,16	0,23	0,23	0,23
Calabria	0,52	0,36	0,35	0,28	0,32	0,31	0,32	0,24	0,27	0,49
Sicilia	0,19	0,18	0,20	0,20	0,19	0,11	0,11	0,15	0,15	0,12
Sardegna	1,18	1,45	1,00	1,32	1,32	0,41	0,41	0,29	0,43	0,42
<b>Italia</b>	<b>0,52</b>	<b>0,46</b>	<b>0,43</b>	<b>0,42</b>	<b>0,42</b>	<b>0,34</b>	<b>0,32</b>	<b>0,34</b>	<b>0,32</b>	<b>0,33</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 3** - Tassi standardizzati (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Maschi - Anni 2001-2005

Regioni	Diagnosi principale					Diagnosi secondaria				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	0,89	1,08	0,97	0,76	0,71	0,81	0,81	0,80	0,82	1,18
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	1,58	1,63	1,85	1,12	1,22	2,66	2,66	2,00	2,09	0,81
Lombardia	1,36	1,11	1,15	1,23	1,22	1,30	1,30	1,12	1,07	3,60
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,52</i>	<i>5,36</i>	<i>4,93</i>	<i>4,69</i>	<i>4,47</i>	<i>1,84</i>	<i>1,84</i>	<i>2,34</i>	<i>4,00</i>	<i>0,78</i>
<i>Trento</i>	<i>3,35</i>	<i>2,35</i>	<i>1,64</i>	<i>1,86</i>	<i>2,09</i>	<i>2,82</i>	<i>2,82</i>	<i>3,32</i>	<i>2,46</i>	<i>0,45</i>
Veneto	1,31	1,18	1,11	1,15	0,90	1,43	1,43	1,25	1,26	0,74
Friuli-Venezia Giulia	1,47	1,28	1,26	1,44	1,31	2,57	2,57	1,57	1,41	1,65
Liguria	1,55	1,70	1,92	2,07	2,36	1,18	1,18	0,93	1,28	0,83
Emilia-Romagna	1,20	0,89	0,87	0,86	0,84	0,86	0,86	0,75	0,95	0,62
Toscana	1,49	1,28	0,79	0,64	0,62	0,53	0,53	0,49	0,49	0,90
Umbria	0,53	0,38	0,88	0,57	0,54	0,56	0,56	0,60	0,51	1,04
Marche	0,99	0,89	0,98	0,79	1,01	0,61	0,61	0,74	0,65	0,49
Lazio	1,17	1,11	0,90	0,91	0,86	0,71	0,71	0,72	0,68	2,35
Abruzzo	1,56	1,63	2,12	1,62	1,34	0,88	0,88	1,32	1,20	0,87
Molise	3,65	3,62	2,52	3,42	3,08	2,37	2,37	1,86	1,79	0,57
Campania	1,48	1,52	1,70	1,42	1,22	0,54	0,54	0,57	0,51	0,96
Puglia	1,25	1,14	0,99	1,04	1,05	0,72	0,72	0,55	0,49	0,39
Basilicata	1,60	1,55	1,17	0,99	1,24	0,79	0,79	0,49	0,76	0,46
Calabria	1,74	1,44	1,21	1,00	1,13	1,01	1,01	0,74	0,61	1,95
Sicilia	1,03	1,07	0,94	0,90	0,72	0,34	0,34	0,57	0,48	0,42
Sardegna	2,03	1,89	1,95	1,67	1,76	0,96	0,96	0,82	0,87	2,31
<b>Italia</b>	<b>1,37</b>	<b>1,26</b>	<b>1,19</b>	<b>1,13</b>	<b>1,08</b>	<b>0,95</b>	<b>0,95</b>	<b>0,88</b>	<b>0,87</b>	<b>1,29</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia al 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 4** - Tassi standardizzati (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Femmine - Anni 2001-2005

Regioni	Diagnosi principale					Diagnosi secondaria				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	0,27	0,41	0,39	0,27	0,43	0,34	0,34	0,35	0,33	0,42
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	0,16	1,40	0,40	0,65	1,25	0,60	0,60	0,78	0,15	0,24
Lombardia	0,41	0,38	0,35	0,33	0,36	0,41	0,41	0,34	0,31	0,87
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,74</i>	<i>1,61</i>	<i>1,32</i>	<i>1,35</i>	<i>1,86</i>	<i>0,35</i>	<i>0,35</i>	<i>0,78</i>	<i>1,09</i>	<i>0,49</i>
<i>Trento</i>	<i>0,78</i>	<i>0,56</i>	<i>0,46</i>	<i>0,29</i>	<i>0,61</i>	<i>0,42</i>	<i>0,42</i>	<i>0,34</i>	<i>0,36</i>	<i>0,14</i>
Veneto	0,55	0,44	0,47	0,39	0,38	0,53	0,53	0,39	0,43	0,34
Friuli-Venezia Giulia	0,54	0,29	0,30	0,43	0,35	0,55	0,55	0,47	0,36	0,49
Liguria	0,80	0,76	0,69	0,88	0,81	0,42	0,42	0,68	0,55	0,31
Emilia-Romagna	0,45	0,42	0,33	0,31	0,29	0,29	0,29	0,32	0,32	0,30
Toscana	0,58	0,52	0,52	0,36	0,33	0,26	0,26	0,20	0,16	0,60
Umbria	0,39	0,28	0,66	0,41	0,33	0,13	0,13	0,30	0,10	0,31
Marche	0,29	0,27	0,28	0,38	0,31	0,27	0,27	0,22	0,26	0,31
Lazio	0,63	0,45	0,43	0,36	0,34	0,30	0,30	0,42	0,23	0,45
Abruzzo	0,92	0,77	0,60	0,50	0,54	0,67	0,67	0,30	0,54	0,31
Molise	0,70	1,01	0,43	0,84	1,27	0,40	0,40	0,92	0,53	0,33
Campania	0,65	0,35	0,42	0,33	0,32	0,13	0,13	0,20	0,22	0,40
Puglia	0,42	0,47	0,42	0,66	0,47	0,27	0,27	0,30	0,30	0,12
Basilicata	0,39	0,47	0,49	0,44	0,42	0,16	0,16	0,22	0,21	0,21
Calabria	0,51	0,36	0,35	0,28	0,33	0,32	0,32	0,24	0,27	0,29
Sicilia	0,20	0,18	0,20	0,20	0,20	0,11	0,11	0,15	0,15	0,12
Sardegna	1,16	1,42	0,98	1,30	1,30	0,41	0,41	0,28	0,41	1,21
<b>Italia</b>	<b>0,51</b>	<b>0,45</b>	<b>0,43</b>	<b>0,41</b>	<b>0,41</b>	<b>0,32</b>	<b>0,32</b>	<b>0,32</b>	<b>0,30</b>	<b>0,37</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia al 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 5** - Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere (diagnosi principale) per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe per regione. Maschi - Anno 2005

Regioni	Classi di età							
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	0,08	0,34	0,62	1,00	1,40	1,88	0,94	1,09
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	2,07	1,01	2,33	2,69	0,00	5,73
Lombardia	0,10	1,05	1,65	1,91	2,00	1,69	1,26	0,97
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,25</i>	<i>2,93</i>	<i>1,29</i>	<i>7,02</i>	<i>14,82</i>	<i>10,64</i>	<i>10,99</i>	<i>6,33</i>
<i>Trento</i>	<i>0,00</i>	<i>0,40</i>	<i>1,35</i>	<i>3,09</i>	<i>9,62</i>	<i>7,82</i>	<i>3,48</i>	<i>0,73</i>
Veneto	0,03	0,38	0,69	1,62	1,98	2,76	1,80	1,59
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,36	0,65	2,52	2,07	3,41	1,59	1,23
Liguria	0,23	1,09	1,65	2,16	2,22	2,59	1,07	1,21
Emilia-Romagna	0,00	1,16	1,44	1,83	1,05	1,91	1,09	1,03
Toscana	0,00	1,83	3,45	2,41	0,98	1,01	0,75	0,65
Umbria	0,00	1,15	0,68	0,67	0,55	0,00	0,67	0,59
Marche	0,00	0,38	0,64	1,82	1,04	1,75	1,81	0,53
Lazio	0,05	0,84	1,83	1,67	1,57	1,68	0,59	0,69
Abruzzo	0,00	1,45	2,35	1,73	1,70	2,03	1,89	1,33
Molise	0,00	0,50	4,28	5,63	7,59	7,34	1,20	0,84
Campania	0,13	0,96	1,92	2,89	2,74	1,48	0,51	0,25
Puglia	0,03	0,84	1,54	1,84	1,68	1,91	1,27	0,57
Basilicata	0,21	1,48	2,62	2,29	1,85	1,72	0,68	1,57
Calabria	0,00	0,62	2,25	2,29	3,13	2,25	1,57	1,56
Sicilia	0,00	0,38	1,80	1,62	1,77	1,19	0,37	0,56
Sardegna	0,00	0,63	1,72	3,55	3,15	3,25	2,84	0,69
<b>Italia</b>	<b>0,06</b>	<b>0,85</b>	<b>1,63</b>	<b>2,02</b>	<b>2,03</b>	<b>1,99</b>	<b>1,18</b>	<b>0,94</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 6** - Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere (diagnosi principale) per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe per regione. Femmine - Anno 2005

Regioni	Classi di età							
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	0,04	0,36	0,16	0,32	0,30	0,49	0,26	0,35
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,07	0,36	0,41	0,50	0,51	0,62	0,50	0,34
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,52</i>	<i>1,53</i>	<i>0,54</i>	<i>2,78</i>	<i>2,55</i>	<i>1,88</i>	<i>1,85</i>	<i>2,82</i>
<i>Trento</i>	<i>0,29</i>	<i>0,42</i>	<i>0,55</i>	<i>0,81</i>	<i>1,27</i>	<i>1,43</i>	<i>0,79</i>	<i>0,74</i>
Veneto	0,00	0,22	0,42	0,59	0,89	0,71	1,17	0,53
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,77	0,57	0,91	0,12	0,73	0,83	0,48
Liguria	0,50	0,64	0,75	1,13	0,92	0,94	0,77	0,73
Emilia-Romagna	0,00	0,17	0,63	0,73	0,59	0,38	0,44	0,67
Toscana	0,10	0,25	0,82	1,47	0,37	0,17	0,41	0,97
Umbria	0,00	0,48	0,51	0,84	0,18	0,37	0,19	0,55
Marche	0,33	0,26	0,28	0,09	0,31	0,11	0,55	0,54
Lazio	0,00	0,68	1,00	0,81	0,67	0,64	0,49	0,70
Abruzzo	0,00	0,97	1,49	1,07	1,43	0,56	0,53	1,25
Molise	0,00	0,00	0,00	1,30	3,37	0,00	0,50	0,00
Campania	0,14	0,62	0,83	1,03	0,59	0,86	0,57	0,39
Puglia	0,06	0,33	0,47	0,57	0,49	0,32	0,65	0,55
Basilicata	0,22	0,78	0,44	0,45	0,27	0,32	0,29	0,36
Calabria	0,06	1,00	0,33	0,88	0,63	0,29	0,48	0,45
Sicilia	0,00	0,42	0,42	0,19	0,16	0,15	0,08	0,09
Sardegna	0,09	1,62	1,74	1,63	1,34	0,83	1,11	0,59
<b>Italia</b>	<b>0,07</b>	<b>0,51</b>	<b>0,61</b>	<b>0,73</b>	<b>0,59</b>	<b>0,54</b>	<b>0,54</b>	<b>0,54</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il tasso di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche legato all'abuso di sostanze stupefacenti può fornire un quadro abbastanza diretto della gravità dell'abuso di sostanze psicoattive (legali o illegali).

Si tratta, infatti, sia in diagnosi principale che secondaria, di quadri clinici che o hanno causato direttamente il ricovero o lo hanno indirettamente causato o complicato in modo tale da richiederne una specifica segnalazione in cartella e sulla scheda di dimissione. Il quadro italiano non è confortante: anche se il trend presentato dai dati grezzi pare, almeno per quanto riguarda il sesso maschile, in diminuzione, pur tuttavia esiste una rilevante variabilità regionale che non evidenzia alcun trend geografico.

I tassi standardizzati poi aggravano un quadro di per sé non esaltante dimostrando come il fenomeno non sia in diminuzione ma, anzi, in alcune regioni, in forte crescita.

Una particolare segnalazione merita la evidenziata differenza di genere: il genere femminile, seppur meno interessato dal fenomeno, non presenta tuttavia

segnali di riduzione, neanche dall'analisi dei tassi grezzi, in quasi tutte le regioni.

È particolarmente rilevante, poi, l'interessamento delle fasce d'età più anziane, in tutto il Paese ma, soprattutto, laddove il consumo alcolico presenta forti radici culturali.

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, condotti spesso in modo generico, dovrebbero tenere in debita considerazione i dati regionali ed essere maggiormente mirati alle popolazioni più interessate dal fenomeno 'abuso' che non sono necessariamente rappresentate da adolescenti o giovani adulti. Anche la prevenzione dedicata al genere femminile dovrebbe poter trovare nuove vie di comunicazione in grado di catturare un mondo di consumatrici di sostanze che è particolarmente sommerso e, quindi, forse poco sensibile ai consueti messaggi.

Proprio in tal senso è importante che localmente si dia ampio spazio alla raccolta ed all'analisi di dati per genere e fascia d'età utili ad un monitoraggio continuo della problematica che permetta rapidi cambi di direzione delle attività preventive.

## Mortalità per abuso di stupefacenti

**Significato.** Nella popolazione italiana l'abuso di determinate sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. L'indicatore qui considerato misura, nella classe di età maggiormente toccata dal fenomeno consumo (15-44 anni), il tasso di mortalità direttamente

correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti, escludendo i decessi non direttamente riconducibili all'assunzione. Tale indicatore misura, quindi, la mortalità per overdose, rappresentando anche un indice dell'efficacia del servizio sanitario nello svolgere un'adeguata attività di prevenzione secondaria.

Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per abuso di stupefacenti di età compresa tra 15 e 44 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'indicatore qui considerato, relativo esclusivamente al tasso di mortalità direttamente legato all'assunzione di sostanze stupefacenti nella classe 15-44 anni, risulta importante per valutare l'impatto sulla salute delle più gravi forme di consumo di sostanze stupefacenti e per monitorare i trend nel consumo di droghe. L'indicatore suddetto rappresenta anche un buon *proxi* della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio.

I dati considerati, provenienti dall'attività quotidiana sul territorio delle Forze di Polizia ed elaborati dai Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, hanno il vantaggio di rappresentare un quadro completo e veritiero di tutta la realtà italiana; infatti, la maggior parte degli studi realizzati prendono in considerazione solo campioni rappresentativi della popolazione. Limite di questi dati sta nella prevedibile mancanza dei casi per i quali non siano state interessate le Forze di Polizia; casi, comunque, che risultano in numero molto limitato essendo la morte per overdose routinariamente trasmessa alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale. Le morti per overdose, tuttavia, non possono rappresentare un indice omnicomprensivo della mortalità dovuta al consumo di sostanze stupefacenti: rimangono, infatti, escluse le morti indirettamente riconducibili all'assunzione di sostanze stupefacenti (incidenti, malattie infettive, morti violente). Inoltre, le oscillazioni nel numero dei decessi, in particolare nelle regioni a bassa densità di popolazione, possono modificare sostanzialmente i tassi di mortalità per overdose.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore medio nazionale per l'anno 2007 (2,46 per 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento.

### Descrizione dei risultati

A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Si rileva poi un tasso costante fino a fine 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 confermata nel 2005; la riduzione nel 2006 non viene confermata nel 2007, dove il tasso di mortalità torna ai livelli registrati nel 2004 e nel 2005.

I dati per l'anno 1996 mostrano una evidente variabilità interregionale con tassi più elevati nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi doppio rispetto alle regioni suddette. Successivamente la maggior parte delle regioni rispecchia maggiormente il trend nazionale con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale; solo il Molise e l'Umbria, se ne discostano, mostrando un andamento simile ed altalenante.

Nel 2007 le regioni che mostrano tassi più elevati sono le regioni del Centro (Lazio, Campania, Umbria e Marche) con un picco per quanto riguarda l'Umbria, in crescita rispetto agli anni precedenti. Tassi particolarmente bassi si riscontrano in alcune regioni del Sud (Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia), oltre a Piemonte e Molise (Tabella 1).

Se si considerano i dati italiani disaggregati per sesso, in diverse classi tra i 15 e 39 anni, è evidente che, in tutti gli anni considerati, il tasso di mortalità è sempre notevolmente inferiore nelle donne rispetto agli uomini. I dati disaggregati rispecchiano il trend temporale evidenziato nei dati aggregati, per tutti gli anni considerati. Esaminando i tassi nelle fasce di età, i valori più alti si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia compresa fra i 30 e i 34 anni, sia negli uomini che nelle donne. Le differenze tra uomini e donne sono massime nella classe 25-29 anni e minime nelle classi 15-19 e 20-24 anni, in tutti gli anni considerati (Tabella 2).

**Tabella 1** - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe 15-44 anni per regione - Anni 1996-2007

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39	1,98	1,09
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01	0,00	2,02
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06	1,03	1,42
Trentino-Alto Adige*	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72	0,98	1,72
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46	1,44	2,32
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94	1,52	1,75
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19	4,03	2,66
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09	2,76	2,88
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59	2,23	2,90
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52	7,17	11,41
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67	3,50	4,19
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88	4,85	4,70
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08	1,89	1,52
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30	1,55	0,78
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51	3,21	4,43
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74	0,96	1,10
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59	2,81	0,41
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50	0,94	1,07
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22	0,76	0,91
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92	1,82	2,13
<b>Italia</b>	<b>6,31</b>	<b>4,71</b>	<b>4,40</b>	<b>4,08</b>	<b>4,19</b>	<b>3,42</b>	<b>2,17</b>	<b>2,17</b>	<b>2,50</b>	<b>2,52</b>	<b>2,15</b>	<b>2,46</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Interno, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Annuale 2007 (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti per classe d'età e sesso - Anni 2003-2007

Classi di età	Sesso	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	Maschi	0,74	0,94	0,81	0,67	0,53
	Femmine	0,35	0,21	0,14	0,14	0,21
20-24	Maschi	2,33	3,38	2,50	1,98	2,21
	Femmine	0,31	0,38	0,32	0,39	0,60
25-29	Maschi	4,48	5,03	4,55	3,94	4,73
	Femmine	0,49	0,55	0,31	0,43	0,44
30-34	Maschi	4,71	6,51	5,93	4,51	5,11
	Femmine	0,80	0,35	0,35	0,57	0,40
35-39	Maschi	4,29	5,66	6,64	5,31	4,83
	Femmine	0,55	0,54	0,58	0,55	0,29

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Interno, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Annuale 2007 (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla Relazione annuale 2007 dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si evidenzia un trend europeo diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da Paese a Paese. Nel periodo 1990-2000, nonostante il decremento registrato in alcuni Paesi, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti Paesi dell'UE riferiscono diminuzioni del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti, forse grazie a un aumento dell'offerta di servizi o a variazioni intervenute nel numero di consumatori di eroina per via parenterale. Questo andamento positivo tuttavia si è interrotto nel 2004 e nel 2005. Solo 10 Paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una diminuzione del 5% pari a solo un terzo del calo

osservato nel 2002; si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi correlati al consumo di stupefacenti tra il 2000 e il 2002 siano venuti meno nel 2003 con il rischio reale di un'interruzione del nuovo trend positivo.

Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di mortalità in Italia è già in atto dal 1996 grazie soprattutto al calo di assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con *shift* verso sostanze la cui assunzione per vie diverse da quella parenterale ne riduce il rischio di overdose, all'aumento e alla fornitura adeguata di servizi terapeutici, capaci di diffondere in particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale e i comportamenti a rischio correlati, con

una conseguente riduzione dei decessi da abuso. Dal 2002 si assiste ad una sostanziale stabilizzazione del dato, con oscillazioni probabilmente dovute ad una variabilità casuale. Di fronte ad una inversione di tendenza nella riduzione delle morti per overdose, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale

riduzione dei decessi correlati alla droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale con lo scopo di recuperare una maggior attenzione delle Istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare, in maniera efficace, l'andamento delle dimissioni ospedaliere per patologie inerenti la sfera psichiatrica. Tale indicatore è dato dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi con diagnosi primaria di disturbo psichico, sia da ospedali per acuti che da case di cura convenzionate, e la popolazione media residente nel medesimo periodo di tempo considerato (un anno solare). I codi-

ci di dimissione che vengono presi in considerazione sono quelli che vanno dal 290 al 319 secondo la classificazione ICD-9-CM.

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per età, sia per gli uomini che per le donne, nel periodo tra il 2002 ed il 2006 per poter evidenziare in modo più appropriato la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

**Validità e limiti.** È importante sottolineare come il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici, pur rappresentando in maniera efficace l'andamento delle dimissioni ospedaliere per patologie inerenti la sfera psichiatrica, non descrive in modo esaustivo lo stato complessivo del livello di salute mentale nella popolazione: non vengono considerati, infatti, tutti quei pazienti gestiti nei diversi servizi territoriali che dipendono dai Dipartimenti di Salute Mentale, sia di tipo residenziale che di tipo diurno. Inoltre, la corrispondenza tra il tasso di ricovero e la percentuale di persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è perfetta, poiché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare da anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Tuttavia, in mancanza di dati concreti che provengano dai registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale (attualmente in fase di implementazione in tutte le regioni), questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In mancanza di valori di benchmark validati, per poter analizzare l'andamento del fenomeno sia a livello nazionale

che nel dettaglio regionale, è opportuno considerare in questa sede come valore standard di riferimento il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Il tasso standardizzato medio nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è sostanzialmente in linea con il tasso grezzo.

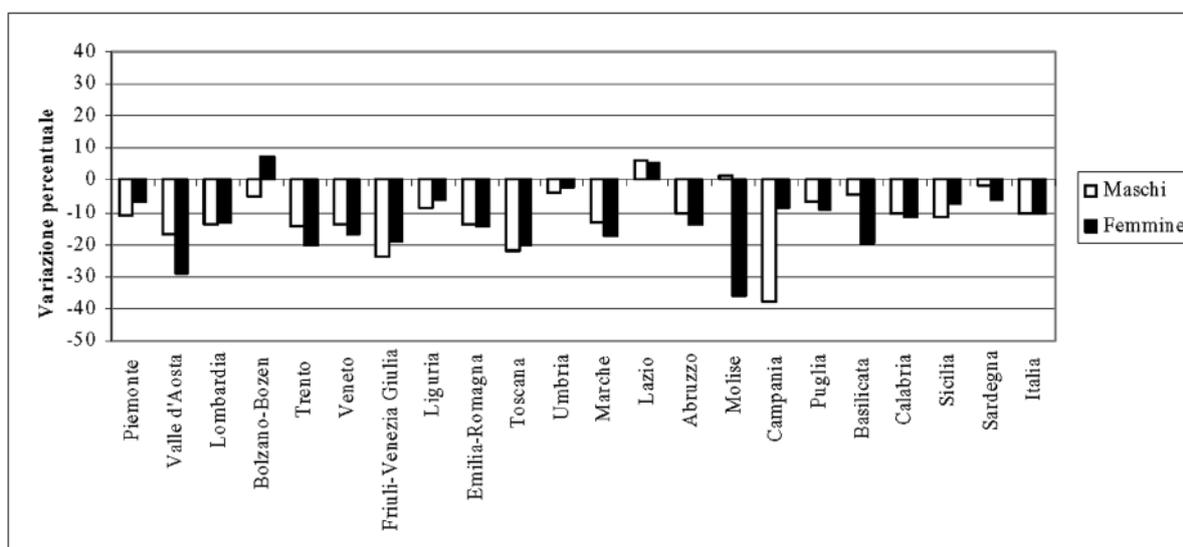
L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore (Grafico 1) evidenzia, anche in questo caso, una certa diminuzione del tasso a livello nazionale. Si può notare una riduzione del tasso standardizzato nella maggior parte delle regioni ed in entrambi i sessi, con alcune eccezioni: nel Lazio si sono osservati, nel 2006, tassi di ospedalizzazione superiori al 5% rispetto a quelli dell'anno 2002, per entrambi i sessi. Nella Provincia Autonoma di Bolzano, l'incremento dei ricoveri per disturbi psichiatrici nell'arco di tempo compreso tra il 2002 ed il 2006 ha riguardato solo il sesso femminile. Infine, un'ultima considerazione partendo dall'analisi del dato sulle macroaree (Nord, Centro e Sud): sia per ciò che riguarda il dato grezzo che quello standardizzato non si evincono chiare differenze di tipo geografico; tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea.

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e variazioni percentuali, per regione e sesso - Anni 2002, 2006

Regioni	Maschi			Femmine		
	2002	2006	Δ % 2002-2006	2002	2006	Δ % 2002-2006
Piemonte	50,42	44,88	-11,0	49,42	46,17	-6,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	82,87	68,81	-17,0	69,09	48,93	-29,2
Lombardia	52,74	45,34	-14,0	55,18	47,96	-13,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>88,26</i>	<i>83,68</i>	<i>-5,2</i>	<i>90,82</i>	<i>97,18</i>	<i>7,0</i>
<i>Trento</i>	<i>51,67</i>	<i>44,37</i>	<i>-14,1</i>	<i>55,72</i>	<i>44,49</i>	<i>-20,2</i>
Veneto	50,68	43,78	-13,6	54,01	45,05	-16,6
Friuli-Venezia Giulia	34,73	26,42	-23,9	34,86	28,14	-19,3
Liguria	78,03	71,60	-8,2	78,61	73,91	-6,0
Emilia-Romagna	49,56	42,72	-13,8	55,90	48,00	-14,1
Toscana	44,68	34,91	-21,9	48,03	38,31	-20,2
Umbria	35,60	34,14	-4,1	36,40	35,61	-2,2
Marche	54,81	47,65	-13,1	47,99	39,76	-17,1
Lazio	68,81	72,95	6,0	63,71	67,21	5,5
Abruzzo	98,06	87,82	-10,4	87,39	75,27	-13,9
Molise	62,83	63,79	1,5	82,34	52,63	-36,1
Campania	69,80	43,53	-37,6	36,98	33,92	-8,3
Puglia	46,06	42,86	-6,9	42,19	38,31	-9,2
Basilicata	49,24	47,06	-4,4	48,44	39,08	-19,3
Calabria	63,49	56,85	-10,5	55,42	49,18	-11,3
Sicilia	78,24	69,38	-11,3	68,59	63,75	-7,1
Sardegna	52,82	51,89	-1,8	47,32	44,50	-6,0
<b>Italia</b>	<b>56,32</b>	<b>50,64</b>	<b>-10,1</b>	<b>54,17</b>	<b>48,73</b>	<b>-10,0</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anni 2006, 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anni 2006, 2008.

**Grafico 1** - Variazione percentuale dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici, per regione e sesso - Anni 2002, 2006

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anni 2006, 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anni 2006, 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Dall'analisi dei dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2002-2006, si conferma una tendenza al miglioramento anche se, nell'ultimo anno, si è ridotta l'entità di tale progresso. I cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), hanno raggiunto, almeno in parte, alcuni degli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, etc.). È opportuno esplicitare che il decremento del numero di ricoveri appare dovuto, con ogni probabilità alla crescita ed al miglioramento dei servizi territoriali.

Risulta chiaro, in ogni caso, che vi sono ulteriori margini di progresso, che potranno raggiungersi tramite il completamento di tutte le strategie di controllo previste dallo stesso Progetto Obiettivo, così come attraverso tutti gli altri atti di programmazione nazionale e regionale finalizzati a promuovere interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio.

Nello specifico, risulta strategicamente indispensabile investire sulle attività di integrazione dei Servizi Sanitari alternativi all'ospedale (Medici di Medicina Generale, servizi socio-assistenziali territoriali, associazioni di familiari e di volontariato, attività di reinserimento lavorativo, etc.), per permettere ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie che, com'è noto, rappresentano la causa principale degli episodi di ospedalizzazione.

## Ospedalizzazione per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe

**Significato.** Questo indicatore fa riferimento all'effetto diretto ed indiretto del ricovero ospedaliero a causa dell'abuso di sostanze come alcol e droghe. I dati presentati sono relativi agli anni 2001-2006 e sono suddivisi a seconda della diagnosi principale e secondaria. I dati relativi alla diagnosi principale (codici ICD-9-CM 291-292) forniscono un'indicazione diretta

rispetto alla gravità del quadro clinico conseguente all'abuso, mentre le diagnosi secondarie, seppur riconducibili a patologie collaterali, danno conto dell'impatto economico sul ricovero stesso. I dati sono espressi per regione e per genere consentendo confronti per area e la valutazione del trend temporale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe\*

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

Dimissioni per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe  
Popolazione media residente

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

**Validità e limiti.** I dati, provenienti dall'analisi delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO), sono completi e confrontabili. Solo per quanto riguarda la diagnosi secondaria essi possono essere influenzati dall'accuratezza e buona qualità della compilazione della cartella clinica, non rappresentando la diagnosi secondaria un campo obbligatorio. È tuttavia verosimile che l'uso e l'abuso di sostanze sia, comunque, adeguatamente segnalato.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non sono presenti riferimenti europei equiparabili e confrontabili. Il benchmark, quindi, può essere rilevato nel dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Relativamente al tasso standardizzato di dimissione per psicosi da consumo di sostanze in diagnosi principale si individua una progressiva riduzione nei valori, sia per quanto riguarda il genere maschile che quello femminile. In alcune regioni, tuttavia, il trend appare sostanzialmente immutato o addirittura invertito con un aumento dall'anno 2001 al 2006: in particolare, ci si riferisce a Liguria e Umbria per il genere maschile e a Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Marche, Puglia, Sicilia e Sardegna per quanto riguarda il genere femminile.

Anche i dati relativi alla presenza di comorbidità in diagnosi secondaria evidenziano un trend nazionale in diminuzione, seppur meno marcato: il dato medio

nazionale passa da 0,95 a 0,80 per 10.000 in 6 anni per gli uomini e da 0,32 a 0,29 per 10.000 per le donne. Anche in questo caso, in molte regioni, si segnalano aumenti nel tasso di dimissione: per gli uomini in PA di Bolzano, Liguria, Basilicata, Sicilia e Sardegna; per le donne in PA di Bolzano, PA di Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Molise, Campania e Puglia. Rimane limitato, per quanto riguarda le dimissioni in diagnosi secondaria, il numero di regioni che si caratterizzano per valori sensibilmente in diminuzione.

Naturalmente, il trend in diminuzione e le disomogeneità regionali permangono in entrambi i sessi quando diagnosi principale e secondaria sono associate.

Dai tassi specifici per età, riportati per l'anno 2006, emerge come i valori più alti a livello nazionale si ritrovino non tanto nelle fasce d'età adolescenziali, ma soprattutto nei soggetti dai 35 ai 54 anni, sia nel genere maschile sia, seppur in modo meno marcato, nel genere femminile. L'andamento, se si esclude la fascia 0-14 anni (chiaramente poco toccata dal fenomeno), assume una forma gaussiana. La variabilità regionale risulta, generalmente, ampia. Si può comunque individuare in alcune regioni, tradizionalmente più a rischio per il consumo alcolico (PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Liguria), una particolare rilevanza del ricovero per psicosi in diagnosi principale nella fascia d'età menzionata in precedenza (35-54 anni) e nella fascia 56-64 anni, soprattutto nel genere maschile.

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Maschi - Anni 2001-2006

Regioni	Diagnosi principale						Diagnosi secondaria						Totale					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,89	1,08	0,97	0,76	0,71	0,84	0,81	0,81	0,80	0,82	0,87	0,80	1,70	1,89	1,77	1,58	1,58	1,64
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,58	1,63	1,85	1,12	1,22	1,39	2,66	2,66	2,00	2,09	2,31	1,30	4,24	4,29	3,85	3,21	3,53	2,69
Lombardia	1,36	1,11	1,15	1,23	1,22	0,94	1,30	1,30	1,12	1,07	1,04	0,99	2,66	2,41	2,27	2,30	2,26	1,93
Bolzano-Bozen	6,52	5,36	4,93	4,69	4,47	4,40	1,84	1,84	2,34	4,00	3,6	4,05	8,36	7,20	7,27	8,69	8,07	8,45
Trento	3,35	2,35	1,64	1,86	2,09	1,74	2,82	2,82	3,32	2,46	1,95	2,10	6,17	5,17	4,96	4,32	4,04	3,84
Veneto	1,31	1,18	1,11	1,15	0,90	0,99	1,43	1,43	1,25	1,26	1,29	0,93	2,74	2,61	2,36	2,41	2,19	1,92
Friuli-Venezia Giulia	1,47	1,28	1,26	1,44	1,31	1,38	2,57	2,57	1,57	1,41	1,65	1,45	4,04	3,85	2,83	2,85	2,96	2,83
Liguria	1,55	1,70	1,92	2,07	2,36	2,29	1,18	1,18	0,93	1,28	0,9	1,28	2,73	2,88	2,85	3,35	3,26	3,57
Emilia-Romagna	1,20	0,89	0,87	0,86	0,84	0,83	0,86	0,86	0,75	0,95	0,74	0,73	2,06	1,75	1,62	1,81	1,58	1,56
Toscana	1,49	1,28	0,79	0,64	0,62	0,64	0,53	0,53	0,49	0,49	0,46	0,47	2,02	1,81	1,28	1,13	1,08	1,11
Umbria	0,53	0,38	0,88	0,57	0,54	0,51	0,56	0,56	0,60	0,51	0,42	0,25	1,09	0,94	1,48	1,08	0,96	0,76
Marche	0,99	0,89	0,98	0,79	1,01	0,85	0,61	0,61	0,74	0,65	0,49	0,61	1,60	1,50	1,72	1,44	1,50	1,46
Lazio	1,17	1,11	0,90	0,91	0,86	0,75	0,71	0,71	0,72	0,68	0,62	0,61	1,88	1,82	1,62	1,59	1,48	1,36
Abruzzo	1,56	1,63	2,12	1,62	1,34	1,16	0,88	0,88	1,32	1,20	1,18	0,77	2,44	2,51	3,44	2,82	2,52	1,93
Molise	3,65	3,62	2,52	3,42	3,08	1,85	2,37	2,37	1,86	1,79	2,35	1,76	6,02	5,99	4,38	5,21	5,43	3,61
Campania	1,48	1,52	1,70	1,42	1,22	1,23	0,54	0,54	0,57	0,51	0,45	0,50	2,02	2,06	2,27	1,93	1,67	1,73
Puglia	1,25	1,14	0,99	1,04	1,05	1,02	0,72	0,72	0,55	0,49	0,57	0,63	1,97	1,86	1,54	1,53	1,62	1,65
Basilicata	1,60	1,55	1,17	0,99	1,24	1,33	0,79	0,79	0,49	0,76	0,81	0,93	2,39	2,34	1,66	1,75	2,05	2,26
Calabria	1,74	1,44	1,21	1,00	1,13	1,21	1,01	1,01	0,74	0,61	0,78	0,85	2,75	2,45	1,95	1,61	1,91	2,06
Sicilia	1,03	1,07	0,94	0,90	0,72	0,80	0,34	0,34	0,57	0,48	0,39	0,40	1,37	1,41	1,51	1,38	1,11	1,20
Sardegna	2,03	1,89	1,95	1,67	1,76	1,91	0,96	0,96	0,82	0,87	0,96	1,27	2,99	2,85	2,77	2,54	2,72	3,18
<b>Italia</b>	<b>1,37</b>	<b>1,26</b>	<b>1,19</b>	<b>1,13</b>	<b>1,08</b>	<b>1,03</b>	<b>0,95</b>	<b>0,95</b>	<b>0,88</b>	<b>0,87</b>	<b>0,83</b>	<b>0,80</b>	<b>2,32</b>	<b>2,21</b>	<b>2,07</b>	<b>2,00</b>	<b>1,91</b>	<b>1,83</b>

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, SDO, Anno 2009 - Istat, Health For All-Italia per la popolazione, Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe in diagnosi principale e secondaria per regione. Femmine - Anni 2001-2006

Regioni	Diagnosi principale						Diagnosi secondaria						Totale					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,27	0,41	0,39	0,27	0,43	0,35	0,34	0,34	0,35	0,33	0,31	0,32	0,67	0,78	0,84	0,66	0,80	0,74
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,16	1,40	0,40	0,65	1,25	0,29	0,60	0,60	0,78	0,15	1,21	0,26	0,82	1,91	1,30	0,80	2,56	0,64
Lombardia	0,41	0,38	0,35	0,33	0,36	0,31	0,41	0,41	0,34	0,31	0,31	0,34	0,85	0,80	0,72	0,67	0,70	0,69
Bolzano-Bozen	1,74	1,61	1,32	1,35	1,86	0,70	0,35	0,35	0,78	1,09	0,87	0,54	2,04	1,92	2,06	2,33	2,68	1,26
Trento	0,78	0,56	0,46	0,29	0,61	0,45	0,42	0,42	0,34	0,36	0,29	0,50	1,19	0,99	0,76	0,72	0,94	1,01
Veneto	0,55	0,44	0,47	0,39	0,38	0,39	0,53	0,53	0,39	0,43	0,37	0,33	1,12	0,98	0,90	0,87	0,81	0,77
Friuli-Venezia Giulia	0,54	0,29	0,30	0,43	0,35	0,38	0,55	0,55	0,47	0,36	0,49	0,36	1,20	0,87	0,87	0,88	0,90	0,84
Liguria	0,80	0,76	0,69	0,88	0,81	0,91	0,42	0,42	0,68	0,55	0,60	0,70	1,40	1,20	1,54	1,50	1,40	1,61
Emilia-Romagna	0,45	0,42	0,33	0,31	0,29	0,31	0,29	0,29	0,32	0,32	0,34	0,35	0,82	0,73	0,68	0,69	0,69	0,68
Toscana	0,58	0,52	0,52	0,36	0,33	0,26	0,26	0,26	0,20	0,16	0,21	0,16	0,91	0,78	0,78	0,58	0,60	0,47
Umbria	0,39	0,28	0,66	0,41	0,33	0,20	0,13	0,13	0,30	0,10	0,12	0,20	0,54	0,43	1,02	0,55	0,47	0,40
Marche	0,29	0,27	0,28	0,38	0,31	0,31	0,27	0,27	0,22	0,26	0,31	0,31	0,60	0,56	0,56	0,69	0,70	0,69
Lazio	0,63	0,45	0,43	0,36	0,34	0,37	0,30	0,30	0,42	0,23	0,30	0,21	0,94	0,76	0,89	0,63	0,68	0,61
Abruzzo	0,92	0,77	0,60	0,50	0,54	0,38	0,67	0,67	0,30	0,54	0,42	0,26	1,61	1,47	0,97	1,12	1,04	0,71
Molise	0,70	1,01	0,43	0,84	1,27	0,61	0,40	0,40	0,92	0,53	0,45	0,43	1,09	1,37	1,39	1,34	1,76	1,16
Campania	0,65	0,35	0,42	0,33	0,32	0,33	0,13	0,13	0,20	0,22	0,14	0,20	0,75	0,46	0,59	0,53	0,45	0,52
Puglia	0,42	0,47	0,42	0,66	0,47	0,47	0,27	0,27	0,30	0,30	0,33	0,36	0,67	0,73	0,70	0,96	0,81	0,83
Basilicata	0,39	0,47	0,49	0,44	0,42	0,33	0,16	0,16	0,22	0,21	0,24	0,31	0,55	0,62	0,72	0,66	0,66	0,66
Calabria	0,51	0,36	0,35	0,28	0,33	0,46	0,32	0,32	0,24	0,27	0,49	0,24	0,83	0,68	0,59	0,55	0,81	0,69
Sicilia	0,20	0,18	0,20	0,20	0,20	0,19	0,11	0,11	0,15	0,15	0,12	0,13	0,30	0,29	0,35	0,35	0,31	0,33
Sardegna	1,16	1,42	0,98	1,30	1,30	1,27	0,41	0,41	0,28	0,41	0,40	0,46	1,59	1,86	1,29	1,75	1,74	1,79
<b>Italia</b>	<b>0,51</b>	<b>0,45</b>	<b>0,43</b>	<b>0,41</b>	<b>0,41</b>	<b>0,38</b>	<b>0,32</b>	<b>0,32</b>	<b>0,32</b>	<b>0,30</b>	<b>0,31</b>	<b>0,29</b>	<b>0,86</b>	<b>0,78</b>	<b>0,77</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>	<b>0,71</b>

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, SDO, Anno 2009 - Istat, Health For All-Italia per la popolazione, Anno 2008.

**Tabella 3** - Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere (diagnosi principale) per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe per regione. Maschi - Anno 2006

Regioni	Classi di età							
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	0,07	0,03	0,05	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,80	2,26	4,52	1,13	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,00	0,90	0,97	1,71	1,50	0,83	0,87	0,49
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,00</i>	<i>5,08</i>	<i>1,16</i>	<i>3,20</i>	<i>4,41</i>	<i>10,69</i>	<i>7,39</i>	<i>6,58</i>
<i>Trento</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>1,63</i>	<i>3,92</i>	<i>5,33</i>	<i>1,83</i>	<i>1,84</i>
Veneto	0,03	0,58	0,86	1,09	1,76	1,93	0,76	0,93
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,39	0,48	1,67	2,64	3,84	1,08	1,10
Liguria	0,11	2,20	3,80	3,04	3,81	2,69	1,03	0,52
Emilia-Romagna	0,04	0,74	1,07	1,00	1,16	1,22	0,85	0,39
Toscana	0,00	0,63	0,85	0,95	1,16	0,44	0,46	0,44
Umbria	0,00	0,24	0,51	1,04	0,87	0,38	0,00	1,02
Marche	0,00	0,40	1,31	1,47	1,47	0,45	1,12	0,15
Lazio	0,08	0,51	1,13	1,12	1,39	0,61	0,39	0,51
Abruzzo	0,11	0,56	1,31	1,37	1,61	2,15	1,07	1,13
Molise	0,00	0,00	1,79	4,58	3,22	1,12	2,48	0,73
Campania	0,02	0,43	1,36	2,78	2,02	1,44	0,54	0,66
Puglia	0,06	0,58	1,62	1,97	1,30	0,97	0,52	0,63
Basilicata	0,00	0,54	1,65	1,32	3,05	1,62	1,75	0,44
Calabria	0,06	0,37	1,05	2,19	2,36	1,40	0,89	1,16
Sicilia	0,02	0,80	1,13	1,56	1,24	0,68	0,23	0,30
Sardegna	0,09	1,66	2,43	3,09	2,52	1,71	1,89	1,54
<b>Italia</b>	<b>0,04</b>	<b>0,70</b>	<b>1,17</b>	<b>1,68</b>	<b>1,67</b>	<b>1,29</b>	<b>0,80</b>	<b>0,67</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Tabella 4** - Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere (diagnosi principale) per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe per regione. Femmine - Anno 2006

Regioni	Classi di età							
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	0,04	0,11	0,28	0,40	0,73	0,21	0,61	0,51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	1,40	0,00
Lombardia	0,03	0,33	0,32	0,45	0,40	0,35	0,32	0,29
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,00</i>	<i>0,39</i>	<i>0,30</i>	<i>0,25</i>	<i>0,65</i>	<i>1,47</i>	<i>1,73</i>	<i>1,66</i>
<i>Trento</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,30</i>	<i>0,00</i>	<i>1,16</i>	<i>1,00</i>	<i>0,77</i>	<i>0,65</i>
Veneto	0,06	0,09	0,67	0,48	0,28	0,51	0,50	0,60
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,00	0,13	0,21	1,34	0,12	1,06	0,34
Liguria	0,00	1,17	1,39	1,89	1,19	0,79	0,09	0,22
Emilia-Romagna	0,00	0,54	0,21	0,44	0,42	0,45	0,20	0,20
Toscana	0,00	0,33	0,21	0,28	0,20	0,25	0,40	0,57
Umbria	0,00	0,00	0,34	0,60	0,17	0,00	0,19	0,16
Marche	0,00	0,14	0,19	0,51	0,68	0,43	0,11	0,47
Lazio	0,05	0,38	0,31	0,33	0,68	0,41	0,32	0,64
Abruzzo	0,12	0,15	0,56	0,39	0,56	0,26	0,27	0,82
Molise	0,00	0,00	0,00	0,42	2,30	0,00	1,58	0,92
Campania	0,10	0,37	0,39	0,55	0,48	0,19	0,26	0,24
Puglia	0,03	0,28	0,73	0,89	0,48	0,45	0,19	0,55
Basilicata	0,00	0,00	0,49	0,88	0,50	0,00	0,00	0,60
Calabria	0,14	0,39	0,55	0,99	0,45	0,36	0,29	0,38
Sicilia	0,18	0,26	0,14	0,13	0,42	0,14	0,12	0,15
Sardegna	0,00	1,54	2,20	1,48	1,84	0,68	0,58	1,83
<b>Italia</b>	<b>0,06</b>	<b>0,34</b>	<b>0,44</b>	<b>0,52</b>	<b>0,56</b>	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	<b>0,45</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il tasso di dimissioni per sindromi psicotiche legato all'abuso di sostanze, riferendosi a quadri clinici che hanno causato direttamente il ricovero o lo hanno indirettamente causato o complicato, è in grado di fornirci un quadro abbastanza diretto e attendibile della gravità dell'abuso di sostanze psicoattive.

Il quadro italiano permane, anche alla luce dei dati più recenti, non particolarmente confortante. Sebbene i trend presentati dai tassi standardizzati appaiano in diminuzione, esiste una rilevante variabilità regionale con un preoccupante andamento in crescita in alcune regioni, con particolare riferimento alla diagnosi secondaria e al genere femminile. Quest'ultimo, infatti, seppur meno interessato dal fenomeno, non presenta segnali di riduzione sostanziale in quasi nessuna delle regioni.

È rilevante, inoltre, l'interessamento delle fasce d'età

più avanzate, soprattutto laddove il consumo alcolico presenta forti radici culturali.

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria dovrebbero tenere in debita considerazione i dati regionali ed essere maggiormente mirati alle sottopopolazioni più interessate dal fenomeno "abuso". Anche la prevenzione dedicata al genere femminile dovrebbe insistere nell'orientarsi verso nuovi canali di comunicazione capaci di coinvolgere un mondo di consumatrici abituali, purtroppo ancora e spesso sommerso.

In quest'ottica è importante che, localmente, si persista nel dare ampio spazio alla raccolta ed all'analisi di dati per genere e fascia d'età al fine di monitorare costantemente il fenomeno e fornire, quindi, indicazioni e spunti verso l'aggiornamento continuo delle attività preventive.

## Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

**Significato.** L'indicatore individuato, pur facendo riferimento solo all'utilizzo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici nella popolazione residente, è in grado di valutare, in modo indiretto, la frequenza di alcune patologie del Sistema Nervoso Centrale. I dati,

espressi su base regionale, danno la possibilità di effettuare un confronto interregionale e parallelamente un raffronto con il dato medio nazionale. Il trend temporale include i dati del periodo 2000-2008.

### Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*	
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	x 1.000

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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 7 fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

**Validità e limiti.** La variabilità dei consumi farmaceutici è attribuibile in parte alle diverse modalità di prescrizione dei medici e in parte alle caratteristiche delle popolazioni confrontate (in particolare età e sesso). Un adeguato sistema di pesi ha permesso di tenere in considerazione le differenze regionali determinate da questi fattori. Considerando che il *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) effettua una periodica revisione sistematica di tutte le DDD, alcuni valori possono variare da un anno all'altro e questo deve essere tenuto in considerazione al momento della lettura ed interpretazione del trend temporale.

I farmaci ipnotici sedativi e similari non sono rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, risultano più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del loro prezzo. Di conseguenza, nel computo totale dei farmaci, sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi e antipsicotici, che rispecchiano efficacemente la dimensione del disagio legato alla patologia psichiatrica.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le medie nazionali di consumo per i farmaci antipsicotici e antidepressivi, nei vari anni considerati, rappresentano i valori di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Relativamente ai farmaci antipsicotici (classe N05A), prevalentemente utilizzati per la terapia di schizofrenia e disturbi correlati, si assiste, a livello nazionale ad un trend in diminuzione dal 2000 al 2007 e 2008.

Tale trend può essere spiegato dall'introduzione sul mercato dei farmaci antipsicotici atipici. Tali farmaci, capaci di controllare maggiormente anche i sintomi negativi della schizofrenia (apatia, abulia, etc.) e uti-

lizzati per quadri non strettamente psicotici, hanno prima affiancato e, successivamente, sostituito i farmaci antipsicotici tipici. Le differenze di frequenze di utilizzo osservate sono da considerarsi rilevanti in quanto la gravità della patologia in questione presuppone, comunque, una frequenza bassa e scarsamente soggetta a sensibili fluttuazioni nel breve periodo.

Le ampie differenze interregionali riscontrate sono difficilmente interpretabili: dosi giornaliere superiori alla media nazionale potrebbero esprimere maggiori bisogni di salute, ma anche essere attribuibili a modalità di trattamento più orientate all'utilizzo del farmaco rispetto a terapie integrate, considerata la riconosciuta eterogeneità della rete psichiatrica nazionale. Nell'eziopatogenesi dei disturbi psicotici, l'influenza delle variabili socio-economiche, pare limitata e non sufficiente a spiegare le differenze interregionali riscontrate. Il gradiente Nord-Sud tende a livellarsi negli ultimi due anni di rilevazione seppur, anche nel 2008, permangono regioni del Centro-Sud dove i valori sono più che doppi rispetto alla media nazionale (Abruzzo e Calabria).

Per quanto riguarda la categoria dei farmaci antidepressivi (classe N06A) si evidenzia un trend nazionale in forte aumento. Tale crescita è attribuibile a diversi fattori: da un lato un aumentato disagio sociale che rimane, tuttavia, difficilmente quantificabile, dall'altro da alcuni oggettivi elementi di cambiamento.

Negli ultimi anni è proseguita l'opera di riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive, con un conseguente accesso sempre più disinvolto al supporto offerto dal Servizio Sanitario Nazionale. L'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia è progressivamente aumentata, con miglioramento dell'accuratezza diagnostica e incremento di un invio giustificato al medico specialista. La classe farmacologica si è, inoltre, arricchita

di nuovi principi attivi anche utilizzati (per i minori effetti collaterali) per il controllo di disturbi della sfera psichiatrica non strettamente depressivi (es. disturbi d'ansia). L'utilizzo sempre più frequente di questi farmaci nella terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative (in particolare di pazienti oncologici), è ulteriore elemento capace di contribuire alla spiegazione del trend in ascesa.

Tutte le regioni confermano un trend temporale cre-

scente, parallelo rispetto al dato nazionale. Le DDD più elevate si riscontrano, soprattutto, nelle regioni del Centro-Nord (in particolare Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana) con l'aggiunta di Umbria e Sardegna. Nelle regioni del Sud i valori risultano costantemente inferiori al dato nazionale. Tale differenza può trovare parziale spiegazione nei differenti stili di vita, diverse condizioni climatiche o un differente accesso ai servizi.

**Tabella 1** - Consumo di farmaci antipsicotici (in DDD/1.000 ab die) pesato per età e variazioni percentuali, per regione - Anni 2000, 2007, 2008

Regioni	2000	2007	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	0,01	3,55	3,54	-
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,71	1,65	1,78	-34,3
Lombardia	2,67	2,63	2,73	2,2
Trentino-Alto Adige	3,82	n.d.	n.d.	-
Bolzano-Bozen	n.d.	2,27	2,20	-
Trento	n.d.	2,18	2,09	-
Veneto	2,83	1,97	1,98	-30,0
Friuli-Venezia Giulia	1,99	1,53	1,47	-26,1
Liguria	3,14	2,04	2,06	-34,4
Emilia-Romagna	2,45	1,58	1,56	-36,3
Toscana	3,59	2,13	2,12	-40,9
Umbria	2,22	1,20	1,20	-45,9
Marche	2,88	2,04	2,12	-26,4
Lazio	3,31	4,15	2,46	-25,7
Abruzzo	3,63	5,81	6,13	68,9
Molise	3,46	3,06	3,70	6,9
Campania	3,53	3,00	3,15	-10,8
Puglia	3,77	3,13	3,26	-13,5
Basilicata	3,87	3,02	3,05	-21,2
Calabria	3,23	6,39	6,76	109,3
Sicilia	4,18	3,66	4,79	14,6
Sardegna	5,64	4,08	4,10	-27,3
<b>Italia</b>	<b>3,28</b>	<b>2,98</b>	<b>2,95</b>	<b>-10,1</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2009.

**Tabella 2** - Consumo di farmaci antidepressivi (in DDD/1.000 ab die) pesato per età e variazioni percentuali, per regione - Anni 2000, 2007, 2008

Regioni	2000	2007	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	0,02	33,39	35,62	-
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,29	29,56	31,42	331,0
Lombardia	6,51	28,39	30,04	361,4
Trentino-Alto Adige	10,73	n.d.	n.d.	-
Bolzano-Bozen	n.d.	38,82	40,58	-
Trento	n.d.	29,29	30,52	-
Veneto	7,37	29,52	30,91	319,4
Friuli-Venezia Giulia	5,52	26,02	27,02	389,5
Liguria	11,84	44,32	46,32	291,2
Emilia-Romagna	7,48	37,34	39,23	424,5
Toscana	10,01	49,47	52,37	423,2
Umbria	8,14	35,65	38,38	371,5
Marche	6,95	33,45	35,44	409,9
Lazio	9,97	31,86	32,61	227,1
Abruzzo	8,19	31,60	33,34	307,1
Molise	7,43	26,10	28,55	284,3
Campania	8,23	24,78	26,32	219,8
Puglia	7,68	25,51	27,55	258,7
Basilicata	7,61	24,61	26,96	254,3
Calabria	8,30	27,91	31,00	273,5
Sicilia	7,44	28,33	29,47	296,1
Sardegna	11,23	38,02	39,69	253,4
<b>Italia</b>	<b>8,18</b>	<b>31,81</b>	<b>33,55</b>	<b>310,1</b>

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La frequenza delle patologie del Sistema Nervoso Centrale, è quantificabile solo parzialmente attraverso l'indicatore proposto, in quanto, le dosi giornaliere prescritte possono dipendere non solo dal numero di soggetti affetti da patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema messo in campo a livello regionale e dalle correlate diverse modalità di trattamento. Comunque, date le stime internazionali sull'incre-

mento della patologia psichiatrica e il trend in aumento evidenziato a livello nazionale di utilizzo di farmaci antidepressivi, risulta improcrastinabile l'attivazione e il mantenimento nel tempo di flussi informativi efficaci su base regionale, capaci di identificare la quota sempre più elevata di soggetti che accedono al Servizio Sanitario Nazionale per patologie a carico del Sistema Nervoso Centrale.

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dell'evento "ricovero psichiatrico" all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nelle regioni. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti residenti in regione, dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate e sia per Ricovero Ordinario-RO o diurno) con diagnosi primaria di disturbo psi-

chico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM) ed il numero di soggetti residenti nello stesso periodo di tempo considerato (1 anno solare).

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per età, sia per gli uomini che per le donne, nel periodo tra il 2003 ed il 2008 per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\*

Numeratore	Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale (residenti, ricoveri ordinari e diurni)	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

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

**Validità e limiti.** Dal punto di vista strettamente epidemiologico i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che, per molte patologie ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti venga trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Inoltre, la corrispondenza tra il tasso di ricovero e la percentuale di persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è perfetta, poiché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare da anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei SPDC. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta, ancora oggi, il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

**Valore di riferimento/Benchmark.** È difficile pensare di poter effettuare confronti tra realtà differenti, perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica è difforme tra i diversi Paesi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in diversi Progetti Obiettivo (1, 2), il valore medio nazionale può essere adottato come valore standard di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici mostra una riduzione dall'anno 2003 all'anno 2008 (ultimo anno disponibile): il valore medio nazionale passa, infatti, dal 48,88 al 44,95 per 10.000. Nel 2008, le regioni che presentano i tassi più bassi sono il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Puglia, la Campania e la Toscana.

Nella Tabella 1 sono riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati sia per genere che per regione. Nell'anno 2008, alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale (in particolare la PA di Bolzano, la Liguria, l'Abruzzo, il Lazio, la Sicilia e la Valle d'Aosta). Al contrario, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria presentano i tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi rispetto alla media nazionale (rispettivamente, -38,6% e -25,5%).

Si evince, inoltre, come il tasso standardizzato medio nazionale (44,61 per 10.000) sia sovrapponibile, a grandi linee, al tasso grezzo (44,95 per 10.000), non riportato in tabella.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore (Grafico 1) tra i 2 anni messi a confronto evidenzia, come già accennato, una generale tendenza alla riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i generi, con alcune significative eccezioni. Occorre evidenziare, infatti, che sono stati registrati incrementi del suddetto indicatore per gli uomini in Umbria e per entrambi i generi nelle Marche, in Basilicata, in Calabria ed in Campania. In quest'ultima regione, nel 2008, sono stati effettuati circa il 40% di ricoveri in più rispetto al 2003, sebbene il tasso regionale permanga inferiore alla media nazionale, come del resto in quasi tutte le regioni sopracitate.

In generale, le differenze di ricovero per genere, in termini di tasso standardizzato medio nazionale, non sem-

brano sostanziali: tali valori, per gli uomini e per le donne, si attestano, rispettivamente, al 45,81 ed al 43,11 per 10.000.

Infine, se si esamina il dato sulle macroaree Nord, Centro e Sud, sia per quanto riguarda il dato grezzo che quello standardizzato, non si evincono sostanziali diffe-

renze di tipo geografico: tassi al di sopra della media nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea per entrambi i generi. Se si osserva, invece, il trend temporale si nota come tutte le regioni del Nord abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione al contrario di diverse regioni del Centro-Sud.

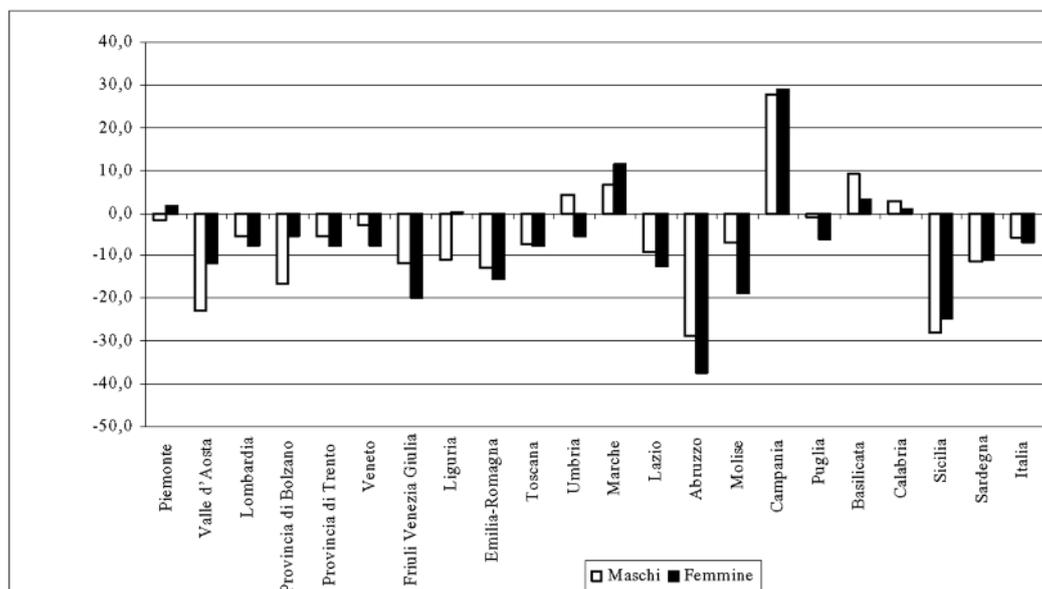
**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e variazioni percentuali, per regione e genere - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2008	Δ %	2003	2008	Δ %
Piemonte	43,42	42,68	-1,7	44,24	44,92	1,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	57,57	-18,7	53,20	47,64	-10,5
Lombardia	44,81	42,53	-5,1	46,57	43,21	-7,2
Bolzano-Bozen	83,89	72,10	-14,1	88,22	83,83	-5,0
Trento	43,53	41,33	-5,1	41,34	38,46	-7,0
Veneto	43,59	42,37	-2,8	45,39	42,17	-7,1
Friuli Venezia Giulia	31,48	28,15	-10,6	31,43	26,23	-16,5
Liguria	74,76	67,42	-9,8	70,69	70,74	0,1
Emilia-Romagna	43,66	38,71	-11,3	47,70	41,34	-13,3
Toscana	39,13	36,44	-6,9	41,01	38,09	-7,1
Umbria	33,08	34,54	4,4	33,50	31,82	-5,0
Marche	41,48	44,38	7,0	33,34	37,63	12,9
Lazio	66,00	60,43	-8,4	59,43	52,88	-11,0
Abruzzo	80,78	62,76	-22,3	73,79	53,77	-27,1
Molise	54,92	51,35	-6,5	54,66	46,07	-15,7
Campania	29,63	41,10	38,7	23,15	32,60	40,8
Puglia	39,34	38,94	-1,0	36,35	34,23	-5,8
Basilicata	45,09	49,55	9,9	40,64	41,92	3,1
Calabria	49,11	50,54	2,9	43,00	43,35	0,8
Sicilia	73,65	57,44	-22,0	63,39	50,80	-19,9
Sardegna	52,03	46,80	-10,1	43,72	39,37	-9,9
<b>Italia</b>	<b>48,45</b>	<b>45,81</b>	<b>-5,4</b>	<b>46,11</b>	<b>43,11</b>	<b>-6,5</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat.Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

**Grafico 1** - Variazioni percentuali dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici, per regione e genere - Anni 2003, 2008



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

In estrema sintesi, i dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2008, confermano la tendenza al miglioramento, già emersa negli anni precedenti, durante i quali l'entità del progresso era apparsa ridotta. Negli ultimi 2 anni, invece, riappare evidente il trend di riduzione del ricorso all'ospedalizzazione. Come rilevato in precedenza, i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), hanno raggiunto e sembrano continuare a farlo, perlomeno in parte, alcuni degli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). È, infatti, opportuno esplicitare che il decremento del numero di ricoveri appare dovuto, con ogni probabilità, alla crescita ed al miglioramento dei servizi territoriali. È altresì chiaro, tuttavia, che nelle regioni che hanno mostrato una crescita del tasso di ospedalizzazione permangono notevoli margini di miglioramento, anche in virtù dell'adozione delle misure citate. Sicuramente, ulteriori progressi potranno derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo già previste dal Progetto Obiettivo (1999-2000), sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio e sia mediante un potenziamento del-

l'integrazione tra i Servizi Sanitari e Sociali interessati. Vanno, infatti, ricordate le aree critiche del sistema, evidenziate anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale sono state sottolineate la disomogenea distribuzione dei vari servizi presenti sul territorio, nonché la mancanza di un sistema informativo standardizzato e consolidato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale, è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" con lo scopo di fornire un ulteriore impulso alle politiche di promozione, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva ed, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale, migliorando pertanto la qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona e all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_22\\_pagineAree\\_48\\_paragrafi\\_paragrafo\\_0\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_fileAllegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf).
- (2) DPR 01.09.1999 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000". Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf).

## Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

**Significato.** L'indicatore individuato, pur facendo riferimento solo all'utilizzo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici nella popolazione residente, è in grado di valutare, in modo indiretto e con i limiti segna-

lati nell'apposito paragrafo "Validità e limiti", la frequenza di alcune patologie del sistema nervoso centrale, nonché i cambiamenti del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella loro prescrizione.

### Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata** x 365}} \times 1.000$$

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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 7 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.** La variabilità dei consumi farmaceutici è attribuibile, in parte, alle diverse modalità di prescrizione dei medici ed in parte alle caratteristiche delle popolazioni confrontate (in particolare, età e genere). Un adeguato sistema di pesi ha permesso di tenere in considerazione le differenze regionali determinate da questi fattori. Considerando che il *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) effettua una periodica revisione sistematica di tutte le Dosi Definite Giornaliere (DDD), alcuni valori possono variare da un anno all'altro e questo deve essere tenuto in considerazione al momento della lettura e dell'interpretazione del trend temporale. I farmaci ipnotici sedativi e similari non sono rimborsabili dal SSN e, quindi, risultano più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del loro prezzo. Di conseguenza, nel computo totale dei farmaci, sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi ed antipsicotici rimborsabili dal SSN. Bisogna, inoltre, tenere in considerazione che, i farmaci antidepressivi, vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche.

I dati, espressi su base regionale, danno la possibilità di effettuare un confronto interregionale e, parallelamente, un raffronto con il dato medio nazionale. Il trend temporale include i dati del periodo 2000-2009. La possibilità di realizzare un serio confronto interregionale sul consumo di antidepressivi è ancora lontana, dal momento che l'indicatore utilizza, come fonte nazionale, le prescrizioni da parte del SSN e non pare al momento possibile una valutazione delle prescrizioni "out of pocket" su questa tipologia di farmaci così largamente utilizzata. Pertanto, risulta particolarmente complesso definire se, le differenze di utilizzo, siano dovute a differenti necessità o modalità di utilizzo delle possibilità offerte dal SSN.

Inoltre, i dati presentano altri limiti, relativamente al consumo di farmaci antidepressivi, che potrebbero

essere imputabili al fatto che, i dati a nostra disposizione, tengono conto, unicamente, dei farmaci prescritti dal SSN. Una variazione del consumo è da considerarsi relativamente ai farmaci rimborsati, non essendo possibile quantificare la variazione totale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le medie nazionali di consumo per i farmaci antipsicotici ed antidepressivi, nei vari anni considerati, rappresentano i valori di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda i farmaci antipsicotici (classe N05A), utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, si assiste, nell'ultimo anno, ad un lieve incremento del loro utilizzo.

Dopo un evidente trend in diminuzione, dal 2002 al 2008, nel 2009 si registra un aumento che può essere, parzialmente giustificato, dall'utilizzo degli antipsicotici atipici per i disturbi comportamentali nei pazienti anziani affetti da demenza, patologia in progressivo aumento in conseguenza dell'aumentare dell'aspettativa di vita (Tabella 1).

La maggiore disponibilità di farmaci antipsicotici, definiti atipici o di nuova generazione, ha indotto, infatti, un largo utilizzo di queste sostanze nei pazienti in evidente stato di decadimento cognitivo. I dati sono, probabilmente, destinati a modificarsi ulteriormente nei prossimi anni, come conseguenza delle revisioni sistematiche attualmente in corso poiché, nonostante si sia dimostrata una loro maggiore tollerabilità, si evidenzia la necessità di nuovi studi prima di consigliarne l'utilizzo di *routine* in questi pazienti. La variabilità interregionale è difficilmente interpretabile. Permane invariato il gradiente Nord-Sud, con regioni meridionali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Sardegna) che presentano valori doppi rispetto a quelle del Nord.

I dati potrebbero derivare dalle differenze regionali nell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza psichiatrica e delle differenti modalità di prescrizione nei vari territori regionali. Pur tuttavia, il dato del 2009, contraddittorio rispetto al trend in diminuzione evidenziato negli ultimi anni, va trattato con le dovute cautele anche alla luce della scarsa numerosità assoluta maggiormente soggetta a variazioni casuali.

Relativamente ai farmaci antidepressivi (N06A), si assiste ad un continuo aumento del loro utilizzo che interessa, indistintamente, tutte le regioni (Tabella 2). L'utilizzo di questi farmaci, anche per le forme depressive più lievi di ansia ed attacchi di panico, è spesso appannaggio dei Medici di Medicina Generale, più che degli specialisti, con una conseguente maggior diffusione nella popolazione.

Il loro crescente utilizzo può essere spiegato con i cambiamenti culturali poiché, patologie come ansia e depressione, sono meno stigmatizzate dalla popola-

zione, ma bisogna tenere in considerazione che questi farmaci vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche, come per la terapia del dolore, nei cui confronti si sta assistendo, nel nostro Paese, ad un cambiamento culturale nella prescrizione ed utilizzo dei farmaci.

Le regioni del Centro-Nord (in particolare, PA di Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) risultano avere maggiori consumi rispetto a quelle del Sud (Puglia, Basilicata, Molise) nelle quali si registra, comunque, un trend in aumento, tranne che per la Sardegna, i cui consumi si avvicinano a quelli delle regioni settentrionali. Tale differenza potrebbe essere spiegata da un diverso utilizzo dei servizi psichiatrici e dai diversi stili di vita.

Il cambiamento culturale sopra evidenziato ha, però, implicazioni differenti nelle varie regioni che vedono utilizzi diversi del SSN.

**Tabella 1** - Consumo pesato per età (in DDD/1.000 ab/die) di farmaci antipsicotici (classe N05A) per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44	1,65	1,78	1,83
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78
Trentino-Alto Adige	3,82	3,97	3,95	3,50	3,66	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05
Friuli Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59	1,53	1,47	1,40
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08
<b>Italia</b>	<b>3,28</b>	<b>3,88</b>	<b>3,87</b>	<b>3,67</b>	<b>3,67</b>	<b>3,66</b>	<b>3,49</b>	<b>2,98</b>	<b>2,95</b>	<b>3,01</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Anno 2010.

**Tabella 2** - Consumo pesato per età (in DDD/1.000 ab/die) di farmaci antidepressivi (classe N06A) per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21
Trentino-Alto Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54
<i>Trento</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26
<b>Italia</b>	<b>8,18</b>	<b>16,24</b>	<b>19,90</b>	<b>22,58</b>	<b>26,18</b>	<b>27,78</b>	<b>30,08</b>	<b>31,88</b>	<b>33,46</b>	<b>34,66</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Anno 2010.**Raccomandazioni di Osservasalute**

La frequenza delle patologie del sistema nervoso centrale e dei disturbi psichiatrici è quantificabile solo parzialmente attraverso l'indicatore proposto in quanto, le dosi giornaliere 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 modalità di trattamento.

Le stime internazionali e nazionali sull'incremento della patologia psichiatrica, il trend in aumento dell'utilizzo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi evidenziato a livello nazionale e l'oggettiva difficoltà di relazionarli all'andamento dei diversi quadri clinici

in cui sono utilizzati, pone una rilevante sfida di Sanità Pubblica. È improcrastinabile l'attivazione ed il mantenimento, nel tempo, di flussi informativi efficaci e sostenibili su base regionale capaci di identificare la quota, sempre più elevata, di soggetti che accedono al SSN per patologie psichiatriche ed a carico del sistema nervoso centrale e discriminarla da coloro che utilizzano i farmaci considerati per il contenimento di sintomi collaterali a patologie non strettamente psichiatriche.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Jann MW, Slade JM, Pharmacotherapy 2007; 27: 1.571-1.587.

## Utenza Servizi per le Tossicodipendenze per sostanza primaria

**Significato.** Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha portato il soggetto a rivolgersi al SerT per la cura della propria

tossicodipendenza, permette, anche, di individuare eventuali modificazioni nell'approccio ai servizi da parte della popolazione, nonché la capacità di attrazione dei servizi stessi.

### Tasso utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze

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

Utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze  
Popolazione media residente

**Validità e limiti.** I dati non rappresentano il numero effettivo di tossicodipendenti presenti nella popolazione, ma solo quelli in trattamento presso le strutture pubbliche. Infatti, la prevalenza di tossicodipendenti è difficilmente stimabile ed anche se, negli ultimi anni sono stati effettuati studi *ad hoc* (1) per poter superare i limiti delle fonti informative relative a questa patologia, il numero di casi sommersi e, quindi, difficilmente stimabili, è in costante e significativo aumento. I tassi a disposizione sono espressi per regione, permettendo un confronto interregionale ed un trend temporale (2003, 2005, 2007). È, inoltre, possibile una valutazione del trend della distribuzione percentuale per tipologia di utenti.

Tuttavia, bisogna tenere in considerazione che, tali informazioni, si riferiscono a *survey* effettuate sulla popolazione generale e su quella studentesca.

In tutti i casi, un aumento di richiesta di trattamento, non significa, necessariamente, un aumento di abuso della sostanza, ma può evidenziare una maggiore attenzione al fenomeno da parte delle Forze dell'Ordine e conseguente invio ai SerT o un maggiore ricorso autonomo al servizio pubblico per il trattamento della dipendenza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Un vero e proprio benchmark non è individuabile in quanto, gli ultimi studi europei condotti per valutare il fenomeno, hanno utilizzato una diversa metodologia di studio rispetto agli anni precedenti.

### Descrizione dei risultati

Il confronto dei tassi 2003-2005-2007 (Tabella 1) mostra un aumento degli utenti ai SerT, con un tasso nazionale di circa 28 utenti per 10.000 abitanti nel 2007. Costantemente rilevabile è la variabilità interregionale di accessi per tutte le sostanze, con valori minimi per la Provincia Autonoma di Bolzano e massimi per l'Abruzzo, che presentano, rispettivamente, un tasso di 16,19 e 40,07 utenti SerT per 10.000 abitanti nell'anno 2007.

La sostanza che mantiene il primato nella richiesta di

trattamento rimane l'eroina nonostante, secondo l'ultima Relazione al Parlamento (2), si parli di un trend in diminuzione per l'utilizzo di questa sostanza. Le regioni che mostrano dati decisamente più elevati per il trattamento della dipendenza da eroina, rispetto alla media nazionale (20,66 per 10.000 nell'anno 2007), sono: Umbria, Liguria, Toscana, Abruzzo e Piemonte.

Per quanto riguarda il consumo di cocaina si assiste, dal 2005 al 2007, ad un aumento a livello nazionale ed in quasi tutte le regioni. Le uniche eccezioni sono rappresentate dalla Provincia Autonoma di Bolzano, dal Friuli Venezia Giulia e dal Lazio che mostrano un trend in discesa degli utenti per tale sostanza e dalle Marche che mostrano, invece, valori stabili al di sotto della media nazionale. In generale, l'accesso ai SerT per consumo di cocaina, aumenta dal 2003 al 2007, anno in cui più di 4 abitanti su 10.000 sono in cura, così come confermato dalle *survey* europee che mostrano un crescente aumento nell'abuso di questa sostanza, confermando il problema della diffusione di cocaina nella popolazione.

Le regioni che mostrano valori decisamente sopra la media sono: Lombardia (che mostra i valori più elevati nel contesto nazionale) e Campania, mentre il Lazio mostra un trend in discesa rispetto ai dati precedenti, con valori che restano comunque elevati. Regioni come Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sardegna, pur mantenendo valori al di sotto o leggermente superiori alla media nazionale, hanno visto, negli ultimi 2 anni considerati (2005-2007), raddoppiare l'accesso alle cure per dipendenza da cocaina.

L'utilizzo di cannabinoidi da parte degli utenti resta su valori stabili a livello nazionale, ma presenta ampie differenze a livello regionale.

Rispetto al 2005, la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano presentano valori raddoppiati; la Puglia, la Toscana ed il Molise mostrano valori decisamente più elevati rispetto alla media nazionale, mentre la Liguria e l'Umbria presentano valori in netta diminuzione. L'accesso ai SerT, per

altre sostanze (sono stati inclusi: allucinogeni, amfetamine, *ecstasy* e analoghi, barbiturici, benzodiazepine, *crack*, metadone, morfina ed altri oppiacei, inalanti ed altre sostanze), mostra un aumento, dal 2005 al 2007, a livello nazionale, con sempre ampia variabilità tra le regioni. Valori decisamente aumentati, rispetto alla rilevazione del 2005, si riscontrano per Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e Trento, Veneto, Liguria, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia. In particolare, l'Abruzzo si conferma essere la regione con i valori più alti (circa 4 volte la media nazionale), mentre la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento e le Marche, nonostante abbiano più che raddoppiato i loro valori, restano, comunque, al di sotto della media nazionale. Una diminuzione rilevante si evidenzia, invece, per il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria ed il Molise, con inversione del trend rispetto alla media nazionale.

Come si evince dal Grafico 1, l'analisi delle percen-

tuali per abuso di sostanza primaria denota come, la percentuale di richiesta di trattamento per eroina, sia diminuita negli ultimi 2 anni con, di contro, un continuo aumento degli utenti cocaina dipendenti.

Nella lettura dei risultati bisogna, però, tenere in considerazione il fatto che, negli ultimi anni, i consumatori di cocaina sempre più spesso paiono utilizzare anche eroina.

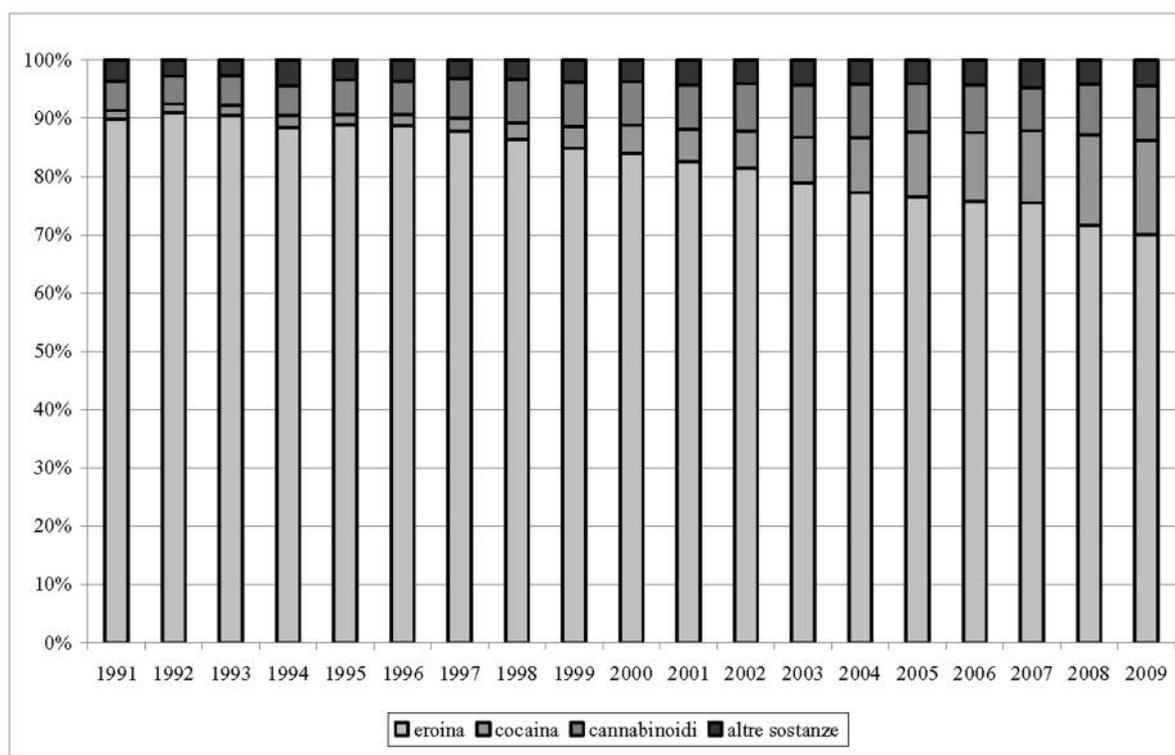
Per quanto riguarda la richiesta di trattamento per cannabinoidi, si assiste ad un incremento negli ultimi anni. Questo fenomeno potrebbe essere largamente influenzato dai maggiori controlli verificatisi negli ultimi anni su guidatori e lavoratori e da maggiori segnalazioni ai SerT da parte delle Forze dell'Ordine. Per quanto riguarda le altre sostanze si può notare come le percentuali di soggetti in trattamento oscillino negli ultimi 20 anni tra 2,75-5,75%, mantenendosi, comunque, relativamente stabili e non evidenziando trend significativi.

**Tabella 1 - Tassi utenti dei SerT (per 10.000) per regione e per tipo di sostanza primaria - Anni 2003, 2005, 2007**

Regioni	2003				2005				2007						
	Tutte le sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze	Tutte sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze	Tutte sostanze	Eroina	Cocaina	Canna-binoidei	Altre sostanze
Piemonte	26,44	22,82	1,37	1,48	0,77	28,34	21,80	2,32	1,33	2,89	33,05	24,22	3,64	1,62	3,57
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,46	14,90	0,76	0,43	0,38	18,39	16,53	0,99	0,68	0,18	21,27	16,68	1,98	1,74	0,87
Lombardia	24,29	16,81	3,69	2,82	0,97	24,73	15,36	6,13	2,49	0,96	27,03	16,98	6,88	2,25	2,90
Bolzano-Bozen	13,58	9,95	0,53	1,66	1,44	12,75	8,91	0,89	1,49	1,45	16,19	10,22	0,66	2,40	2,90
Trento	12,14	11,04	0,39	0,50	0,22	13,57	12,51	0,48	0,43	0,15	17,67	15,67	0,88	0,74	0,37
Veneto	23,44	17,49	1,66	2,95	1,34	20,69	15,08	1,84	2,90	0,87	27,75	20,12	3,16	3,08	1,39
Friuli Venezia Giulia	21,08	15,60	0,99	2,74	1,75	24,08	18,40	1,66	2,74	1,28	21,39	16,83	1,07	2,68	0,81
Liguria	40,85	30,31	3,15	5,88	1,51	34,32	25,98	3,23	4,43	0,69	37,04	29,13	3,56	2,56	1,78
Emilia-Romagna	22,29	17,01	2,38	2,07	0,82	24,03	17,37	3,24	2,69	0,72	28,90	21,55	4,25	2,31	0,78
Toscana	29,95	23,30	2,01	3,20	1,44	25,29	19,07	2,66	3,01	0,56	35,93	28,41	3,45	3,45	0,61
Umbria	31,81	27,68	1,18	2,45	0,51	35,46	29,86	2,16	2,52	0,92	36,07	31,46	2,67	1,44	0,50
Marche	24,37	18,28	1,80	2,90	1,39	28,38	21,23	2,90	3,63	0,62	29,03	21,86	2,90	2,85	1,42
Lazio	27,50	22,09	3,11	1,71	0,61	25,00	19,00	3,62	1,85	0,52	21,26	16,34	3,13	1,38	0,40
Abruzzo	26,35	20,24	1,34	2,29	2,48	26,74	19,33	1,84	2,46	3,10	40,07	28,13	2,64	3,25	6,05
Molise	19,88	15,96	2,06	1,56	0,40	24,52	17,99	2,57	3,09	0,86	30,20	22,28	4,14	3,51	0,27
Campania	25,88	18,74	2,07	3,00	2,07	27,78	19,83	3,72	2,31	1,92	33,93	23,07	4,99	3,02	2,85
Puglia	27,78	19,67	2,28	4,42	1,42	25,74	18,15	2,83	3,76	1,00	31,13	20,51	4,20	4,17	2,24
Basilicata	15,19	13,58	0,50	1,00	0,11	18,23	15,24	1,22	1,49	0,27	24,63	20,62	1,82	1,94	0,25
Calabria	16,56	13,43	0,96	1,80	0,36	17,72	14,65	1,15	1,35	0,57	22,20	17,41	2,18	1,93	0,69
Sicilia	20,82	14,78	2,04	2,08	1,92	19,65	13,03	2,87	2,10	1,65	24,54	15,31	3,93	2,48	2,82
Sardegna	26,26	22,69	1,21	0,37	2,00	27,49	22,87	2,78	1,21	0,63	33,50	27,47	4,12	1,10	0,80
<b>Italia</b>	<b>24,99</b>	<b>18,97</b>	<b>2,22</b>	<b>2,57</b>	<b>1,22</b>	<b>24,73</b>	<b>17,88</b>	<b>3,26</b>	<b>2,40</b>	<b>1,19</b>	<b>28,90</b>	<b>20,66</b>	<b>4,10</b>	<b>2,49</b>	<b>1,65</b>

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anni 2003, 2005, 2007.

**Grafico 1** - Distribuzione percentuale utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze per sostanza d'abuso primario - Anni 1991-2009



**Fonte dei dati:** Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono alcune raccomandazioni di lettura: bisogna considerare che, tra gli utenti SerT in cura per cocaina, una parte parrebbe fare anche uso ripetuto di eroina, sostanza che viene utilizzata per prevenire la sindrome depressiva dovuta all'uso compulsivo della cocaina.

Per poter studiare il fenomeno è necessario conoscere non solo le modalità di assunzione delle varie sostanze, ma anche il mercato delle droghe che ha visto un'evoluzione negli ultimi anni. Bisogna, infatti, tenere in considerazione che il prezzo della cocaina è diminuito notevolmente, passando da sostanza d'abuso nei ceti sociali più elevati a sostanza diffusa trasversalmente. Questo potrebbe, verosimilmente, portare ad un nuovo incremento dei tossicodipendenti da eroina nei prossimi anni, motivo per cui potrebbe rendersi necessario attrezzare i SerT per utenti che siano dipendenti

da entrambe le sostanze.

Nel valutare la variabilità interregionale, non bisogna dimenticare che i SerT non sono equamente distribuiti sul territorio nazionale.

Attenzione particolare va anche posta ai flussi informativi che studiano il fenomeno poiché, essendo la tossicodipendenza una patologia che vede un gran numero di casi sommersi, si rendono quanto mai necessarie *survey* condotte a livello nazionale, ma con rappresentatività regionale, che consentano una corretta valutazione di incidenza e prevalenza.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione al Parlamento - Rilevazione attività nel Settore Tossicodipendenze - Anni 2007 e 2010.
- (2) Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2010.

## Ospedalizzazione per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer

**Significato.** Il tasso di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson (MP) e Malattia di Alzheimer (MA) descrive l'andamento dei ricoveri per queste patologie neurodegenerative. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi con diagnosi di MA e MP ed il numero medio di sogget-

ti residenti. Si tratta di un indicatore che quantifica il numero di pazienti affetti dalle principali malattie neurodegenerative ricoverati in acuzie nel servizio pubblico e privato accreditato. I dati sono espressi per regione e fasce di età e permettono di mettere a confronto gli anni 2007-2009.

### *Tasso di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer\**

Numeratore	Dimissioni per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer da istituti pubblici e privati accreditati	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

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

**Validità e limiti.** I dati rappresentano il numero di malati con diagnosi primaria di MP e MA, dimessi con i relativi codici ICD-9-CM (331.0; 332.0) di diagnosi e di procedura, trattati presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate; vengono, quindi, esclusi dall'indicatore stesso i pazienti trattati a domicilio e quelli la cui diagnosi non ha previsto il ricovero e che hanno ricevuto diagnosi e cura in regime di Day Hospital. Non viene, inoltre, presa in considerazione la mobilità dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di diagnosi e cura. Parkinson ed Alzheimer rappresentano, tuttavia, due patologie per le quali il carico assistenziale della famiglia è particolarmente rilevante e, pertanto, i tassi di dimissione, seppur limitativi ed influenzati dal ricorso ad ospedalizzazioni ripetute, possono aiutare nella definizione del peso di queste malattie nell'ambito dei quadri neurologici più rilevanti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Un vero e proprio valore di riferimento non può essere individuato: i dati regionali vengono, quindi, confrontati con quello nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Nel 2007, nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria per il Nord, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna per Centro-Sud ed Isole, il tasso di pazienti dimessi risulta maggiore rispetto al dato nazionale (11,67 per 10.000). Nelle

sudette regioni il tasso di dimissioni è più elevato negli uomini rispetto alle donne, tranne che per la Sardegna. Le regioni con i tassi più bassi risultano essere Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Campania e Calabria.

Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Molise e Sardegna presentano un trend in diminuzione nel 2008 e nel 2009, avvicinandosi al valore nazionale (rispettivamente, 11,52 e 11,15 per 10.000). Le PA di Bolzano e Trento, l'Emilia-Romagna, l'Umbria, la Basilicata e la Calabria hanno presentato un aumento nel 2008 ed una diminuzione nel 2009.

Le altre regioni hanno registrato un numero di dimissioni stazionarie nello stesso triennio, restando al di sotto del dato nazionale (fatta eccezione per Marche, Lazio, Puglia e Sicilia nel primo anno).

Il Friuli Venezia Giulia, la Calabria e la Campania presentano tassi inferiori al dato nazionale negli anni presi in considerazione, non superando la soglia di 10,00 dimissioni per 10.000 (Tabella 1).

Le donne presentano, in ogni caso, tassi inferiori in tutte le regioni e per tutti gli anni, eccezion fatta per la Sardegna (2007, 2008, 2009) e la Valle d'Aosta (2009) (Grafici 1 e 2).

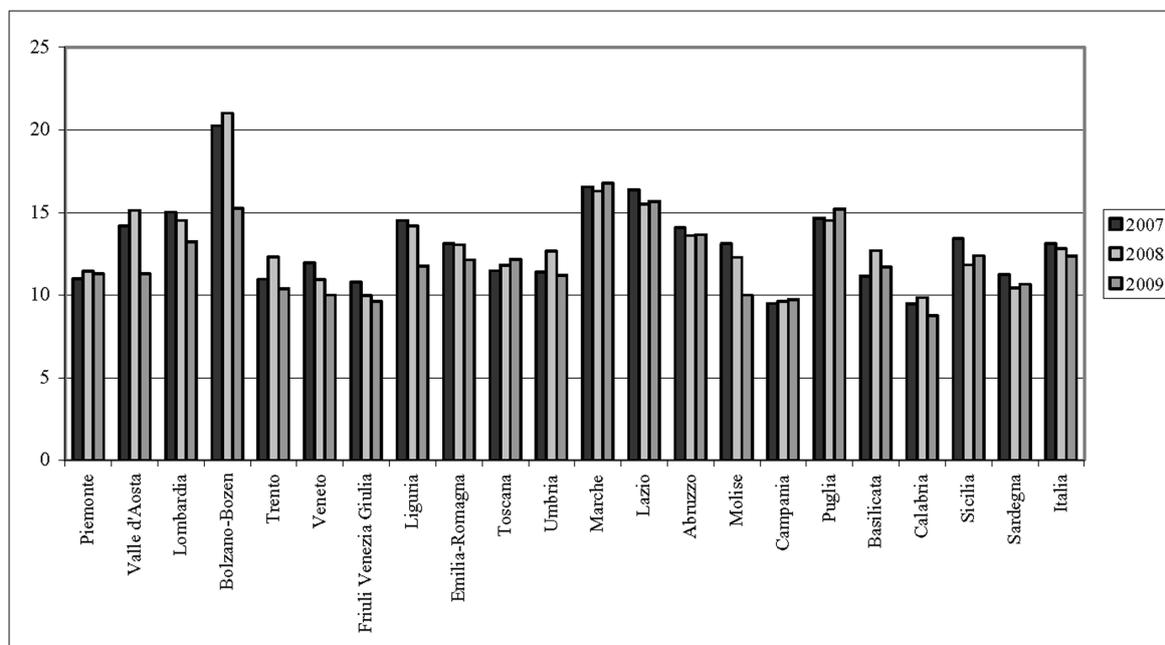
Il valore nazionale presenta un trend pressoché stazionario negli anni esaminati (da 11,67 a 11,15 per 10.000), con una lieve flessione per quanto riguarda il valore negli uomini ed in maniera meno accentuata anche per le donne (Grafico 3).

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007			2008			2009		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	10,99	9,10	9,86	11,44	9,15	10,11	11,30	9,08	10,02
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,19	13,49	14,24	15,13	12,14	13,65	11,29	12,20	12,13
Lombardia	15,03	12,17	13,34	14,52	11,33	12,64	13,23	11,10	11,98
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>20,25</i>	<i>18,63</i>	<i>19,18</i>	<i>21,01</i>	<i>20,07</i>	<i>20,57</i>	<i>15,24</i>	<i>13,01</i>	<i>13,92</i>
Trento	10,97	10,92	10,91	12,31	11,45	11,71	10,40	9,95	10,18
Veneto	11,95	9,37	10,39	10,94	9,25	9,94	10,01	8,04	8,88
Friuli Venezia Giulia	10,79	7,58	8,85	9,97	7,12	8,22	9,61	6,45	7,70
Liguria	14,52	12,16	13,10	14,18	11,89	12,85	11,77	10,88	11,30
Emilia-Romagna	13,11	10,43	11,57	13,05	10,75	11,76	12,14	9,94	10,89
Toscana	11,47	9,51	10,31	11,82	9,92	10,75	12,17	10,07	10,96
Umbria	11,40	8,61	9,81	12,66	9,76	10,98	11,21	9,87	10,47
Marche	16,55	13,91	14,99	16,29	15,14	15,62	16,78	15,16	15,84
Lazio	16,37	12,70	14,24	15,51	12,49	13,77	15,68	12,69	13,95
Abruzzo	14,08	12,55	13,24	13,60	11,24	12,33	13,66	10,98	12,18
Molise	13,11	9,97	11,38	12,29	10,23	11,12	10,01	9,96	10,01
Campania	9,51	6,98	8,05	9,62	7,32	8,29	9,74	8,21	8,87
Puglia	14,65	11,63	12,93	14,52	11,96	13,07	15,21	11,70	13,20
Basilicata	11,15	9,67	10,35	12,70	9,84	11,08	11,69	8,90	10,17
Calabria	9,46	6,91	8,03	9,85	7,59	8,57	8,76	6,64	7,60
Sicilia	13,42	10,94	11,99	11,83	10,14	10,86	12,40	9,98	11,02
Sardegna	11,25	12,79	12,20	10,45	12,42	11,67	10,66	11,85	11,41
<b>Italia</b>	<b>13,11</b>	<b>10,64</b>	<b>11,67</b>	<b>12,81</b>	<b>10,56</b>	<b>11,52</b>	<b>12,37</b>	<b>10,25</b>	<b>11,15</b>

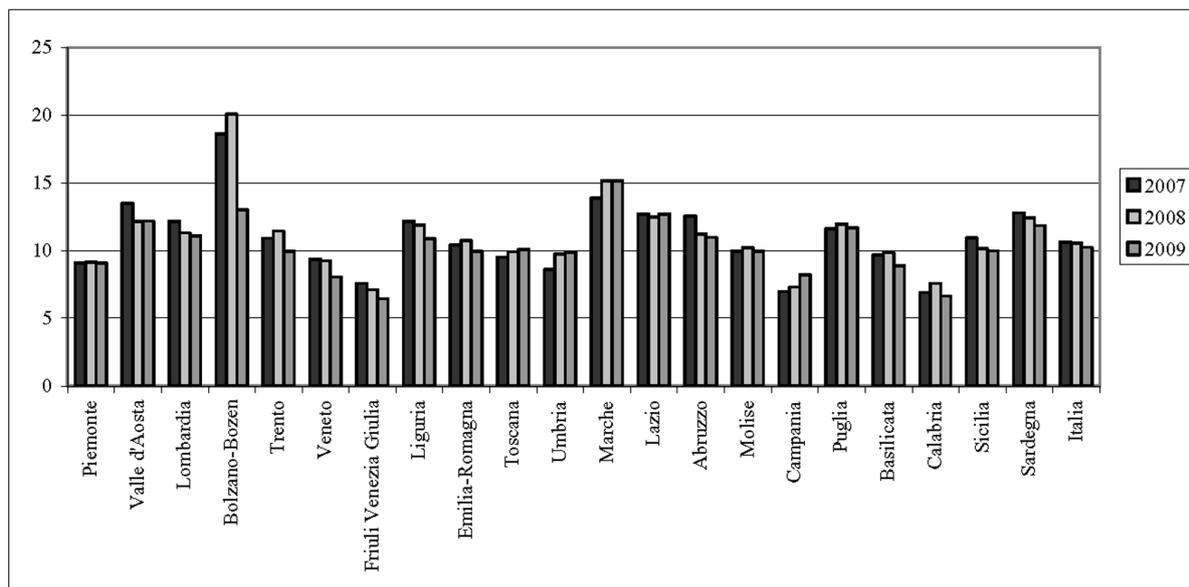
**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per regione. Maschi - Anni 2007-2009

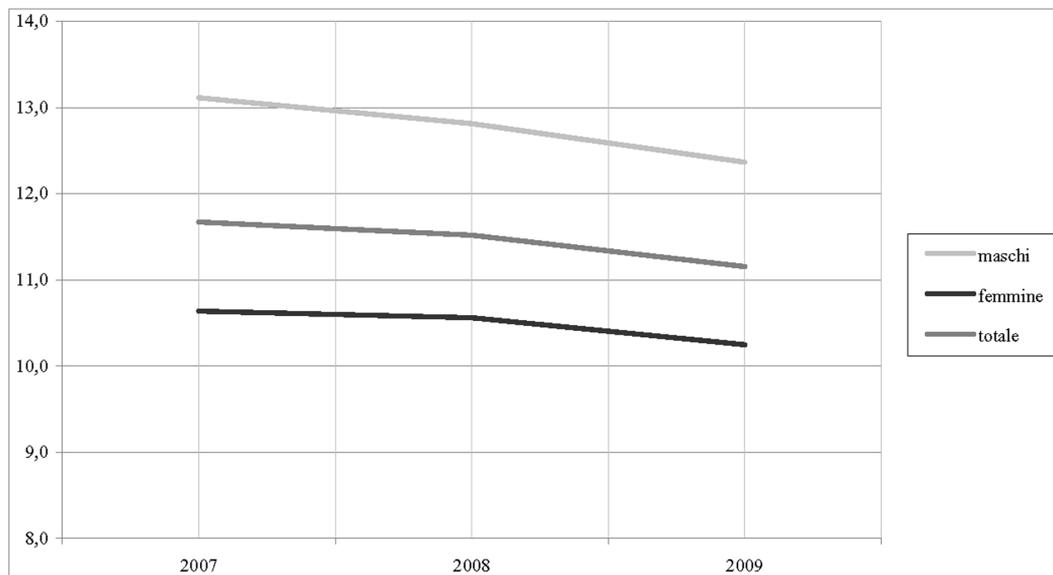
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per regione. Femmine - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 3** - Trend di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per genere - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono raccomandazioni di lettura poiché non permettono di individuare singolarmente le due patologie e non permettono la stima dei pazienti curati a domicilio, né quelli presso strutture territoriali. L'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, infatti, prende in considerazione i pazienti ricoverati, escludendo, di fatto, i pazienti con diagnosi che non hanno avuto necessità di ricovero.

Inoltre, altri studi condotti a livello nazionale sottolineano come queste patologie vengano sottostimate dall'utilizzo esclusivo degli archivi ospedalieri anche perché, spesso, intercorrono mesi dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi.

Probabilmente, l'integrazione dei dati mediante l'utilizzo delle cartelle cliniche fornite dai medici di famiglia potrebbe fornire una stima più precisa dei risultati.

## Ospedalizzazione per patologie alcol correlate

**Significato.** Il tasso descrive l'andamento dei ricoveri per patologie alcol correlate nelle strutture ospedaliere pubbliche ed accreditate.

L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi con diagnosi di patologia alcol correlata e relative complicanze ed il numero medio di

soggetti residenti.

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per genere, negli anni 2007, 2008 e 2009 per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni per patologie alcol correlate}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

**Nota:** patologie considerate come alcol correlate e rispettivi codici ICD IX-CM:

Abuso di alcool	303.0, 305.0
Cardiomiopatia alcoolica	425.5
Sindrome di dipendenza da alcool	303.9
Polineuropatia alcoolica	357.5
Gastrite alcoolica	535.3
Malattia epatica alcoolica	571.0-571.3
Miopatia alcoolica	359.4
Psicosi alcoolica	291.3, 291.5, 291.89, 291.9
Sindrome fetale alcoolica	655.4, 760.7
Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcool	760.71
Avvelenamento da alcool	980.0, 980.1
Eccessivo livello ematico di alcool	790.3

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

**Validità e limiti.** Dal punto di vista epidemiologico i valori calcolati non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole patologie che sono state raggruppate in un unico indicatore a causa della loro relativamente bassa frequenza.

L'indicatore rappresenta, quindi, una stima approssimata di alcuni problemi legati all'assunzione acuta e cronica di alcol.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore medio nazionale può essere adottato come valore standard di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Il tasso nazionale di dimissione ospedaliere per patologie alcol correlate presenta una riduzione dal 2007 al 2009: il dato nazionale passa, infatti, da 8,49 a 7,48 per 10.000, rispettivamente (Tabella 1).

Nel 2007, le regioni con i tassi più bassi sono Toscana e Sicilia, con tassi inferiori a 6,00 per

10.000, mentre la Valle d'Aosta, le PA di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Molise presentano tassi superiori a 14,00 per 10.000.

Nel 2008 i tassi aumentano per Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata, mentre diminuiscono in tutte le altre regioni con i valori più bassi sempre per Toscana e Sicilia.

Nel 2009 i tassi aumentano leggermente nelle Marche ed in Sicilia restando, comunque, molto al di sotto del valore nazionale (Grafici 1 e 2).

Stratificando i tassi per fasce di età e genere (Grafici 3 e 4) si evidenzia che, sia nella popolazione maschile che in quella femminile, i tassi di ospedalizzazione sono maggiori nella fascia di età 55-64 anni, con un trend in diminuzione dal 2007 al 2009 più evidente per le donne.

In tutti gli anni presi in considerazione, nelle fasce di età 0-14 e 15-24 anni, i tassi risultano essere prossimi allo 0 sia per i maschi che per le femmine.

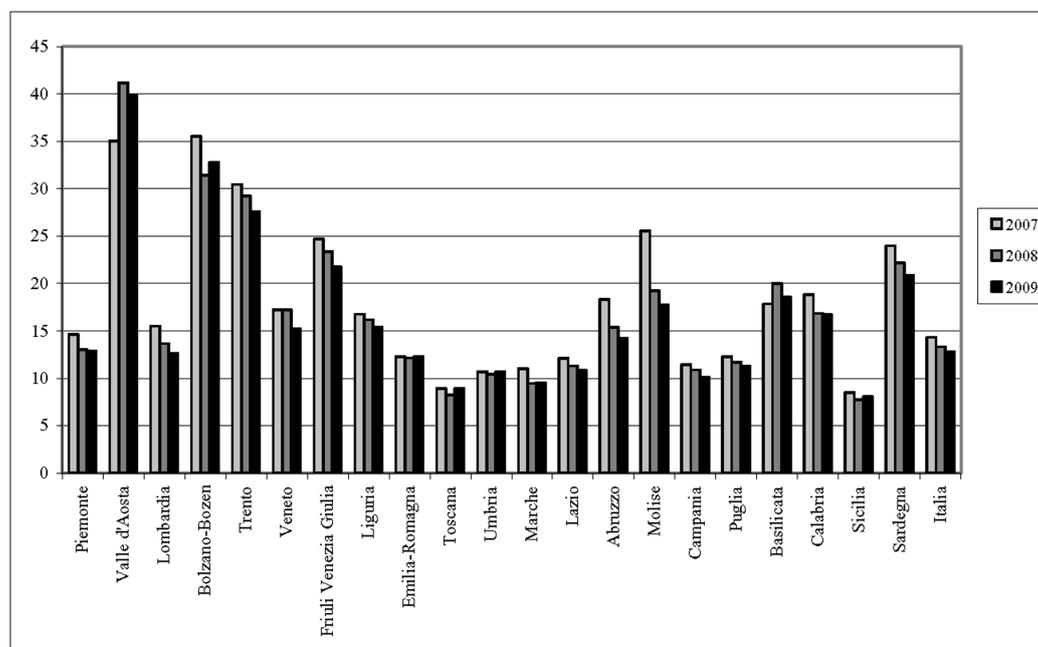
**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007			2008			2009		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	14,64	4,06	9,04	13,02	3,77	8,13	12,86	3,09	7,67
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,04	10,88	22,38	41,16	8,93	24,16	39,91	9,66	23,52
Lombardia	15,53	3,54	9,06	13,69	3,01	7,95	12,61	2,68	7,27
Bolzano-Bozen	35,51	8,68	21,17	31,40	10,85	20,56	32,77	8,53	19,89
Trento	30,45	7,14	17,96	29,24	6,93	17,16	27,57	7,19	16,24
Veneto	17,26	4,68	10,46	17,24	4,22	10,23	15,22	3,91	9,13
Friuli Venezia Giulia	24,70	6,81	14,98	23,37	5,89	13,83	21,75	5,88	13,16
Liguria	16,79	4,52	10,23	16,19	4,86	10,12	15,44	3,74	9,20
Emilia-Romagna	12,29	3,00	7,35	12,16	3,09	7,33	12,27	2,84	7,24
Toscana	8,95	2,76	5,66	8,29	2,90	5,41	8,95	2,37	5,42
Umbria	10,71	2,03	6,09	10,47	2,71	6,36	10,69	2,15	6,14
Marche	11,02	2,06	6,30	9,49	2,28	5,66	9,56	2,60	5,86
Lazio	12,11	2,38	6,92	11,32	2,13	6,39	10,85	2,28	6,26
Abruzzo	18,32	3,82	10,67	15,39	3,38	9,08	14,27	2,95	8,26
Molise	25,53	3,91	14,24	19,25	3,69	11,09	17,80	3,06	10,16
Campania	11,48	2,55	6,78	10,92	2,56	6,53	10,13	2,33	6,01
Puglia	12,27	3,39	7,61	11,72	3,15	7,22	11,27	2,49	6,64
Basilicata	17,88	3,08	10,20	19,99	2,13	10,67	18,53	2,91	10,39
Calabria	18,82	3,27	10,69	16,87	3,42	9,82	16,72	2,71	9,40
Sicilia	8,51	1,68	4,91	7,76	1,38	4,39	8,09	1,59	4,66
Sardegna	24,00	3,24	13,07	22,17	2,83	12,00	20,90	2,60	11,22
<b>Italia</b>	<b>14,35</b>	<b>3,34</b>	<b>8,49</b>	<b>13,34</b>	<b>3,13</b>	<b>7,91</b>	<b>12,78</b>	<b>2,84</b>	<b>7,48</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

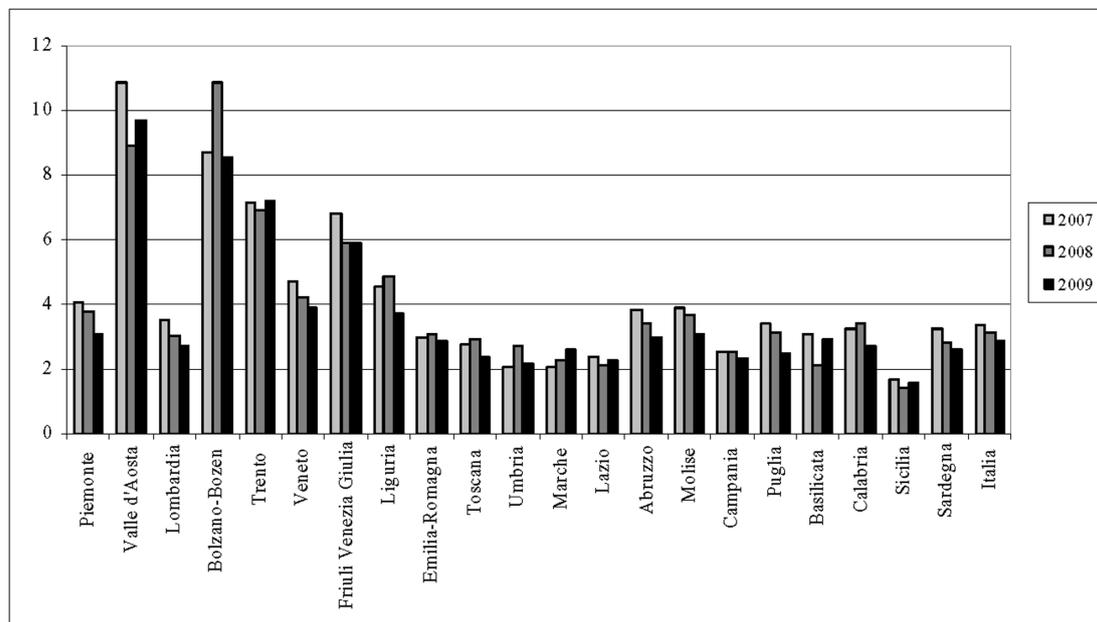
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per regione. Maschi - Anni 2007-2009



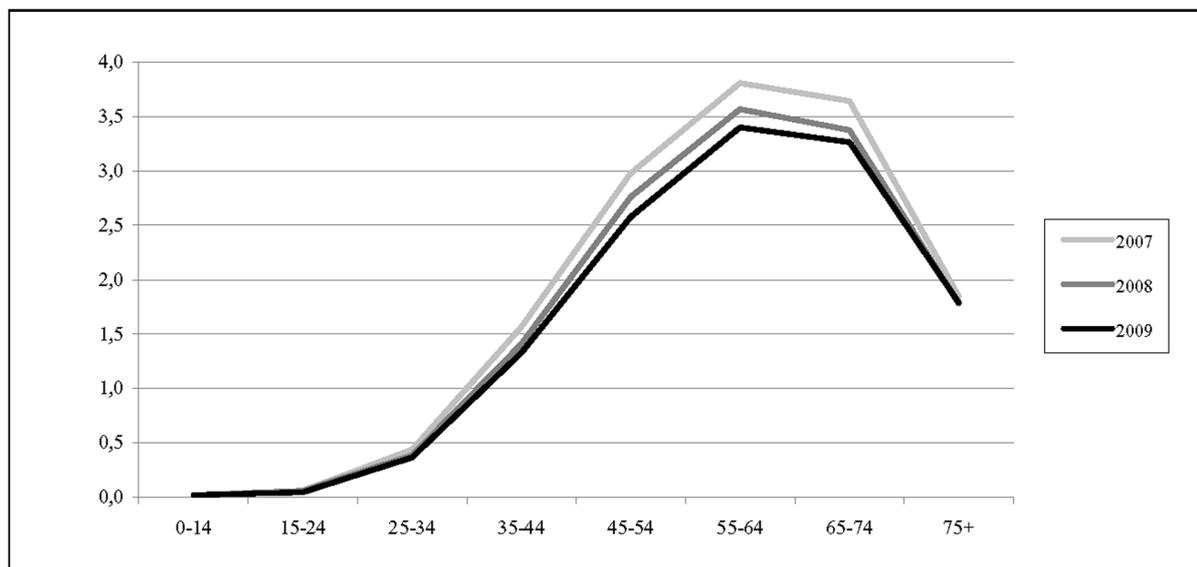
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per regione. Femmine - Anni 2007-2009



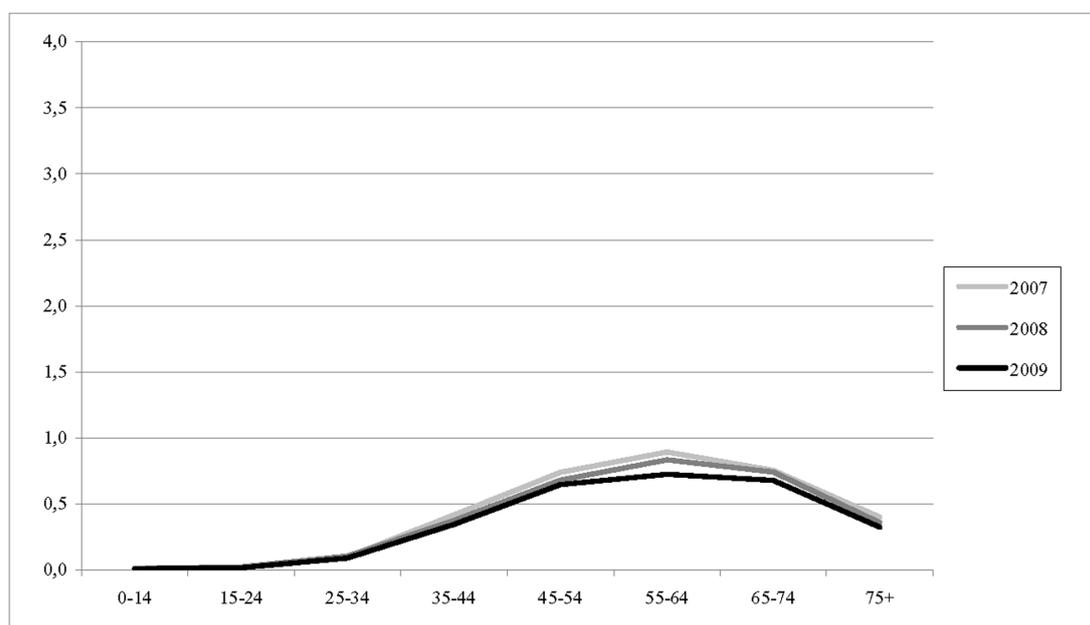
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per classe di età. Maschi - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 4** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per classe di età. Femmine - Anni 2007-2009



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

In linea generale, i dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per patologie alcol correlate relativi all'arco temporale 2007-2009, indicano la tendenza al miglioramento. Questi dati sembrerebbero essere correlati ad una maggiore attenzione ai temi dell'appropriatezza, conseguenti al miglioramento del trattamento delle patologie legate all'alcolismo da parte dei servizi territoriali, come indicato dal recente Programma Operativo di Adeguatezza (1) redatto dal Ministero della Salute, che prevede l'utilizzo di *proxy* per la quantificazione di accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di

prevenzione che cura. In generale, si può ritenere che a valori elevati dell'indicatore sia associato il ricorso improprio alle strutture ospedaliere per le patologie alcol correlate e, quindi, una scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali.

Probabilmente, ulteriori progressi potranno derivare dall'implementazione di strategie di controllo, dai servizi a favore dei soggetti a maggior rischio e dal potenziamento dell'integrazione tra i Servizi Sanitari e Sociali interessati.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito:  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1492\\_a11legato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1492_a11legato.pdf) (Ultimo accesso 02/12/2011).

## Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

**Significato.** Questo indicatore quantifica il livello di utilizzo di farmaci antidepressivi (classe N06A) ed antipsicotici (classe N05A) nella popolazione residente nelle varie regioni e può essere di notevole utilità per valutare in modo indiretto, seppure con i limiti segnalati nell'apposito paragrafo, la frequenza di

alcuni disturbi mentali, perlomeno nelle forme più severe, nonché i cambiamenti nell'approccio prescrittivo degli attori dei sistemi sanitari regionali. I dati permettono di effettuare un confronto tra le regioni e tra queste ed il dato nazionale. È, inoltre, fornita l'analisi del trend temporale del periodo 2000-2010.

### Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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.** La variabilità dei consumi farmaceutici può essere attribuita, oltre che alla frequenza ed alle caratteristiche dei disturbi mentali di una popolazione, anche alle diverse modalità di prescrizione dei medici ed alle differenti caratteristiche delle popolazioni confrontate (ad esempio, in base ad età e genere). Tuttavia, un adeguato sistema di pesi ha permesso di tenere in considerazione le differenze regionali determinate da questi fattori. Da tenere presente, inoltre, nell'interpretare il trend temporale, che il *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) effettua una periodica revisione sistematica di tutte le Dosi Definite Giornaliere (*Defined Daily Doses-DDD*), per cui alcuni valori possono variare da un anno all'altro. Ancora, i farmaci ipnotico-sedativi e similari non sono rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e risultano, quindi, più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte anche da cambiamenti di prezzo. Di conseguenza, nel computo totale dei farmaci, sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi ed antipsicotici rimborsabili dal SSN. Riguardo ai farmaci antidepressivi, bisogna anche tenere in considerazione che questi possono essere utilizzati per patologie non strettamente psichiatriche.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo disponibili benchmark validati, i dati nazionali di consumo per i farmaci antipsicotici ed antidepressivi, nei vari anni considerati, sono stati adottati quali valori di riferimento.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, per quanto riguarda i farmaci antipsicotici (Tabella 1) utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, si è

assistito nel 2010 ad un decremento del loro utilizzo rispetto all'anno precedente (2009), passando da 3,01 a 2,80 DDD/1.000 ab die.

Questa tendenza conferma il decremento pressoché continuo che si è osservato a partire dall'anno 2001. Nel 2009, tuttavia, si era verificato un lieve aumento dell'utilizzo. Nello scorso Rapporto Osservasalute si era ipotizzato che tale aumento fosse dovuto ad un crescente impiego degli antipsicotici atipici anche nei disturbi comportamentali dei pazienti anziani affetti da demenza, ma questo fenomeno non è confermato dagli ultimi dati.

Sull'indicazione di tali farmaci anche nell'anziano affetto da disturbi neurodegenerativi come la demenza sono in corso alcune revisioni sistematiche: sebbene, infatti, si sia dimostrata una maggiore tollerabilità degli antipsicotici cosiddetti atipici, appare evidente la necessità di nuovi studi prima di consigliarne l'utilizzo di *routine*.

La variabilità interregionale del consumo degli antipsicotici è difficilmente interpretabile: è evidente un andamento decrescente che interessa la maggior parte delle regioni anche se le PA di Trento e Bolzano ed il Friuli Venezia Giulia al Nord, l'Abruzzo e la Sicilia al Sud hanno mostrato un aumento del consumo di questi farmaci.

Permane invariato il gradiente Nord-Sud, con regioni meridionali quali Abruzzo, Calabria, Sicilia e Sardegna, che presentano valori di consumo in media doppi rispetto a quelle del Nord.

Relativamente ai farmaci antidepressivi (Tabella 2) si assiste, invece, ad un continuo aumento del loro utilizzo, che interessa indistintamente tutte le regioni e che dura dal primo anno della rilevazione (2000).

Oltre all'aumento dell'incidenza delle forme depressive, altri fattori possono contribuire a spiegare questo

andamento. In primo luogo, l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia ed attacchi di panico) è spesso appannaggio dei Medici di Medicina Generale più che degli specialisti.

In secondo luogo, possono aver giocato un ruolo anche fattori culturali: patologie come ansia e depressione sono, oggi, meno stigmatizzate dalla popolazione di quanto non lo fossero in passato, il che comporta anche una maggiore accettazione delle relative terapie farmacologiche. Bisogna, inoltre, considerare che questi farmaci vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche come la terapia del dolore: anche questo dato ha verosimilmente contribuito ad un differente approccio nei confronti del loro utilizzo.

Malgrado la tendenza uniformante prodotta da questo mutato approccio culturale, persiste un certo grado di variabilità interregionale. Le regioni del Centro-Nord, infatti, ed in particolare Toscana e Liguria, ma anche la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna e l'Umbria, risultano avere consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Sud. L'unica eccezione a questo quadro è rappresentata dalla Sardegna, i cui consumi si avvicinano a quelli delle regioni del Nord.

Al di là delle differenze regionali, in ogni caso, ciò che appare eccezionale è il tasso di crescita decennale dell'utilizzo di tali farmaci. A livello nazionale, come nella maggior parte delle regioni, l'uso di antidepressivi è cresciuto di oltre quattro volte in una decade.

**Tabella 1** - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antipsicotici pesato per età e per regione - Anni 2000-2010

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51	2,20
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44	1,65	1,78	1,83	1,81
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78	2,70
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13	2,52
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05	2,15
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05	1,91
Friuli Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59	1,53	1,47	1,40	1,56
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04	1,91
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54	1,53
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12	2,06
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16	1,17
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26	2,09
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25	2,23
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34	6,57
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82	3,05
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20	3,08
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56	3,09
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14	2,80
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42	5,35
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21	5,32
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08	3,98
<b>Italia</b>	<b>3,28</b>	<b>3,88</b>	<b>3,87</b>	<b>3,67</b>	<b>3,67</b>	<b>3,66</b>	<b>3,49</b>	<b>2,98</b>	<b>2,95</b>	<b>3,01</b>	<b>2,80</b>

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Anno 2010.

**Tabella 2** - Consumo (in DDD/1000 ab/die) di farmaci antidepressivi pesato per età e per regione - Anni 2000-2010

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44
<b>Italia</b>	<b>8,18</b>	<b>16,24</b>	<b>19,90</b>	<b>22,58</b>	<b>26,18</b>	<b>27,78</b>	<b>30,08</b>	<b>31,88</b>	<b>33,46</b>	<b>34,66</b>	<b>35,72</b>

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Ricordando che l'indicatore proposto è in grado di stimare solo parzialmente la frequenza dei disturbi mentali poiché le dosi giornaliere prescritte possono dipendere, oltre che dal numero di soggetti affetti da patologia, anche dalla capacità di presa in carico del Sistema Sanitario e dalle diverse modalità di trattamento (compreso il ricorso al pagamento diretto del farmaco), occorre sottolineare che, a fronte di una continua diminuzione del consumo di farmaci antipsicotici, si conferma una crescita ancora più marcata del ricorso ai farmaci antidepressivi. Invero, le stime internazionali e nazionali sono concordi nell'evidenziare un aumento delle patologie psichiatriche per cui, se da un lato l'aumento del consumo di antidepressivi potrebbe apparire giustificato, perlomeno in parte, dall'altro il calo del consumo di antipsicotici suggerisce che la loro prescrizione potrebbe ridursi anche a fronte di un aumento (in ogni caso lieve) dell'incidenza della patologia sottostante. Questo, chiaramente, a meno che il decremento osservato non sia in realtà fittizio ed a questo non si sia accompagnato un aumento

del consumo rimborsato "out-of-pocket".

Quest'ultimo punto dovrebbe essere oggetto di una specifica ed approfondita indagine. Purtroppo, con i dati a disposizione non è possibile svolgere un'analisi dettagliata per correlare l'impiego di tali farmaci ai diversi quadri clinici identificando, ad esempio, per quali di questi il consumo sia in maggiore/minore crescita. Proprio per tale ragione, peraltro, non vi è dubbio che l'attivazione ed il mantenimento nel tempo di flussi informativi efficaci su base regionale siano obiettivi da raggiungere urgentemente, sia per identificare la crescente quota di soggetti che accedono al SSN per patologie psichiatriche, sia per discriminare questi pazienti da coloro che utilizzano i farmaci considerati per il contenimento di sintomi collaterali a patologie non strettamente psichiatriche. Detto ciò, relativamente, invece, alle possibili cause e/o eventuali rimedi dell'aumento dell'incidenza dei disturbi mentali, una trattazione approfondita di questo argomento è particolarmente complessa ed esula dalla finalità del presente testo.

## 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 (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato con il rischio

di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) 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, pertanto anche fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (3-4).

### 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 classificati secondo la *International Classification of Diseases (ICD-10)* (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Il primo limite 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 non tiene conto dei suicidi commessi nel nostro Paese da stranieri non residenti (sono, invece, inclusi gli stranieri regolarmente residenti). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i soggetti di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (14 casi registrati in Italia nel biennio 2007-2008) e non inficia la validità dell’indicatore. L’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (la ICD), fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare 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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), 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 (rela-

tivo al biennio 2007-2008, il più recente disponibile).

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2007-2008, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,26 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre (7,08 per 100.000 il tasso standardizzato). Nel 77,0% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,27 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,15 (per 100.000) per le donne, con un rapporto uomini/donne pari a 3,6 (Tabella 1 e Grafico 1). La distribuzione dei tassi grezzi specifici per età (Tabella 2 e Grafici 2 e 3) mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età, con un aumento marcato, soprattutto per gli uomini, dopo i 65 anni di età. L’indicatore presenta una variabilità geografica abbastanza marcata con tassi, in genere, più elevati nelle regioni del Nord, anche se con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio fra i soggetti con 15 anni ed oltre troviamo la Sardegna (11,37 per 100.000) la Valle d’Aosta (11,03 per 100.000) e la PA di Bolzano (10,69 per 100.000); all’estremo opposto, con i tassi standardizzati più bassi (che sono circa la metà se comparati a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate) troviamo il Lazio (5,01 per 100.000), la Liguria (5,05 per 100.000), la Campania (5,05 per 100.000), la Puglia (5,48 per 100.000) ed il Molise (5,91 per 100.000) (Tabella 2). Per gli uomini, le regioni con i tassi standardizzati di suicidio più elevati sono ancora la Valle d’Aosta (21,11 per 100.000), la Sardegna (18,93 per 100.000) e la PA di Bolzano (16,94 per 100.000); mentre per le donne, accanto alla PA di Bolzano (4,73 per 100.000) ed alla Sardegna (4,07 per 100.000), troviamo anche l’Emilia-Romagna (4,41 per 100.000) ed il Piemonte (4,01 per 100.000) (Tabella 1). 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, sembra evidenziarsi, dopo il

minimo raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) una nuova ripresa nell'ultimo anno (3.799 suicidi nel 2008) (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di mortalità (per 100.000) per suicidio nella popolazione di 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2007-2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	14,76	4,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,11	1,41
Lombardia	10,45	3,22
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,94</i>	<i>4,73</i>
<i>Trento</i>	<i>14,43</i>	<i>3,65</i>
Veneto	12,03	3,83
Friuli Venezia Giulia	10,20	3,47
Liguria	7,92	2,41
Emilia-Romagna	13,91	4,41
Toscana	12,05	3,30
Umbria	16,28	3,39
Marche	13,73	3,07
Lazio	8,07	2,17
Abruzzo	12,20	3,68
Molise	9,70	2,24
Campania	8,16	2,17
Puglia	8,47	2,68
Basilicata	11,11	3,55
Calabria	9,83	2,21
Sicilia	10,83	2,55
Sardegna	18,93	4,07
<b>Italia</b>	<b>11,27</b>	<b>3,15</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

**Tabella 2** - Tasso grezzo e standardizzato di mortalità (per 100.000) per suicidio, classe di età e regione - Anni 2007-2008

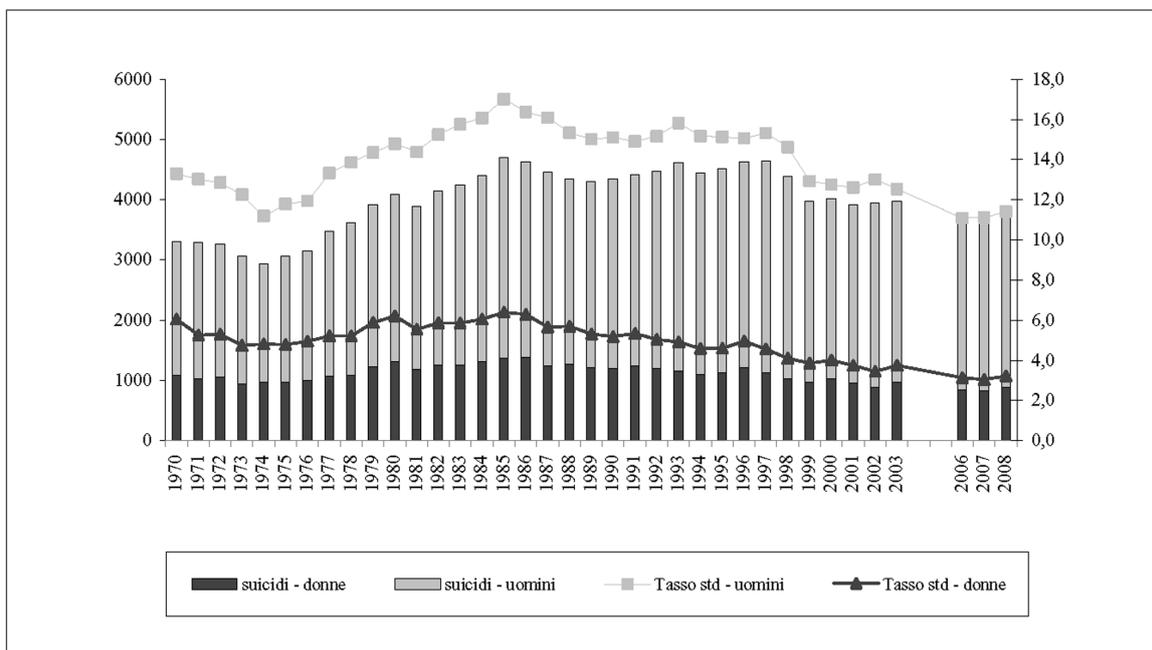
Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std Totale
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,39	8,84	12,88	13,62	9,73	9,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	8,25	14,75	36,36	11,94	11,03
Lombardia	2,07	6,11	8,38	12,51	6,91	6,71
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,28</i>	<i>9,05</i>	<i>16,49</i>	<i>21,52</i>	<i>10,71</i>	<i>10,69</i>
<i>Trento</i>	<i>2,49</i>	<i>7,58</i>	<i>14,24</i>	<i>13,38</i>	<i>8,74</i>	<i>8,80</i>
Veneto	4,00	7,56	9,31	11,02	8,00	7,82
Friuli Venezia Giulia	n.d.	6,26	13,50	8,03	7,23	6,74
Liguria	1,00	4,53	6,11	10,98	5,63	5,05
Emilia-Romagna	0,37	8,17	9,91	21,39	9,84	9,07
Toscana	2,48	6,55	9,56	17,37	8,24	7,56
Umbria	3,24	8,49	14,01	17,54	10,23	9,68
Marche	1,75	7,27	9,92	16,29	8,56	8,32
Lazio	1,16	4,28	7,48	9,78	5,11	5,01
Abruzzo	0,93	6,76	15,54	11,16	8,09	7,87
Molise	7,32	4,87	4,42	13,73	6,09	5,91
Campania	1,80	4,25	7,51	9,78	4,91	5,05
Puglia	2,31	4,74	7,57	10,26	5,46	5,48
Basilicata	7,25	5,52	15,04	11,93	7,47	7,28
Calabria	1,01	5,21	8,70	10,43	5,91	5,95
Sicilia	2,37	5,90	9,08	10,26	6,50	6,55
Sardegna	3,67	11,08	12,09	17,10	11,43	11,37
<b>Italia</b>	<b>2,11</b>	<b>6,32</b>	<b>9,49</b>	<b>13,04</b>	<b>7,26</b>	<b>7,08</b>

n.d. = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

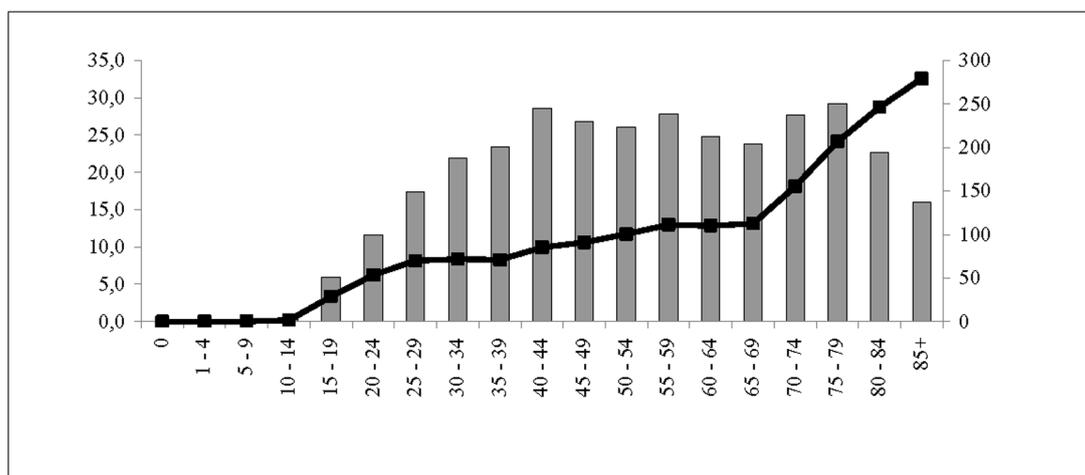
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

**Grafico 1** - Numero di decessi e tasso standardizzato (per 100.000) per suicidio nella popolazione di 15 anni ed oltre per genere - Anni 1970-2008



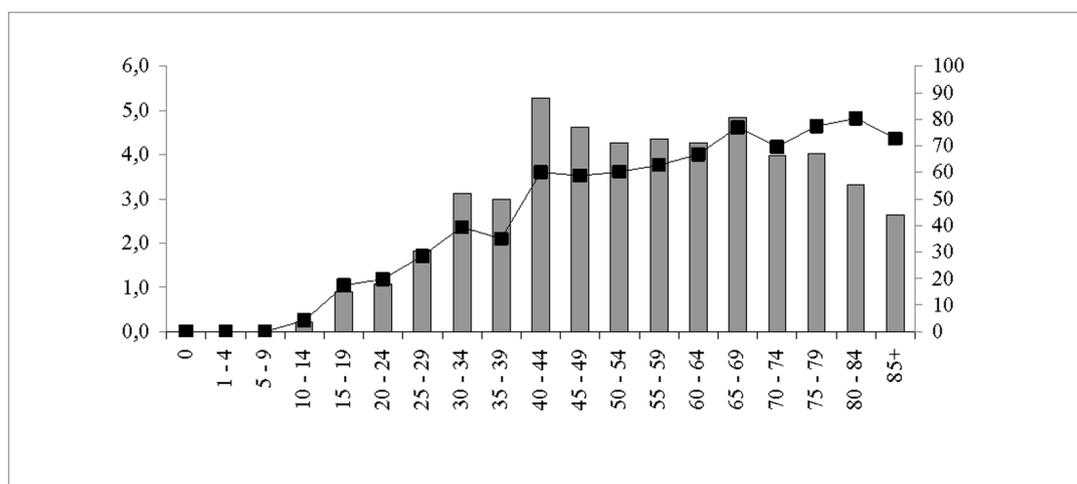
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

**Grafico 2** - Numero di decessi e tasso grezzo specifico di mortalità (per 100.000) per suicidio e classe di età. Maschi - Anni 2007-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

**Grafico 3** - Numero di decessi e tasso grezzo specifico di mortalità (per 100.000) per suicidio e classe di età. Femmine - Anni 2007-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La Commissione Europea ha inserito la “Prevenzione della depressione e dei suicidi” fra le cinque aree d’azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being* ed anche il “Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012” riprende questo tema tra le aree di intervento (8-9). Anche se il nostro Paese si colloca tra quelli europei a più basso rischio di suicidio (con livelli di mortalità per questa causa comparabili a quelli di Spagna e Grecia) ed il tasso di mortalità per suicidio in Italia è andato riducendosi nel tempo, l’aumento registratosi nel 2008 necessita di essere monitorato (10).

Inoltre, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d’Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione. In particolare, l’Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (8) indicano tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio anche la riduzione della disponibilità e dell’accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell’abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno tentato il suicidio.

A questo fine, l’implementazione con le informazioni sulle ospedalizzazioni per autolesione e tentato suicidio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute potrà fornire, in futuro, ulteriori e fondamentali informazioni su un fenomeno per il quale la mortalità rappresenta solo la punta dell’iceberg. Nell’ambito della programmazione di politiche di intervento, occorre poi tener conto del fatto che il decesso per suicidio si ripercuote con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in rela-

zione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche di indirizzo a livello nazionale basate anche sull’individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101 (1-3): 27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 2010 Jul 13;341:c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. “Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002”. *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) 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).
- (5) 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.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL, Roma, 2007.
- (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](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1384\\_a11legato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_a11legato.pdf).
- (10) Stucker D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dei ricoveri per malattie psichiatriche all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) delle regioni. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti residenti in una regione, dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate, sia in ricovero ordinario che diurno) con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319) in un arco di tempo

variabile (nel nostro caso, un anno solare), ed il totale dei residenti nella stessa regione nello stesso periodo di tempo.

Sono stati, inoltre, riportati i tassi standardizzati per età, in entrambi i generi, negli anni 2003 e 2010 (l'ultimo anno per il quale erano disponibili i dati), per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale (residenti, ricoveri ordinari e diurni)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

**Validità e limiti.** Dal punto di vista strettamente epidemiologico, i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che per molte patologie, ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti sia trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Inoltre, la corrispondenza tra il tasso di ricovero e la percentuale di persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è perfetta, ciò perché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare di anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei SPDC. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta, ancora oggi, il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

**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 anche tra le varie regioni. In base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in diversi Progetti Obiettivo (1-2), tuttavia, il valore nazionale può essere ragionevolmente adottato come valore standard di riferimento.

### Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per genere e per regione, nel 2003 e nel 2010. Nel complesso, il numero di ricoveri per disturbi psichici continua a ridursi e, nel 2010, è arrivato a 41,45 (per 10.000 abitanti) tra gli uomini, 40,24 (per 10.000) tra le donne. Nel 2003, questi valori erano più alti, rispettivamente, del 14,4% e del 12,7%. Come si può evincere dal Grafico 2 il trend è, peraltro, costante negli ultimi anni poiché nel 2008 i tassi di ricovero erano, per entrambi i generi, rispettivamente, 45,8 e 43,1 (per 10.000). Le regioni che, nel 2010, mostrano i tassi di ricovero più elevati, sono la Liguria (oltre il 60 sia negli uomini che nelle donne), la PA di Bolzano, la Sicilia e la Valle d'Aosta. Al contrario, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Campania continuano a mostrare tassi standardizzati di ospedalizzazione nettamente più bassi rispetto al dato nazionale.

Va rilevato, in ogni caso, che le differenze tra le regioni, nel 2010, non si sono attenuate: se nel 2003 il rapporto tra il tasso di ricovero più alto e quello più basso era di poco inferiore a 3, nel 2010 tale rapporto assume un valore simile. In altri termini, sebbene la situazione sia globalmente in miglioramento, permangono differenze ancora molto marcate tra regione e regione.

Tali differenze emergono, peraltro, analizzando in maggior dettaglio l'andamento temporale dell'indicatore (Grafico 1): tra il 2003 ed il 2010 in Abruzzo e nella PA di Bolzano la riduzione dei ricoveri ha quasi raggiunto il 40% (con una punta per gli uomini, in Abruzzo, del 46,7%), mentre in Piemonte, Campania e Basilicata (solo tra le donne) il tasso di ricovero è cresciuto. Se tale trend può essere comprensibile in Campania, dove i tassi erano e rimangono nettamente più bassi del valore nazionale, il fenomeno è più preoccupante in Piemonte, che era in passato al di sotto del dato italiano, mentre ora

si colloca nettamente al di sopra.

Infine, se si considera il tasso di ospedalizzazione nelle tre macroaree, Nord, Centro e Sud, non emergono differenze sostanziali a livello geografico: tassi più elevati rispetto al valore nazionale si osservano sia nelle regio-

ni settentrionali che nel Meridione. Tuttavia, mentre nel 2008 il trend di riduzione dei ricoveri era evidente solo per le regioni del Nord, va rilevato che ora anche la maggioranza delle regioni meridionali mostra un trend positivo di riduzione dell'ospedalizzazione.

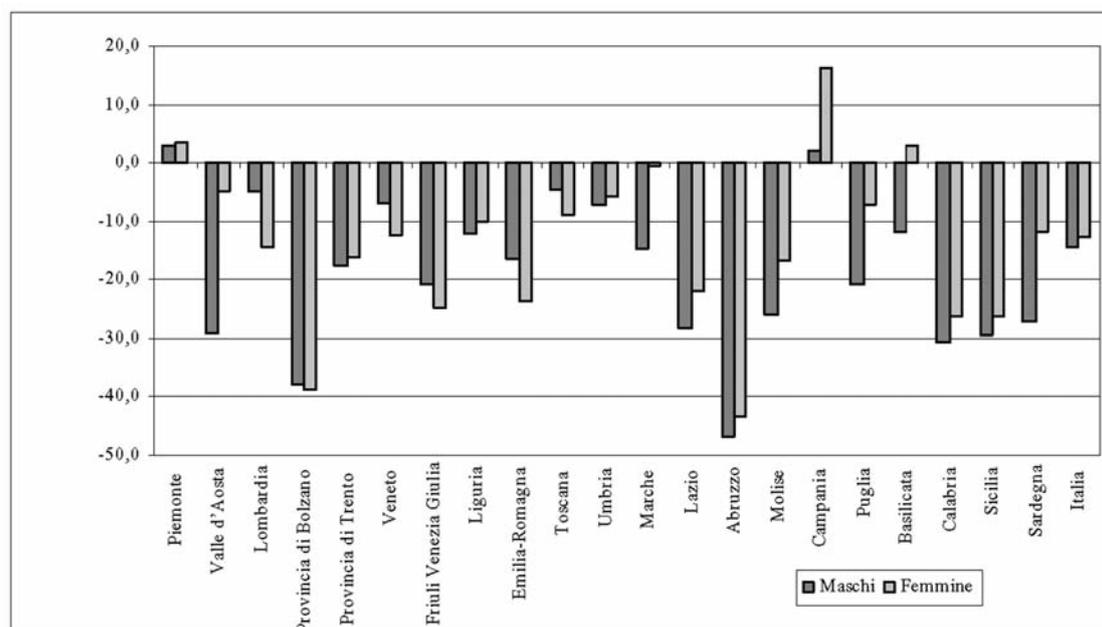
**Tabella 1** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici e variazione percentuale per genere e regione - Anni 2003, 2010

Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2010	Δ % 2003-2010	2003	2010	Δ % 2003-2010
Piemonte	43,42	44,66	2,9	44,24	45,81	3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	50,04	-29,3	53,20	50,66	-4,8
Lombardia	44,81	42,60	-4,9	46,57	39,92	-14,3
Bolzano-Bozen	83,89	52,16	-37,8	88,22	53,94	-38,9
Trento	43,53	35,90	-17,5	41,34	34,67	-16,1
Veneto	43,59	40,53	-7,0	45,39	39,70	-12,5
Friuli Venezia Giulia	31,48	24,96	-20,7	31,43	23,63	-24,8
Liguria	74,76	65,73	-12,1	70,69	63,63	-10,0
Emilia-Romagna	43,66	36,54	-16,3	47,70	36,44	-23,6
Toscana	39,13	37,35	-4,5	41,01	37,37	-8,9
Umbria	33,08	30,73	-7,1	33,50	31,61	-5,6
Marche	41,48	35,35	-14,8	33,34	33,12	-0,7
Lazio	66,00	47,25	-28,4	59,43	46,35	-22,0
Abruzzo	80,78	43,07	-46,7	73,79	41,89	-43,2
Molise	54,92	40,58	-26,1	54,66	45,44	-16,9
Campania	29,63	30,24	2,1	23,15	26,89	16,2
Puglia	39,34	31,12	-20,9	36,35	33,70	-7,3
Basilicata	45,09	39,71	-11,9	40,64	41,89	3,1
Calabria	49,11	34,06	-30,6	43,00	31,68	-26,3
Sicilia	73,65	52,02	-29,4	63,39	46,67	-26,4
Sardegna	52,03	37,92	-27,1	43,72	38,52	-11,9
<b>Italia</b>	<b>48,45</b>	<b>41,45</b>	<b>-14,4</b>	<b>46,11</b>	<b>40,24</b>	<b>-12,7</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

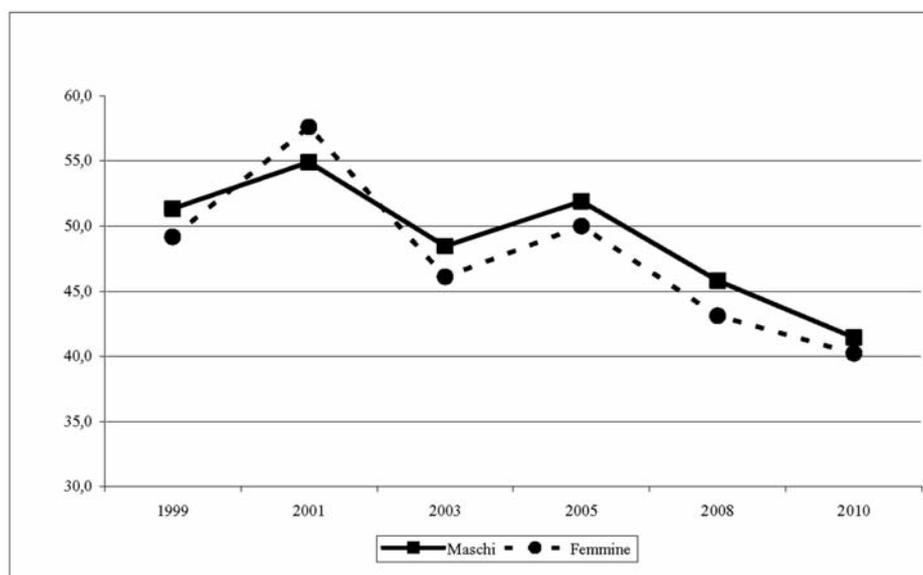
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 1** - Variazione percentuale del tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003, 2010



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere - Anni 1999-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2010 confermano la tendenza alla riduzione dei ricoveri che già era evidente negli anni precedenti.

Rispetto a 7 anni or sono, i ricoveri complessivi si sono ridotti di quasi il 15%. È, inoltre, da sottolineare come tale trend discendente sia ormai costante da almeno 4 anni, dopo alcuni rimbalzi che avevano fatto temere una sostanziale inefficacia delle politiche socio-sanitarie messe in atto nell'ultimo decennio.

Da un lato, occorre ricordare come, dal 1999 al 2009, il tasso di dimissione ospedaliera per tutte le cause è sceso di circa il 25%, ovvero di una quota maggiore a quella dei ricoveri per disturbi mentali (circa il 18%). Di conseguenza, è possibile che la riduzione osservata del tasso di ricovero sia esclusivamente un effetto della riduzione complessiva del ricorso all'ospedale. D'altro canto, occorre in ogni caso identificare quelle che possono essere le cause della riduzione del ricorso all'ospedale. In tal senso, i dati osservati possono far supporre che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). Al contrario, nelle regioni dove il tasso di ospedalizzazione è decisamente più elevato del dato nazionale o è cresciuto nel tempo (in particola-

re, in Piemonte), è probabile che vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale e permangano, quindi, ancora notevoli margini di miglioramento (anche in virtù dell'adozione delle misure citate). Come, infatti, ha evidenziato anche l'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2011-2013) (3), oltre alla necessità di uniformare la distribuzione sul territorio dei servizi che si occupano di salute mentale, sono diventati obiettivi primari la differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni e della tipologia di pazienti (ad esempio, in base al grado di assistenza richiesta), nonché il miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale. Sicuramente, ulteriori risultati potrebbero derivare dal rafforzamento dei rapporti con la medicina generale e dalla implementazione di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" (4) con lo scopo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione e rafforzare gli interventi in quegli ambiti che necessitano di particolare attenzione (come, ad esempio, tutelare la salute mentale nell'età evolutiva, promuovere una forma di assistenza dei pazienti di tipo domiciliare, in modo da favorire la loro re-inclusione sociale e lavorativa); tutto ciò allo scopo di migliorare la qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona ed all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

**Riferimenti bibliografici**

(1) 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\\_paragraphi\\_0\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_fileAllegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragraphi_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf).

(2) DPR 01.09.1999 “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000”. Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf).

(3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito:

[www.agenas.it/agenas\\_pdf/181110\\_per\\_PSN.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf).

(4) Ministero della Salute. “Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale”. Disponibile sul sito:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf).

## Ospedalizzazione per patologie alcol correlate

**Significato.** Il tasso descrive l'andamento del ricovero per patologie alcol correlate nelle strutture pubbliche e private accreditate. L'indicatore è espresso dal rapporto tra il numero di

soggetti dimessi per patologie alcol correlate (vedi nota) e la popolazione media residente.

I tassi sono stati calcolati per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010 standardizzati per genere e classi di età.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate\*

Numeratore	Dimissioni per patologie alcol correlate (diagnosi primaria e secondaria)	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

**Nota:** patologie considerate come alcol correlate e rispettivi codici ICD IX-CM:

Abuso di alcool	303.0, 305.0
Cardiomiopatia alcolica	425.5
Sindrome da dipendenza da alcol	303.9
Polineuropatia alcolica	357.5
Gastrite alcolica	535.3
Malattia epatica alcolica	571.0-571.3
Miopatia alcolica	359.4
Psicosi alcolica	291.3, 291.5, 291.85, 291.9
Sindrome fetale alcolica	655.4, 760.7
Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol	980.0, 980.1
Eccessivo livello ematico di alcool	790.3

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

**Validità e limiti.** L'indicatore rappresenta una stima di alcune delle patologie più frequenti (vedi codici ICM in nota) legate all'uso ed all'abuso di sostanze alcoliche che sono state raggruppate in un unico indicatore. La scelta delle patologie, che non è perfettamente corrispondente a quelle indicate in letteratura ed utilizzate dal Ministero della Salute, quali totalmente o parzialmente alcol correlate, deriva dalla necessità di confronto con i dati presentati nel Rapporto Osservasalute gli scorsi anni. Pertanto, se da una parte non può essere rappresentato il *burden of disease* che concerne le patologie, dall'altra sono, comunque, rappresentate patologie di elevata frequenza ed indicative sia del ruolo dell'alcol in eventi acuti che conseguenti a consumi rilevanti nel tempo, nonché l'influenza dell'alcol sulla gravidanza. Il raggruppamento si rende necessario per la scarsa frequenza di ogni singola patologia che risentirebbe di fluttuazioni casuali. Non viene, inoltre, presa in considerazione la mobilità dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di diagnosi e cura anche se è poco probabile. L'indicatore si riferisce anche alle patologie acute che interessano tutte le fasce di popolazione, pertanto il tasso è stato costruito considerando tutte le classi di età.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore nazionale è stato adottato come valore di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Il tasso nazionale di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate, nel 2010, resta sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente, seppur mostrando lievemente il continuo trend in diminuzione nella popolazione femminile (Tabella 1).

Analizzando i dati regionali stratificati per genere (Grafici 1 e 2), si può notare che, per le PA di Bolzano e Trento, i tassi diminuiscono in maniera più marcata rispetto alle altre regioni, sia negli uomini che nelle donne, rispetto al 2009; anche Valle d'Aosta e Liguria mostrano un continuo trend in diminuzione, ma in maniera più rilevante nel genere maschile rispetto a quello femminile.

Seppur in maniera meno evidente, anche Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia presentano tassi inferiori rispetto al 2009, in entrambi i generi. Toscana, Campania e Sicilia registrano, inoltre, i tassi più bassi negli uomini rispetto alle altre regioni ed al valore nazionale.

I tassi più elevati si registrano nella popolazione maschile di Basilicata, Molise e Sardegna per il Meridione e Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e PA di Trento per il Nord, che si assestano su valori di almeno un terzo superiori al dato nazionale.

Stratificando i risultati per fasce di età e genere (Grafici 3 e 4), si evidenzia un maggior tasso di

dimissioni nelle fascia di età 55-64, sia negli uomini che nelle donne, i cui valori nazionali restano sostanzialmente invariati rispetto all'anno precedente, ma in costante diminuzione rispetto al quadriennio 2007-2010.

Considerando le singole regioni, si rileva che i soggetti di genere maschile di Valle d'Aosta e PA di Bolzano mostrano valori triplicati rispetto al dato

nazionale nelle fasce di età 55-64, 65-74 ed *over* 75enni, mentre valori doppi si rilevano per PA di Trento e Friuli Venezia Giulia nelle suddette fasce, in Basilicata e Sardegna nella fascia 55-64 anni.

Nelle donne la fascia di età con valori di dimissioni più elevati si conferma essere quella 55-64 anni, con dati maggiori in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e Trento.

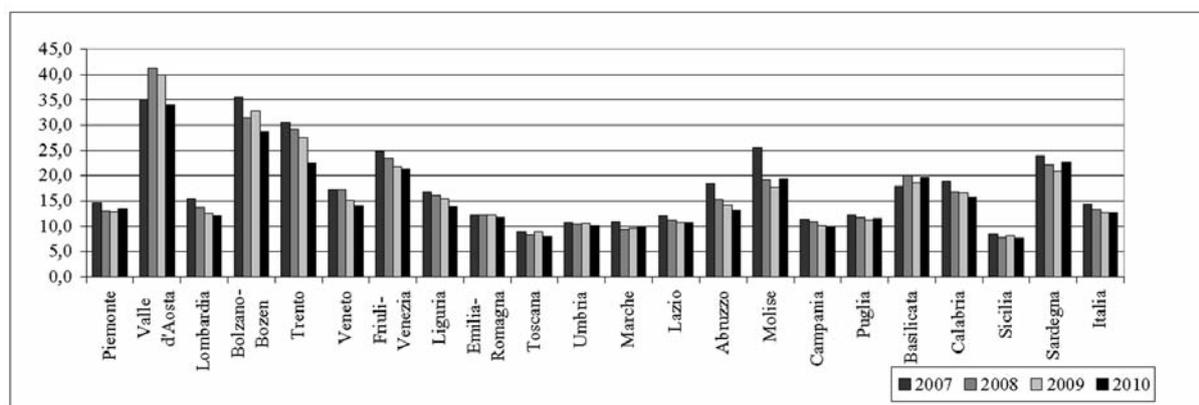
**Tabella 1** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007			2008			2009			2010		
	M	F	Totale									
Piemonte	14,64	4,06	9,04	13,02	3,77	8,13	12,86	3,09	7,67	13,60	3,01	7,99
Valle d'Aosta	35,04	10,88	22,38	41,16	8,93	24,16	39,91	9,66	23,52	34,10	9,27	20,88
Lombardia	15,53	3,54	9,06	13,69	3,01	7,95	12,61	2,68	7,27	12,04	2,58	6,95
Bolzano-Bozen	35,51	8,68	21,17	31,40	10,85	20,56	32,77	8,53	19,89	28,68	7,51	17,46
Trento	30,45	7,14	17,96	29,24	6,93	17,16	27,57	7,19	16,24	22,43	5,93	13,61
Veneto	17,26	4,68	10,46	17,24	4,22	10,23	15,22	3,91	9,13	14,09	3,58	8,48
Friuli Venezia Giulia	24,70	6,81	14,98	23,37	5,89	13,83	21,75	5,88	13,16	21,26	5,49	12,68
Liguria	16,79	4,52	10,23	16,19	4,86	10,12	15,44	3,74	9,20	13,94	3,43	8,33
Emilia-Romagna	12,29	3,00	7,35	12,16	3,09	7,33	12,27	2,84	7,24	11,82	2,47	6,87
Toscana	8,95	2,76	5,66	8,29	2,90	5,41	8,95	2,37	5,42	7,95	2,48	5,01
Umbria	10,71	2,03	6,09	10,47	2,71	6,36	10,69	2,15	6,14	10,20	2,52	6,14
Marche	11,02	2,06	6,30	9,49	2,28	5,66	9,56	2,60	5,86	9,87	2,08	5,75
Lazio	12,11	2,38	6,92	11,32	2,13	6,39	10,85	2,28	6,26	10,72	2,36	6,24
Abruzzo	18,32	3,82	10,67	15,39	3,38	9,08	14,27	2,95	8,26	13,25	2,51	7,61
Molise	25,53	3,91	14,24	19,25	3,69	11,09	17,80	3,06	10,16	19,37	2,46	10,65
Campania	11,48	2,55	6,78	10,92	2,56	6,53	10,13	2,33	6,01	9,72	1,92	5,60
Puglia	12,27	3,39	7,61	11,72	3,15	7,22	11,27	2,49	6,64	11,56	2,49	6,76
Basilicata	17,88	3,08	10,20	19,99	2,13	10,67	18,53	2,91	10,39	19,72	2,36	10,63
Calabria	18,82	3,27	10,69	16,87	3,42	9,82	16,72	2,71	9,40	15,81	2,43	8,79
Sicilia	8,51	1,68	4,91	7,76	1,38	4,39	8,09	1,59	4,66	7,74	1,36	4,36
Sardegna	24,00	3,24	13,07	22,17	2,83	12,00	20,90	2,60	11,22	22,72	2,61	12,06
<b>Italia</b>	<b>14,35</b>	<b>3,34</b>	<b>8,49</b>	<b>13,34</b>	<b>3,13</b>	<b>7,91</b>	<b>12,78</b>	<b>2,84</b>	<b>7,48</b>	<b>12,78</b>	<b>2,75</b>	<b>7,44</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

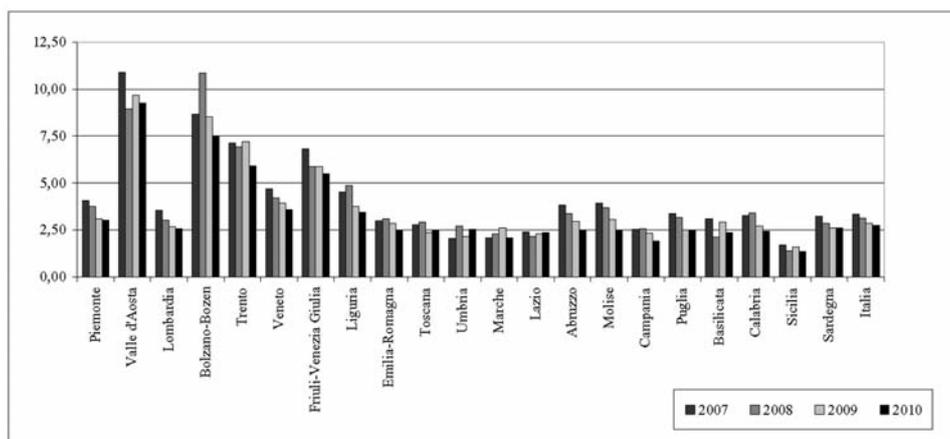
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per regione. Maschi - Anni 2007-2010



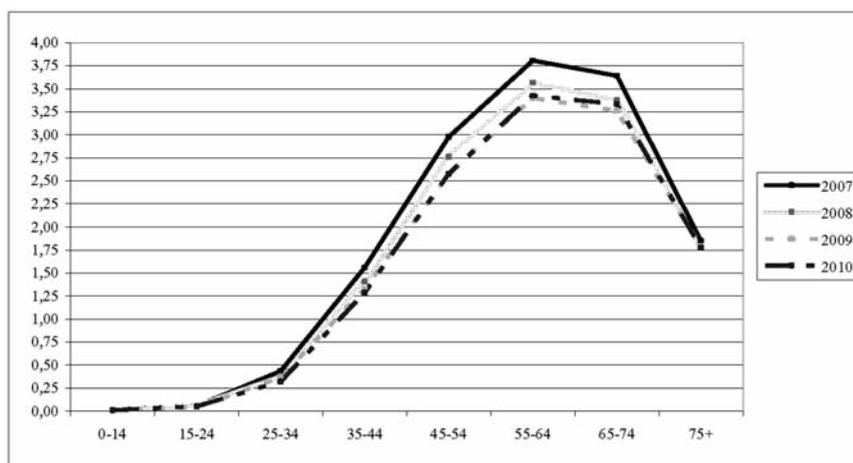
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per regione. Femmine - Anni 2007-2010



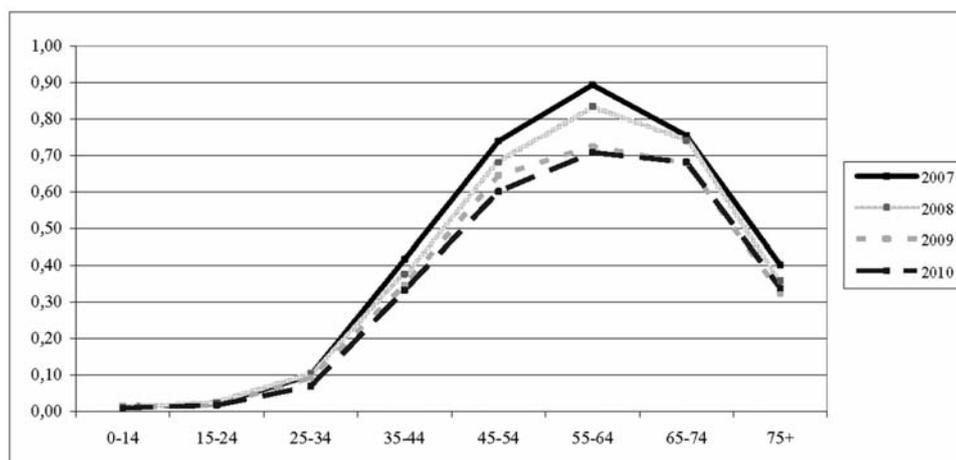
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per classe di età. Maschi - Anni 2007-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Grafico 4** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per classe di età. Femmine - Anni 2007-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

I tassi di ospedalizzazione per patologie alcol correlate, standardizzati per genere e classi di età, mostrano la continua tendenza alla diminuzione, seppur in maniera lieve, rispetto all'anno precedente.

La variabilità regionale riscontrata potrebbe essere dovuta ad una differente funzionalità ed accessibilità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di prevenzione che di cura.

Particolare attenzione deve essere posta nella lettura dei risultati, poichè l'indicatore utilizzato prende in considerazione sia patologie acute (ad esempio, eccessivo livelli ematici di alcol), per le quali il ricovero avviene in urgenza, sia patologie croniche (ad esempio, cardiomiopatia alcolica, malattia epatica alcolica etc.), per le quali l'accesso alla struttura ospedaliera potrebbe essere effettuato per altre patologie.

Inoltre, come segnalato dal Ministero della Salute (1), l'appropriatezza del ricovero potrebbe influenzare i dati.

L'implementazione di strategie di controllo, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali ed il potenziamento delle strutture territoriali, non sempre omogenee sul territorio nazionale, potrebbero portare ad ulteriori progressi ed alla continua diminuzione dell'ospedalizzazione per le patologie correlate all'abuso di sostanze alcoliche.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Programma Operativo di Appropriatezza. Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza. Ministero della Salute.

Disponibile sul sito:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1492\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1492_allegato.pdf) (Ultimo accesso 20/9/2012).

## Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

**Significato.** L'indicatore utilizzato permette di valutare in modo indiretto la frequenza di alcune patologie

del sistema nervoso centrale, nonché i volumi di prescrizione di farmaci a livello nazionale e regionale.

### Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*	
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	x 1.000

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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.** L'utilizzo dei flussi informativi attraverso i dati provenienti dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali permette di descrivere l'andamento della prescrizione e delle vendite di farmaci in funzione del tempo e di studiarne la variabilità prescrittiva nelle diverse aree geografiche. Allo stesso modo, le banche dati che registrano le ricette erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) permettono di analizzare la variabilità della spesa farmaceutica.

La metodologia Dose Definita Giornaliera (DDD) rappresenta la metodologia standard internazionale della prescrizione di farmaci ed è, a tutt'oggi, il metro di misura dei volumi di prescrizione di farmaci o di categorie farmaceutiche. L'indicatore, inoltre, tenendo conto della popolazione residente, permette di confrontare i volumi di prescrizioni relativi alle diverse realtà regionali.

Un limite dell'indicatore è dovuto al fatto che la DDD (1) rappresenta unicamente la dose di mantenimento e non quella di terapia iniziale (dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso). Nella lettura epidemiologica dei dati la DDD, per le terapie brevi, rappresenta unicamente un sistema di confronto dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata, soprattutto per quanto riguarda i farmaci antidepressivi.

Nonostante i limiti, il sistema DDD rappresenta il metodo standard per confrontare i dati regionali tra loro e con quelli nazionali o, eventualmente, con quelli internazionali, essendo una metodologia sottoposta a periodica revisione dal *Nordic Council of Medicine* di Uppsala (Svezia) (2).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Si consideri, quale valore di riferimento, il dato nazionale.

### Descrizione dei risultati

#### Farmaci antipsicotici (classe N05A)

Questa classe di farmaci presenta un trend in diminuzione negli ultimi 10 anni, fatta eccezione per il 2009 in cui si è osservato un lieve incremento (Tabella 1 e Grafico 1). Osservando i dati regionali, si può notare una riduzione di prescrizioni più accentuata, rispetto agli anni precedenti, per alcune regioni. In particolare, la Calabria mostra una riduzione della metà delle prescrizioni, passando da valori doppi nel 2010 a valori appena al di sopra del dato nazionale nel 2011.

Un aumento di prescrizione di antipsicotici, nel 2010, si osserva nelle PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sicilia, con valori in lieve diminuzione nel 2011, fatta eccezione per la PA di Bolzano. L'Abruzzo e la Sicilia, inoltre, mantengono valori più che doppi rispetto al dato nazionale.

#### Farmaci antidepressivi (classe N06A)

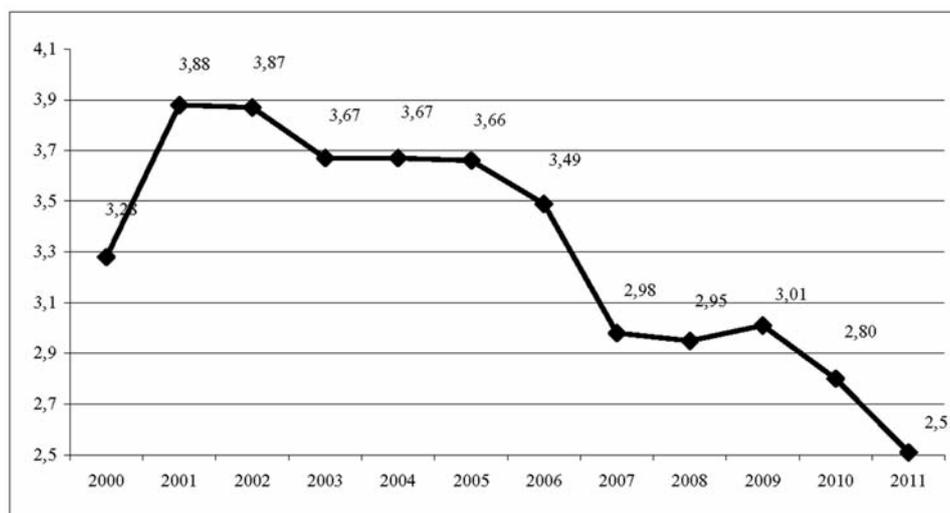
Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra un continuo aumento negli ultimi 10 anni (Tabella 2 e Grafico 2). In Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia si osservano valori al di sotto del dato nazionale, in particolare valori bassi si registrano in Friuli Venezia Giulia, Campania, Basilicata e Puglia. Così come negli anni precedenti, il valore più elevato si osserva in Toscana.

**Tabella 1** - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antipsicotici pesato per età e per regione - Anni 2000-2011

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51	2,20	1,90
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44	1,65	1,78	1,83	1,81	1,88
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78	2,70	2,50
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13	2,52	2,56
Trento	-	-	-	-	-	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05	2,15	2,12
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05	1,91	1,72
Friuli Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59	1,53	1,47	1,40	1,56	1,48
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04	1,91	1,78
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54	1,53	1,43
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12	2,06	1,97
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16	1,17	1,21
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26	2,09	2,06
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25	2,23	2,10
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34	6,57	6,48
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82	3,05	3,00
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20	3,08	2,70
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56	3,09	2,82
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14	2,80	2,77
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42	5,35	2,54
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21	5,32	4,83
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08	3,98	3,77
<b>Italia</b>	<b>3,28</b>	<b>3,88</b>	<b>3,87</b>	<b>3,67</b>	<b>3,67</b>	<b>3,66</b>	<b>3,49</b>	<b>2,98</b>	<b>2,95</b>	<b>3,01</b>	<b>2,80</b>	<b>2,51</b>

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

**Grafico 1** - Trend nazionale dei farmaci antipsicotici (classe N05A) - Anni 2000-2011

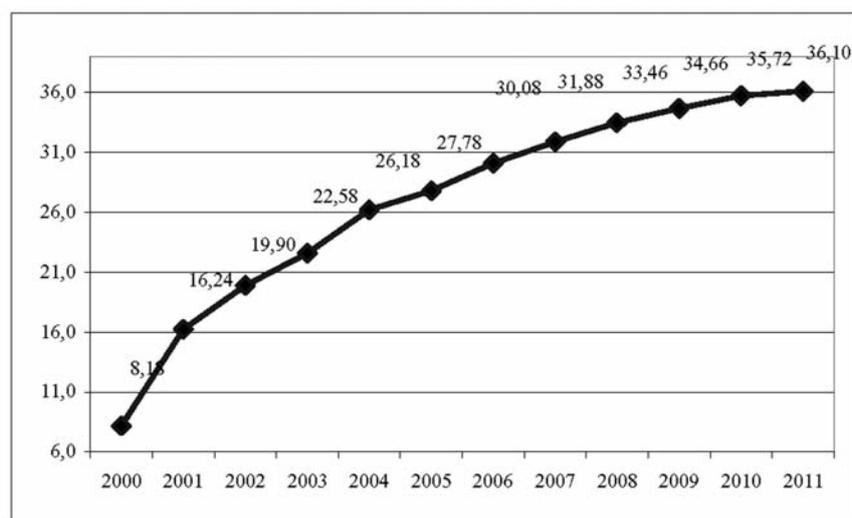
**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

**Tabella 2** - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e per regione - Anni 2000-2011

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	39,90
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	34,21
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	33,37
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	44,02
Trento	-	-	-	-	-	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	33,62
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	33,42
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	29,32
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	48,05
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	42,17
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	55,82
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	43,48
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	37,99
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	34,08
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	34,70
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,28
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	27,82
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	29,08
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	28,95
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	33,41
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	31,04
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	42,88
<b>Italia</b>	<b>8,18</b>	<b>16,24</b>	<b>19,90</b>	<b>22,58</b>	<b>26,18</b>	<b>27,78</b>	<b>30,08</b>	<b>31,88</b>	<b>33,46</b>	<b>34,66</b>	<b>35,72</b>	<b>36,10</b>

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

**Grafico 1** - Trend nazionale dei farmaci antidepressivi (classe N06A) - Anni 2000-2011

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Per quanto riguarda i farmaci antipsicotici, la prescrizione di farmaci ha subito una diminuzione negli ultimi 4 anni, dato probabilmente destinato a diminuire ulteriormente a causa della numerosità degli eventi avversi dimostrati dall'utilizzo continuativo di tali terapie.

Il trend dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi mostra, al contrario, un continuo aumento che difficilmente vedrà un'inversione di tendenza. Questo

potrebbe essere imputato a due fattori principali. Il primo è la facilità di utilizzo della tipologia farmaceutica. Infatti, sempre più spesso le forme di depressione lievi vengono trattate dai Medici di Medicina Generale senza il supporto specialistico, motivo per cui senza un adeguato controllo il volume di farmaci prescrivibili, tramite il SSN, potrebbe essere destinato ad aumentare, con relativo aumento della spesa.

Il secondo, e forse di maggior importanza, dipende dalle ultime stime dell'Organizzazione Mondiale del-

la Sanità (3) dalle quali emerge che, nel 2020, la depressione sarà la seconda causa di morte nei Paesi occidentali, con crescente e continuo utilizzo dei farmaci correlati.

La variabilità interregionale potrebbe essere imputata ad inappropriatezza prescrittiva nelle regioni meno virtuose.

Alla luce dei risultati mostrati, potrebbe rendersi necessaria una riflessione che miri a trovare i giusti supporti nelle strutture territoriali per la diagnosi e la

cura delle patologie depressive in modo da migliorare, laddove possibile, l'appropriatezza prescrittiva.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito:

[www.agenziafarmaco.gov.it/wscs\\_render\\_attachment\\_by\\_id/111.61850.1150390484813676c.pdf?id=111.61855.1150390485109](http://www.agenziafarmaco.gov.it/wscs_render_attachment_by_id/111.61850.1150390484813676c.pdf?id=111.61855.1150390485109).

(2) Disponibile sul sito:

[www.whocc.no/filearchive/publications/2011guidelines.pdf](http://www.whocc.no/filearchive/publications/2011guidelines.pdf). Ultimo accesso 5 dicembre 2012.

(3) Rapporto osmed 2011. AIFA, luglio 2011.

## 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 (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato

con il rischio di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) 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 dei tassi di suicidio (3-4).

### Tasso di mortalità per suicidio\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

\*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 classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10) (5) e dai dati sulla popolazione residente raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Il primo limite 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 non tiene conto dei suicidi commessi nel nostro Paese da stranieri non residenti (sono, invece, inclusi gli stranieri regolarmente residenti). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (16 casi registrati nel biennio 2008-2009) e non inficia la validità dell’indicatore. L’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD), fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare 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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), 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 2008-2009, il più recente disponibile).

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2008-2009, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,43 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,23 per 100.000 (Tabella 1). Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,12 per le donne (Tabella 2). La distribuzione dei tassi specifici per età (Tabella 1, Grafici 1 e 2) mostra che, 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 ed il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,20 suicidi per 100.000 abitanti nella classe di età 65-69 a 32,72 per 100.000 tra gli *over* 84enni). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 65-69 anni (4,64 per 100.000), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (3,71 tra le donne di 85 anni ed oltre) (dati non presenti in tabella).

L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio troviamo, infatti, la PA di Bolzano (12,00 per 100.000), la Valle d’Aosta (10,53 per 100.000), il Piemonte (9,84 per 100.000), l’Emilia-Romagna (9,25 per 100.000) ed anche la Sardegna (11,99 per 100.000); all’estremo opposto, con i tassi più bassi (che sono circa la metà se comparati a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate) troviamo la

Campania (4,98 per 100.000), il Lazio (5,32 per 100.000), la Puglia (5,51 per 100.000), la Sicilia (6,28 per 100.000) ed, al Nord, la Liguria (4,82 per 100.000) (Tabella 1). Per gli uomini le regioni con i tassi di suicidio più elevati al Nord sono la PA di Bolzano (19,89 per 100.000), la Valle d'Aosta (19,02 per 100.000), il Piemonte (16,49 per 100.000), l'Emilia-Romagna (15,18 per 100.000) ed, al Sud, la Sardegna (20,41 per 100.000) ed il Molise (15,06 per 100.000). Per le donne i livelli di mortalità per suicidio più elevati si riscontrano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 5,52 e 4,23 per 100.000), in Piemonte (4,13 per 100.000), in Emilia-Romagna (4,35 per 100.000) ed in Sardegna (4,53 per 100.000) (Tabella 2).

Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale (Grafico 3), mostra una riduzione del tasso a partire dal-

la metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni di osservazione (con 3.870 suicidi nel 2009). L'incremento registrato osservato negli anni più recenti è stato dovuto, pressoché esclusivamente, ad un aumento dei suicidi tra gli uomini per i quali il tasso standardizzato è passato da 11,70 (per 100.000) nel 2006 e nel 2007 ad un valore di 11,90 (per 100.000) nel 2008 e di 12,20 (per 100.000) nel 2009 (Grafico 3). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni di disponibilità del dato si evince che l'aumento della mortalità per suicidio ha riguardato soprattutto gli uomini nella fascia di età 25-69 anni (Grafico 4).

**Tabella 1** - Tasso grezzo e standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio, classe di età e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	3,04	9,15	14,07	16,19	10,46	9,84
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	8,23	10,97	31,66	10,95	10,53
Lombardia	2,05	7,03	8,06	9,93	7,27	7,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,52</i>	<i>11,28</i>	<i>14,99</i>	<i>19,63</i>	<i>12,16</i>	<i>12,00</i>
<i>Trento</i>	<i>4,87</i>	<i>7,82</i>	<i>8,99</i>	<i>15,16</i>	<i>8,64</i>	<i>8,40</i>
Veneto	2,26	7,48	8,09	10,67	7,69	7,49
Friuli Venezia Giulia	-	6,91	12,96	8,29	7,66	7,16
Liguria	-	4,64	5,92	9,03	5,35	4,82
Emilia-Romagna	1,44	8,10	12,17	20,76	10,04	9,25
Toscana	1,65	6,44	11,90	18,74	8,64	7,81
Umbria	3,24	7,01	11,52	16,34	8,72	8,08
Marche	1,76	7,18	9,78	17,87	8,70	8,17
Lazio	1,16	4,92	6,77	9,17	5,43	5,32
Abruzzo	1,88	6,57	11,31	12,30	7,64	7,45
Molise	11,12	7,14	9,10	14,78	8,58	8,45
Campania	1,82	4,39	6,07	9,64	4,87	4,98
Puglia	1,82	4,57	7,94	11,40	5,48	5,51
Basilicata	5,56	6,60	14,63	9,93	7,85	7,65
Calabria	1,03	5,70	11,23	9,62	6,46	6,61
Sicilia	2,00	5,74	9,17	8,92	6,24	6,28
Sardegna	5,29	11,16	15,81	17,94	12,10	11,99
<b>Italia</b>	<b>2,05</b>	<b>6,58</b>	<b>9,60</b>	<b>12,73</b>	<b>7,43</b>	<b>7,23</b>

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

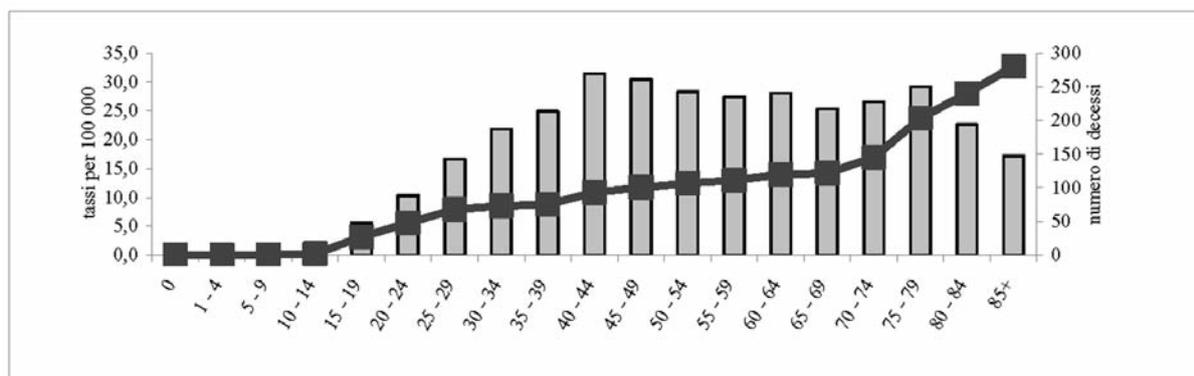
**Tabella 2** - Tasso standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,49	4,13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,02	2,73
Lombardia	11,69	3,06
Bolzano-Bozen	19,89	5,52
Trento	13,86	4,23
Veneto	12,30	3,26
Friuli Venezia Giulia	11,21	3,50
Liguria	8,10	2,21
Emilia-Romagna	15,18	4,35
Toscana	13,40	3,24
Umbria	14,36	2,69
Marche	14,16	2,99
Lazio	8,81	2,45
Abruzzo	11,42	3,90
Molise	15,06	2,48
Campania	8,05	2,35
Puglia	9,18	2,36
Basilicata	12,41	3,31
Calabria	11,20	2,51
Sicilia	10,49	2,63
Sardegna	20,41	4,53
<b>Italia</b>	<b>12,05</b>	<b>3,12</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

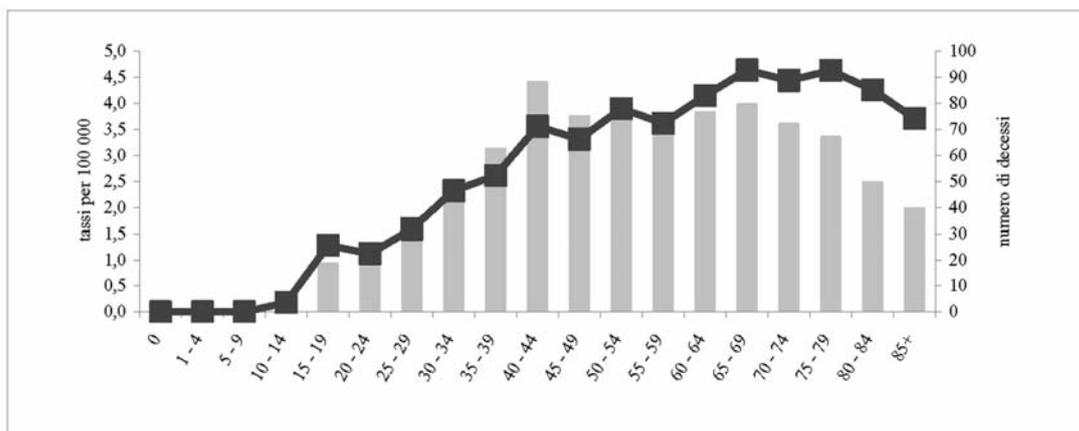
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Maschi - Anni 2008-2009



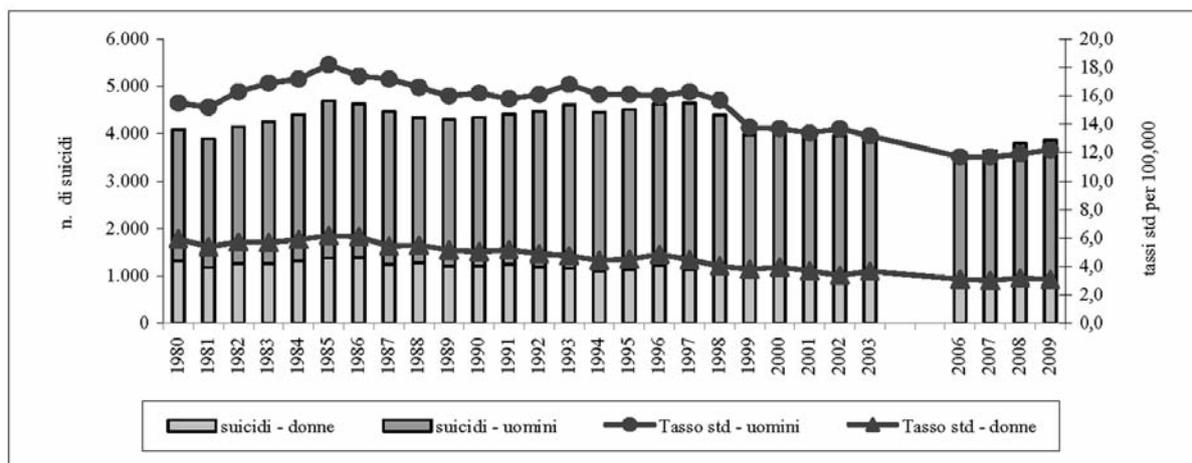
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

**Grafico 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Femmine - Anni 2008-2009



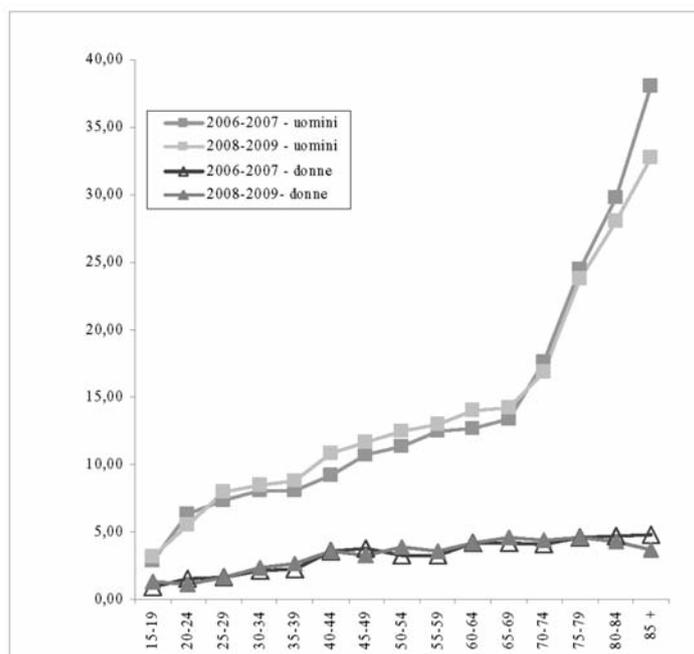
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

**Grafico 3** - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (per 100.000) per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2009



**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

**Grafico 4** - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007 e 2008-2009



**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree di azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being*. Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" ha ripreso questo tema tra le aree d'intervento (6, 7). Il nostro Paese si colloca ancora tra quelli europei a più basso rischio di suicidio, ma l'incremento della mortalità che si sta osservando negli ultimi anni, sebbene meno marcato rispetto a quello che si è registrato in altri Paesi europei, necessita di essere attentamente monitorato (8).

Inoltre, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d'Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione.

In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (6) indicano, tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio, anche la riduzione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell'abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno tentato il suicidio. Nell'ambito della programmazione di politiche d'intervento, occorre poi tener conto che il decesso per suicidio si ripercuote

con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

L'integrazione di fonti di dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della Salute ed i Centri Antiveneni presenti in alcune regioni, potrebbe fornire in futuro ulteriori e fondamentali informazioni sul fenomeno suicidario per il quale la mortalità rappresenta solo la punta dell'iceberg.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche d'indirizzo a livello nazionale basate anche sull'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug; 101 (1-3): 27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010 Jul 13; 341: c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) 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).

- (5) 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.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (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](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1384\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_allegato.pdf).
- (10) Stucker D., Basu S., Suhrcke M. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dei ricoveri per malattie psichiatriche all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) delle regioni. L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero di soggetti residenti in una regione, dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate, sia in ricovero ordinario che diurno) con diagnosi primaria di disturbo psichico

(codici ICD-9-CM: 290-319) in un arco di tempo variabile (nel nostro caso, un anno solare), ed il totale dei residenti nella stessa regione nello stesso periodo di tempo.

Sono stati, inoltre, riportati i tassi standardizzati per età, in entrambi i generi, negli anni 2003 e 2012, per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

**Validità e limiti.** Dal punto di vista strettamente epidemiologico, i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che per molte patologie, ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti sia trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Inoltre, la corrispondenza tra il numero di ricoveri e le persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è esatta, poiché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare di anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei SPDC. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta, ancora oggi, il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

**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 le varie regioni. In base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in diversi Progetti Obiettivo (1, 2), tuttavia, il valore nazionale può essere ragionevolmente adottato come valore standard di riferimento.

### Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per genere e per regione, nel 2003 e nel 2012. Nel 2012, il tasso di ricovero per disturbi psichici è pari a 41,38 (per 10.000) tra gli uomini e 38,03 (per 10.000) tra le donne. Nel 2003, questi valori erano più alti, rispettivamente, del 14,6% e del 17,5% (Tabella 1 e Grafico 1). Dall'analisi del trend delle dimissioni ospedaliere negli anni 1999-2012 appare evidente che, dopo una prima fase caratterizzata da un andamento fluttuante dei ricoveri, negli ultimi 7 anni si è verificata una riduzione pressoché costante del ricorso all'ospedalizzazione (Grafico 2).

Sebbene la situazione complessiva mostri un netto miglioramento, tra le diverse regioni vi erano e continuano ad esserci differenze marcate: nel 2012, il rapporto tra il tasso di ricovero più alto e quello più basso continua ad essere di poco inferiore a 3, così come accadeva nel 2003. In particolare, la PA di Bolzano, la Liguria, il Lazio e l'Abruzzo mostrano tassi di ricovero decisamente più elevati rispetto al valore nazionale, con la Liguria che continua a superare, in entrambi i generi, i 60 ricoveri per 10.000 abitanti. Al contrario, il Friuli Venezia Giulia, la PA di Trento, l'Emilia-Romagna e la Toscana e, nel Meridione, la Campania e la Puglia presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi (nel caso del Friuli Venezia Giulia nettamente) rispetto al dato nazionale.

Nel confronto con i dati nazionali e regionali di 10 anni fa (2003) (Grafico 1), emergono, da un lato il marcato decremento del tasso ospedaliero in quasi tutte le regioni ed in entrambi i generi, mentre dall'altro alcune significative eccezioni. Se, infatti, nella PA di Bolzano ed in Abruzzo la riduzione dei ricoveri tra il 2003 ed il 2012 ha ormai raggiunto il 40% (-45,2% tra gli uomini residenti nella PA di Bolzano e -44,7% tra le donne in Abruzzo), in Piemonte, Umbria, Marche ed, in partico-

lare, in Campania il tasso di ospedalizzazione è cresciuto, anche se nelle ultime 3 regioni citate il tasso di ricovero continua ad essere inferiore al valore nazionale. In Piemonte, invece, la situazione appare critica, poiché in questa regione il tasso di ospedalizzazione era in passato inferiore al dato italiano, mentre nel 2012 (come era già nel 2010) risulta nettamente superiore in entrambi i generi.

Infine, se si esaminano le differenze tra le macroaree Nord, Centro e Sud ed Isole, non si evincono sostanziali differenze di tipo geografico: tassi al di sopra del valore nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea per entrambi i generi. Appare chiaro che il trend positivo di riduzione dell'ospedalizzazione è ormai un fenomeno diffuso in pressoché tutte le regioni, incluse quelle meridionali.

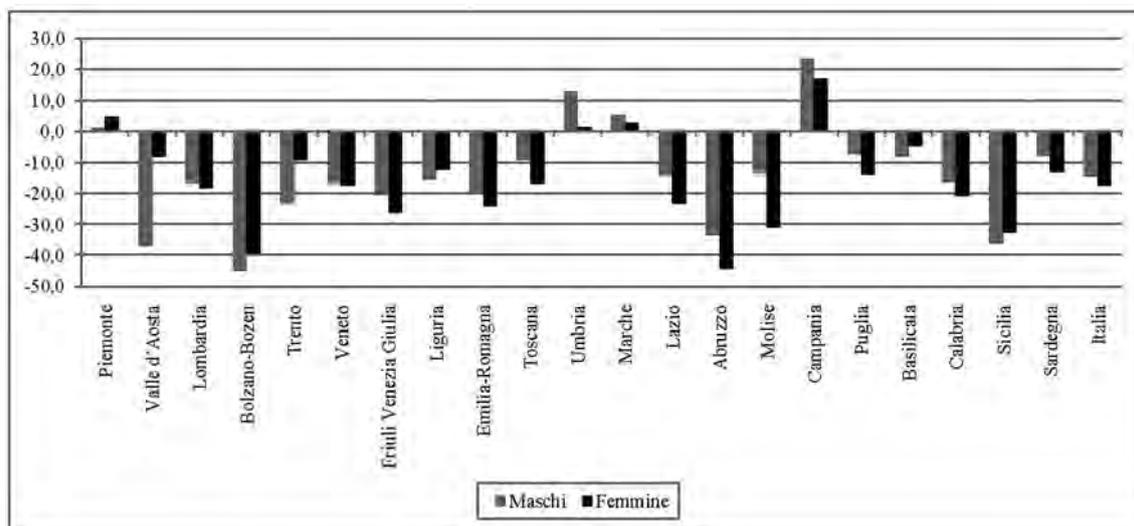
**Tabella 1** - Tasso standardizzato (per 10.000) e variazioni percentuali di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003, 2012

Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2012*	$\Delta$ % (2003-2012*)	2003	2012*	$\Delta$ % (2003-2012*)
Piemonte	43,42	43,92	1,2	44,24	46,27	4,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	44,57	-37,0	53,20	48,85	-8,2
Lombardia	44,81	37,27	-16,8	46,57	37,96	-18,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	83,89	45,97	-45,2	88,22	53,37	-39,5
<i>Trento</i>	43,53	33,27	-23,6	41,34	37,46	-9,4
Veneto	43,59	36,30	-16,7	45,39	37,37	-17,7
Friuli Venezia Giulia	31,48	24,96	-20,7	31,43	23,18	-26,2
Liguria	74,76	63,03	-15,7	70,69	61,94	-12,4
Emilia-Romagna	43,66	34,78	-20,3	47,70	36,15	-24,2
Toscana	39,13	35,53	-9,2	41,01	34,00	-17,1
Umbria	33,08	37,28	12,7	33,50	33,98	1,4
Marche	41,48	43,66	5,3	33,34	34,20	2,6
Lazio	66,00	56,51	-14,4	59,43	45,46	-23,5
Abruzzo	80,78	53,82	-33,4	73,79	40,81	-44,7
Molise	54,92	47,51	-13,5	54,66	37,69	-31,0
Campania	29,63	36,57	23,4	23,15	27,09	17,0
Puglia	39,34	36,42	-7,4	36,35	31,21	-14,1
Basilicata	45,09	41,36	-8,3	40,64	38,73	-4,7
Calabria	49,11	41,07	-16,4	43,00	33,98	-21,0
Sicilia	73,65	46,95	-36,3	63,39	42,63	-32,7
Sardegna	52,03	47,88	-8,0	43,72	37,98	-13,1
<b>Italia</b>	<b>48,45</b>	<b>41,38</b>	<b>-14,6</b>	<b>46,11</b>	<b>38,03</b>	<b>-17,5</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.  
\*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

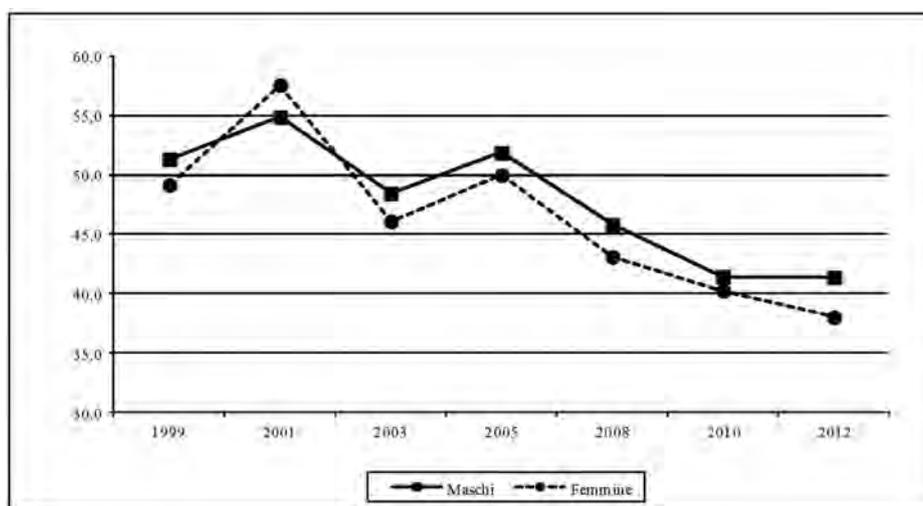
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

**Grafico 1** - Variazione percentuale del tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003-2012



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere - Anni 1999-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2012 confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri che era già emersa negli anni precedenti. Negli ultimi 10 anni, infatti, il ricorso all'ospedalizzazione per disturbi psichici si è ridotto di circa il 16%, con un trend ormai stabilmente discendente negli ultimi 5 anni. Questo risultato positivo potrebbe essere un effetto esclusivo della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause (-30% dal 1999 al 2011, a fronte di una riduzione dei ricoveri per disturbi mentali pari al 21% circa). D'altro canto, è possibile supporre che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR del 10 novembre 1999), stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (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 (come in Liguria) o è cresciuto nel tempo (in particolare, in Piemonte) vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale e permangano, quindi, ancora notevoli margini di miglioramento (anche in virtù dell'adozione delle misure citate). Vanno, infatti, ricordate le aree critiche del sistema, evidenziate anche dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2011-2013) (3), nel quale si poneva l'accento oltre che sulla disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale, anche sulla mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitorag-

gio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Ulteriori positivi risultati potrebbero derivare da un lato rafforzando i rapporti con la medicina generale, dall'altro 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 (ad esempio, in base al grado di assistenza richiesta). Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale, ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" (4), con lo scopo ultimo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione e rafforzare gli interventi in quegli ambiti che necessitano di particolare attenzione (come, ad esempio, tutelare la salute mentale nell'età evolutiva e promuovere una forma di assistenza dei pazienti di tipo domiciliare, in modo da favorire la loro re-inclusione sociale e lavorativa).

### Riferimenti bibliografici

- (1) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_22\\_pagineAree\\_48\\_paragrafi\\_paragrafo\\_0\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_fileAllegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf).
- (2) DPR 01.09.1999 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000". Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf).
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/181110\\_per\\_PSN.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf).
- (4) Ministero della Salute. "Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale". Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf).

## Consumo di farmaci antidepressivi

**Significato.** L'indicatore individuato, pur riferendosi soltanto all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente, consente di fornire una valutazione indiretta, con i limiti segnalati nel successivo paragrafo "Validità e limiti", della frequenza di alcune patologie legate alla salute mentale e di eventuali

modificazioni nelle prescrizioni dei farmaci considerati da parte dei professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È, inoltre, possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2012.

### Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere*	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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.** Le caratteristiche delle popolazioni confrontate (quali genere ed età) influiscono sulla variabilità dei consumi farmaceutici. È stato, pertanto, tenuto conto delle differenze regionali relative a questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi nel momento dell'elaborazione dei dati.

Un primo limite da prendere in considerazione quando ci si appresta a interpretare i risultati forniti dall'indicatore in studio riguarda le indicazioni terapeutiche degli antidepressivi in quanto essi vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche. In secondo luogo, la valutazione del consumo di farmaci antidepressivi, è limitata dalla tipologia di dati a nostra disposizione. I dati raccolti, infatti, prendono in considerazione solamente i farmaci prescritti dal SSN e, quindi, rimborsati, ma non è 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 Dose Definita Giornaliera (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.

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

### Descrizione dei risultati

Il trend descrittivo del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembra aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,9 DDD/1.000 ab die nel 2011; 36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012) (Tabella 1). I consumi più elevati nell'anno 2012 si sono registrati in Liguria, Toscana e nella PA di Bolzano, mentre i minori consumi in Friuli Venezia Giulia, Campania, Puglia e Basilicata. Il trend in aumento nel corso degli anni dei consumi di antidepressivi è attribuibile a molteplici fattori: la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive, l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio disturbi d'ansia). Tali farmaci vengono utilizzati sempre più frequentemente come parte integrante della terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative e oncologiche e i mutamenti del contesto sociale, influenzati dall'aggravarsi della crisi economica ancora in corso, possono aver modificato in senso incrementale i consumi.

**Tabella 1** - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2000-2012

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	0,0	16,0	19,0	22,2	26,0	28,0	31,1	33,5	35,5	37,4	39,1	40,1	40,6
Valle d'Aosta	7,3	14,2	17,2	21,0	25,5	26,1	27,9	29,6	31,3	32,6	34,0	34,7	33,7
Lombardia	6,5	14,5	18,7	20,4	23,8	25,1	26,9	28,5	30,0	31,2	32,4	34,2	34,8
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	33,8	36,1	38,9	40,5	40,5	43,3	45,3	45,7
Trento	-	-	-	-	-	24,7	27,3	29,4	30,4	31,7	32,7	34,3	34,7
Veneto	7,4	15,2	19,0	21,3	24,5	25,8	27,8	29,6	30,8	32,0	33,0	34,1	34,5
Friuli Venezia Giulia	5,5	12,8	16,0	18,1	21,3	22,5	24,8	26,1	26,9	27,6	28,6	29,3	29,5
Liguria	11,8	23,9	28,2	32,4	37,0	39,5	42,3	44,4	46,2	47,3	48,1	47,6	46,2
Emilia-Romagna	7,5	18,3	24,2	27,3	31,4	32,8	35,3	37,4	39,1	40,6	41,7	42,5	41,6
Toscana	10,0	27,0	33,5	37,4	42,4	43,6	46,9	49,5	52,2	54,1	55,7	55,9	55,1
Umbria	8,1	16,9	20,6	23,6	27,2	29,0	32,6	35,7	38,3	40,1	42,2	43,7	44,6
Marche	7,0	16,5	21,0	23,5	26,9	28,9	31,2	33,5	35,3	36,7	37,4	38,1	37,8
Lazio	10,0	16,5	19,5	23,4	27,4	29,1	29,8	32,0	32,5	33,1	33,6	35,7	35,3
Abruzzo	8,2	15,8	19,1	21,4	25,0	26,5	30,2	31,7	33,3	34,0	34,8	35,2	35,0
Molise	7,4	11,6	14,5	16,7	20,5	21,0	24,5	26,2	28,5	29,4	30,0	30,4	30,4
Campania	8,2	12,5	15,3	17,3	20,4	22,0	24,0	24,9	26,3	27,3	28,2	29,1	29,1
Puglia	7,7	12,7	14,8	16,4	19,3	21,0	23,8	25,6	27,5	28,7	29,6	29,7	29,7
Basilicata	7,6	12,0	14,9	17,3	19,6	20,4	22,8	24,7	26,9	28,3	28,2	29,3	29,2
Calabria	8,3	15,3	16,3	18,8	21,2	23,8	26,7	28,0	30,9	31,8	32,6	34,6	35,2
Sicilia	7,4	14,2	17,2	19,4	23,3	24,8	27,2	28,4	29,4	30,1	30,9	31,8	31,2
Sardegna	11,2	20,0	22,7	28,5	31,7	33,8	36,3	38,1	39,6	41,3	42,4	43,8	43,6
<b>Italia</b>	<b>8,2</b>	<b>16,2</b>	<b>19,9</b>	<b>22,6</b>	<b>26,2</b>	<b>27,8</b>	<b>30,1</b>	<b>31,9</b>	<b>33,5</b>	<b>34,7</b>	<b>35,7</b>	<b>36,9</b>	<b>36,8</b>

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto, utilizzando le dosi giornaliere prescritte, è in grado di quantificare solo parzialmente la frequenza del disturbo psichiatrico considerato. Infatti, le DDD vengono influenzate non soltanto dal numero di soggetti affetti dalla patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle diversificate modalità di trattamento. La tipologia di classe farmaceutica, caratterizzata da relativa facilità di utilizzo e di prescrizione da parte dei MMG, senza il supporto specialistico, può essere in parte responsabile del passato e dell'eventuale futuro aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci con conseguente aumento della spesa. Non va, però, dimenticato come le problematiche legate alla patologia in oggetto siano in costante aumento. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ipotizza negli

anni a venire per la depressione un ruolo di primaria importanza tra le cause di morte nei Paesi occidentali (2). Tali elementi innegabilmente conducono ad una rilevante ed improcrastinabile sfida per i professionisti sanitari e l'agenda della Sanità Pubblica non può esimersi dall'affrontare il problema. Il miglioramento dei flussi informativi, a livello nazionale e regionale utili a registrare ed identificare le dimensioni del fenomeno, il censimento della qualità e dell'appropriatezza delle cure, sono un supporto efficace delle strutture territoriali di diagnosi e cura per il contenimento della spesa e dell'inappropriatezza prescrittiva.

### Riferimenti bibliografici

- 1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.
- 2) Rapporto OsMed 2011. AIFA, Luglio 2011.

## 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 (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato

con il rischio di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) 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 dei tassi di suicidio (3, 4).

### Tasso di mortalità per suicidio\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

\*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 classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10-CM) (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). 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 nel nostro Paese da stranieri non residenti (210 casi nel biennio 2009-2010).

Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (20 casi registrati nel biennio 2009-2010). 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, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare 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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), il valore auspicabile dovrebbe corrispon-

dere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore nazionale (relativo al biennio 2009-2010, il più recente disponibile).

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2009-2010, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,46 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,21 per 100.000 (Tabella 1). Nel 78,1% dei casi il suicida è un uomo (dati non tabulati). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,15 (per 100.000) per gli uomini e a 3,00 (per 100.000) per le donne (Tabella 2).

La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età (Tabella 1, Grafici 1 e 2). 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 (passando da 14,90 suicidi per 100.000 nella classe di età 65-69 a 36,20 per 100.000 tra gli *over 84enni*). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (4,90 per 100.000), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (4,34 per 100.000 tra le donne di 85 anni ed oltre) (Grafici 1 e 2, dati non tabulati).

L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio troviamo il Piemonte (9,56 per 100.000), la PA di Bolzano (10,93 per 100.000) e l’Emilia-Romagna (9,24 per 100.000), ma anche la Sardegna (10,97 per 100.000); all’estremo opposto, con livelli di suicidalità che sono circa la metà rispetto a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate, troviamo la Campania (4,82 per 100.000), la

Puglia (5,22 per 100.000), il Lazio (5,46 per 100.000), la Sicilia (6,28 per 100.000) e la Calabria (6,79 per 100.000) e, al Nord, la Liguria (4,08 per 100.000) (Tabella 1).

Per gli uomini le regioni con i tassi di suicidio più elevati al Nord sono la PA di Bolzano (18,75 per 100.000), il Piemonte (16,14 per 100.000), la Valle d'Aosta (15,73 per 100.000) e l'Emilia-Romagna (15,61 per 100.000) a cui si aggiungono, al Sud, la Sardegna (18,79 per 100.000) e la Basilicata (14,43 per 100.000). Per le donne i livelli di mortalità per suicidio più elevati si riscontrano in Piemonte (4,06 per 100.000), in Emilia-Romagna (3,91 per 100.000) e nella PA di Bolzano (3,86 per 100.000), mentre i livelli più bassi si registrano in Liguria (2,13 per 100.000), Puglia (2,14 per 100.000), Lazio (2,20 per 100.000) e Campania (2,24 per 100.000)

(Tabella 2).

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 (Grafico 1). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni di disponibilità del dato, si rileva per gli uomini un aumento della mortalità per suicidio nella fascia di età lavorativa tra i 30-69 anni a fronte di una riduzione tra i più giovani e tra gli anziani (ad eccezione della classe di età estrema - Grafico 4). Per le donne dal confronto dei tassi età-specifici negli ultimi due bienni non si rilevano cambiamenti degni di nota (Grafico 5).

**Tabella 1** - Tasso medio (grezzo e standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio per classe di età e regione - Anni 2009-2010

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,02	8,88	13,39	17,14	10,28	9,56
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	5,68	18,23	27,16	9,54	8,80
Lombardia	1,45	7,71	8,07	10,45	7,80	7,55
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,24</i>	<i>10,72</i>	<i>12,64</i>	<i>16,64</i>	<i>11,08</i>	<i>10,93</i>
<i>Trento</i>	<i>2,40</i>	<i>7,60</i>	<i>6,92</i>	<i>13,89</i>	<i>7,99</i>	<i>7,76</i>
Veneto	2,54	7,73	9,23	10,00	7,95	7,71
Friuli Venezia Giulia	-	8,51	10,49	10,33	8,71	8,14
Liguria	0,98	3,90	6,22	6,25	4,51	4,08
Emilia-Romagna	2,49	7,88	13,31	20,60	10,05	9,24
Toscana	1,24	6,32	12,26	16,80	8,33	7,56
Umbria	3,25	6,96	15,59	15,16	9,04	8,41
Marche	0,89	6,56	10,76	16,69	8,21	7,56
Lazio	1,16	5,07	6,69	9,82	5,62	5,46
Abruzzo	1,91	6,95	9,96	12,09	7,73	7,55
Molise	7,55	6,36	14,03	11,82	8,04	7,84
Campania	1,01	4,17	7,11	8,42	4,66	4,82
Puglia	1,33	4,55	6,11	11,50	5,27	5,22
Basilicata	1,92	6,44	15,97	16,11	8,45	8,27
Calabria	1,07	6,03	9,23	12,27	6,80	6,79
Sicilia	1,84	5,81	8,49	9,59	6,29	6,28
Sardegna	6,25	10,2	15,9	14,39	11,11	10,97
<b>Italia</b>	<b>1,72</b>	<b>6,63</b>	<b>9,64</b>	<b>12,57</b>	<b>7,46</b>	<b>7,21</b>

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

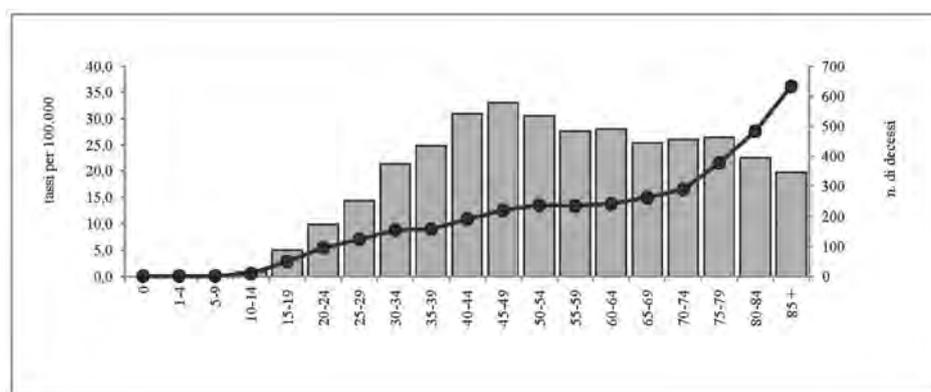
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

**Tabella 2** - Tasso medio standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio della popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2009-2010

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,14	4,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,73	2,64
Lombardia	12,57	3,15
Bolzano-Bozen	18,75	3,86
Trento	13,56	2,83
Veneto	12,94	3,12
Friuli Venezia Giulia	13,14	3,80
Liguria	6,36	2,13
Emilia-Romagna	15,61	3,91
Toscana	13,12	3,09
Umbria	13,85	3,77
Marche	12,61	3,24
Lazio	9,38	2,20
Abruzzo	11,80	3,80
Molise	12,74	3,42
Campania	7,91	2,24
Puglia	8,87	2,14
Basilicata	14,43	2,87
Calabria	11,30	2,75
Sicilia	10,51	2,62
Sardegna	18,79	3,78
<b>Italia</b>	<b>12,15</b>	<b>3,00</b>

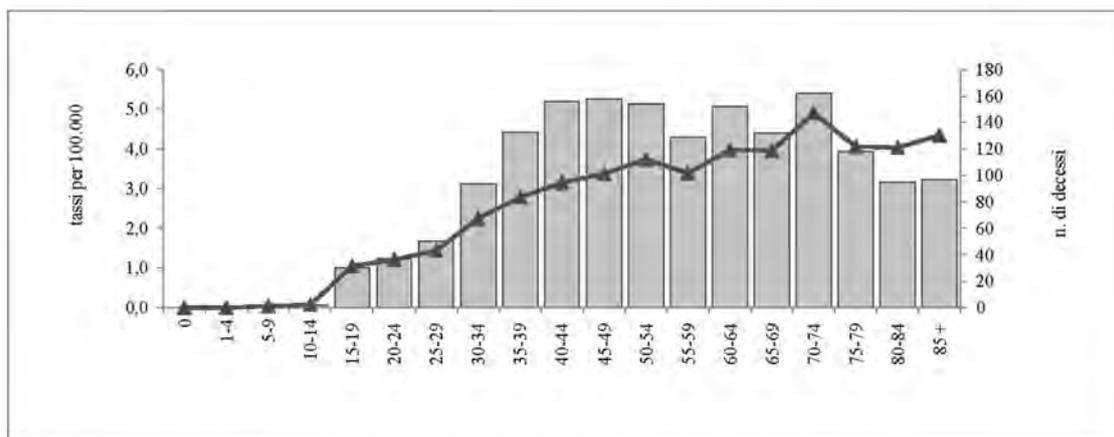
**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2009-2010

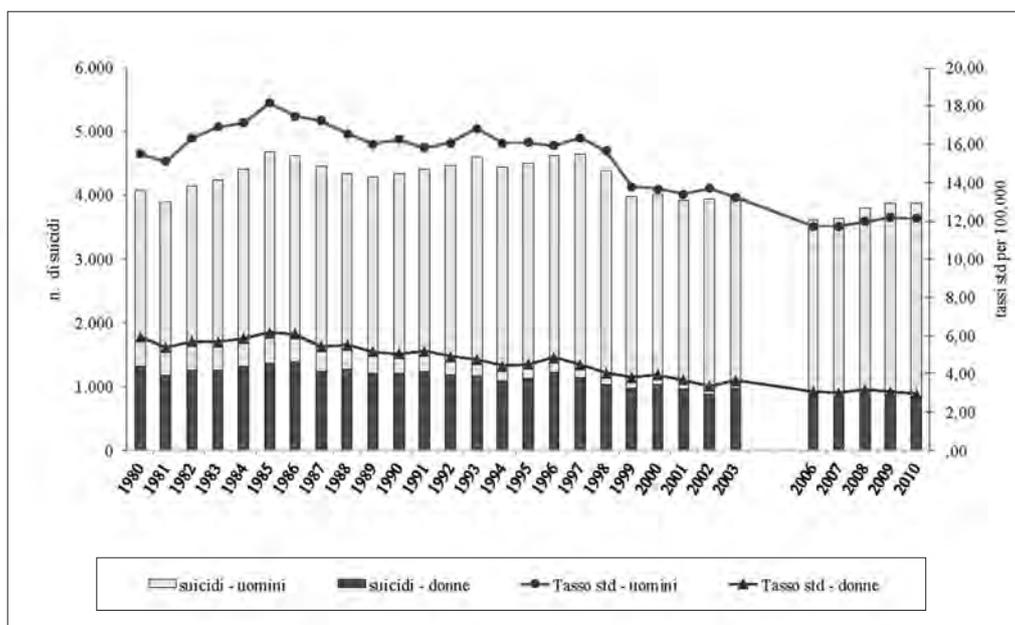
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

**Grafico 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2009-2010

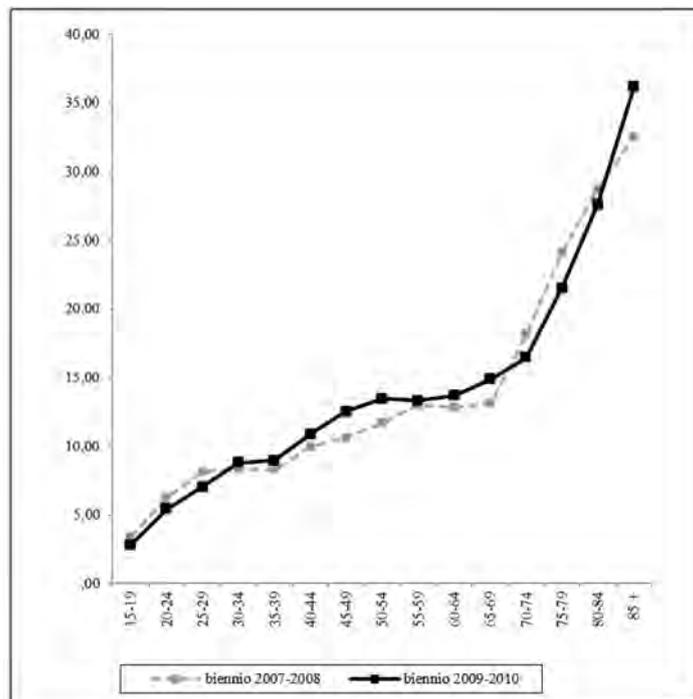


**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

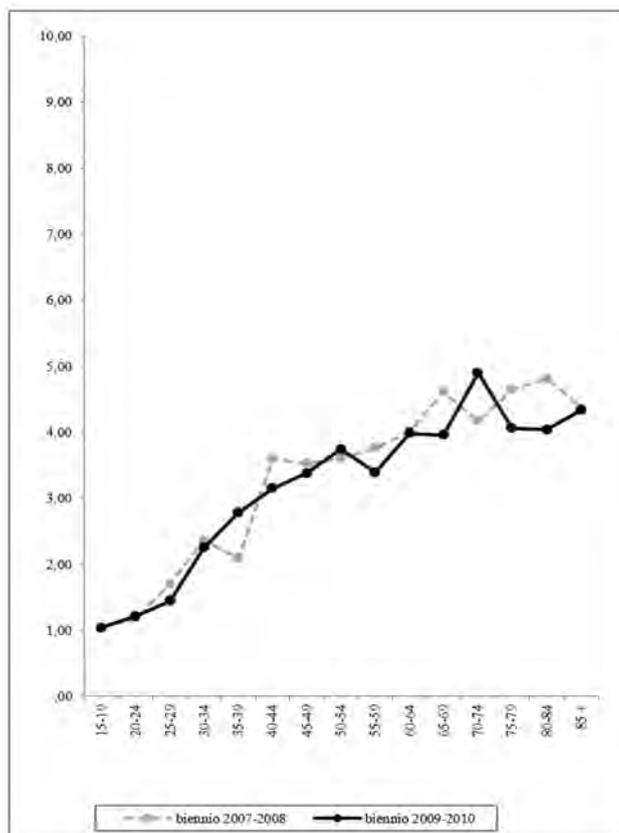
**Grafico 3** - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio della popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2010



**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

**Grafico 4** - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2007-2008 e 2009-2010

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

**Grafico 5** - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2007-2008 e 2009-2010

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La "Prevenzione della depressione e dei suicidi" è stata inserita dalla Commissione Europea fra le cinque aree d'azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being* lanciato nel 2008. Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" ha ripreso questo tema tra le aree di intervento (8, 9).

Sebbene il nostro Paese si collochi ancora tra quelli europei a più basso rischio di suicidio, l'incremento della mortalità che si sta osservando tra gli uomini nella fascia di età lavorativa necessita di essere attentamente monitorato anche in relazione alla crisi che sta attraversando l'economia mondiale (10-12).

Va poi sottolineato che, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d'Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione.

In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (8) indicano, tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio, anche la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell'abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno già tentato il suicidio. Nell'ambito della programmazione di politiche d'intervento, occorre poi tener conto che il decesso per suicidio si ripercuote con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche di indirizzo a livello nazionale basate anche sull'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale. L'integrazione di fonti di dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della

Salute, le segnalazioni raccolte dai Centri Antiveleeni presenti in alcune regioni e le informazioni su prevenzione e assistenza raccolte dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale sarebbe altamente auspicabile per lo studio e il monitoraggio del suicidio in particolari gruppi sociali e categorie a rischio, e potrebbe fornire in futuro ulteriori e fondamentali informazioni per la prevenzione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010 Jul 13; 341: c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) 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).
- (5) 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.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA – Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (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/menta1/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/menta1/docs/pact_en.pdf).
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1384\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_allegato.pdf).
- (10) Stucker D., Basu S., Suhrcke M. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).
- (11) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
- (12) 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* 2013, doi: 10.1111/hsc.12086. [Epub ahead of print].

## Ospedalizzazione per patologie neurodegenerative

**Significato.** Le patologie neurodegenerative determinano un elevato carico di malattia nella popolazione adulta, in particolar modo quella anziana, soprattutto in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale sia per i familiari che per il Servizio

Sanitario Nazionale. Gli indicatori di seguito descritti riportano il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere da istituti pubblici e privati accreditati per Malattia di Alzheimer (MA) e Malattia di Parkinson (MP), osservate nel quadriennio 2010-2013.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer\*

Numeratore	Dimissioni per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer da istituti pubblici e privati accreditati	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

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

**Validità e limiti.** I tassi riportati sono riferiti, esclusivamente, alla diagnosi principale e non tengono in considerazione le diagnosi secondarie; i gruppi di diagnosi principale per i quali sono riportati i tassi di ospedalizzazione nelle tabelle considerano la classe di patologie codificata come “Hereditary and degenerative diseases of the central nervous system” (ICD-9-CM 330-337) ed, in particolare, considerano la MP (ICD-9-CM 332) e la MA (ICD-9-CM 331) negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013. Inoltre, la standardizzazione dei tassi per 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 (con riferimento ad una specifica area geografica in anni diversi) e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese). Come tutti i tassi standardizzati, però, il tasso di dimissioni ospedaliere standardizzato non rappresenta una misura reale, poichè indica il valore che il tasso, per una certa diagnosi, assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Questo può costituire un limite qualora si desideri avere la misura reale, cioè osservata, del fenomeno. Per questo motivo la scelta della popolazione standard rappresenta un momento critico della procedura e deve essere effettuata con molta ocularità; soprattutto nell’analisi delle differenze territoriali si dovrebbe evitare, ad esempio, di assumere standard troppo lontani da quelli dell’area geografica analizzata che fornirebbero immagini distorte dei differenziali reali. Inoltre, i tassi potrebbero essere parzialmente condizionati da un’imprecisa rilevazione dei dati da parte delle diverse regioni, che potrebbe pregiudicare il lavoro delle regioni più virtuose, e dall’effetto indiretto che il sistema dei DRG può avere sulla codifica delle dimissioni ospedaliere. Infine, questi indicatori, essendo basati esclusivamente, su dati ospedalieri,

non includono gli eventi ed i decessi che si verificano al di fuori dell’ospedale e, quindi, non possono dare un quadro completo ed esaustivo dell’occorrenza della malattia.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Un vero e proprio valore di riferimento non può essere individuato. I dati regionali vengono, quindi, confrontati con quelli nazionali.

### Descrizione dei risultati

Nel 2013, nella Valle d’Aosta, nelle PA di Bolzano e Trento, in Liguria, nel Centro del Paese, in Puglia ed in Sardegna, il tasso di pazienti dimessi risulta maggiore rispetto al dato nazionale (10,87 per 10.000). Nelle suddette regioni (ad eccezione della Sardegna) il tasso di dimissioni è più elevato negli uomini. Le regioni con i tassi più bassi risultano essere Veneto, Friuli Venezia Giulia, Campania e Calabria (Tabella 1).

Il trend nazionale, nel quadriennio 2010-2013, ha mostrato una costante riduzione sia come valore totale (da 12,63 a 10,87 per 10.000) che nella stratificazione per genere (da 14,01 a 12,12 per 10.000 negli uomini; da 11,61 a 9,96 per 10.000 nelle donne) (Grafico 1).

Analizzando i dati regionali, si può notare una variabilità del trend sia negli uomini che nelle donne, ma non è possibile fornire particolari considerazioni legate alla macroarea geografica di riferimento. Negli uomini il trend in diminuzione si osserva in quasi tutte le regioni. In Valle d’Aosta, PA di Trento, Umbria, Marche e Basilicata la riduzione è presente in tutti gli anni considerati tranne per il 2013 in cui si registra una ripresa. Anche per le donne si evidenzia un trend in riduzione in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo e Calabria che mostrano un trend in aumento. Nel 2013, le dimissioni ospedaliere da istituti pubblici e privati accreditati per MP e MA, considerando la distribuzione per genere ed età,

mostrano per entrambi i generi, anche se maggiore negli uomini, un incremento all'aumentare dell'età che

si evidenzia in modo particolare nella classe di età 75 anni ed oltre (Grafico 2).

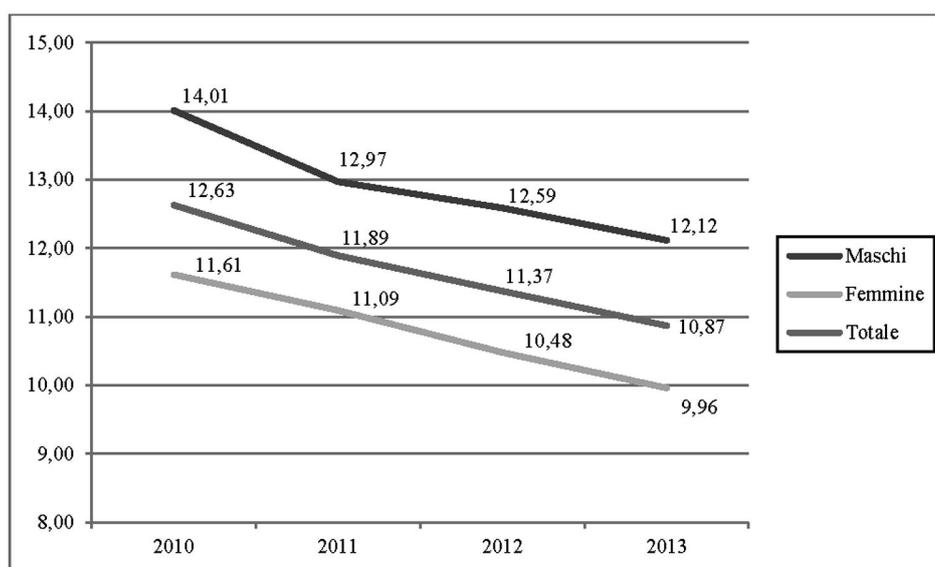
**Tabella 1** - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010			2011			2012			2013		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	12,82	9,67	10,95	12,38	9,00	10,42	12,15	9,04	10,35	11,18	8,58	9,66
Valle d'Aosta	15,28	12,96	14,04	14,98	13,77	14,32	13,01	12,59	12,95	17,42	8,13	11,95
Lombardia	14,58	11,99	13,07	13,14	10,89	11,84	11,87	9,51	10,48	11,10	8,93	9,84
Bolzano-Bozen	16,76	18,40	17,88	16,91	16,56	16,87	17,77	14,85	16,07	16,62	15,01	15,63
Trento	13,35	12,45	12,78	12,24	11,73	11,93	11,29	11,10	11,24	12,13	10,64	11,30
Veneto	11,25	8,81	9,81	9,79	8,33	8,94	9,51	7,78	8,51	9,49	7,50	8,31
Friuli Venezia Giulia	10,76	8,25	9,29	9,92	7,82	8,63	8,57	7,15	7,77	8,62	6,40	7,29
Liguria	14,70	12,74	13,57	13,51	12,08	12,73	12,88	11,21	11,88	12,71	10,51	11,42
Emilia-Romagna	13,85	11,33	12,37	13,57	11,61	12,42	12,91	10,61	11,58	12,41	9,62	10,79
Toscana	13,72	12,02	12,79	12,93	11,70	12,25	12,69	10,67	11,55	11,67	10,42	10,99
Umbria	13,63	12,41	13,01	12,70	10,90	11,72	11,69	10,89	11,30	12,14	10,71	11,35
Marche	19,59	17,85	18,62	19,34	17,79	18,45	18,31	17,54	17,91	19,23	16,57	17,72
Lazio	17,94	14,49	15,94	14,69	12,58	13,47	15,31	12,63	13,74	16,09	12,30	13,87
Abruzzo	15,50	13,32	14,26	16,73	15,63	16,14	17,66	14,82	16,05	16,08	15,46	15,74
Molise	14,27	11,40	12,70	11,17	10,13	10,54	11,56	9,60	10,40	10,28	9,15	9,58
Campania	10,16	8,10	8,98	9,82	8,16	8,88	9,87	7,64	8,61	9,70	7,60	8,50
Puglia	17,50	14,54	15,79	16,31	13,35	14,58	15,77	12,95	14,14	15,07	12,14	13,37
Basilicata	13,69	11,12	12,25	12,39	11,68	12,09	10,18	10,83	10,63	10,36	9,17	9,70
Calabria	10,24	7,13	8,50	10,86	8,65	9,65	9,18	7,77	8,41	7,92	7,39	7,63
Sicilia	13,29	11,17	12,07	11,78	10,57	11,09	12,64	10,33	11,31	11,44	9,81	10,51
Sardegna	12,68	13,75	13,42	12,87	14,29	13,75	13,00	15,20	14,36	11,70	13,53	12,84
<b>Italia</b>	<b>14,01</b>	<b>11,61</b>	<b>12,63</b>	<b>12,97</b>	<b>11,09</b>	<b>11,89</b>	<b>12,59</b>	<b>10,48</b>	<b>11,37</b>	<b>12,12</b>	<b>9,96</b>	<b>10,87</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

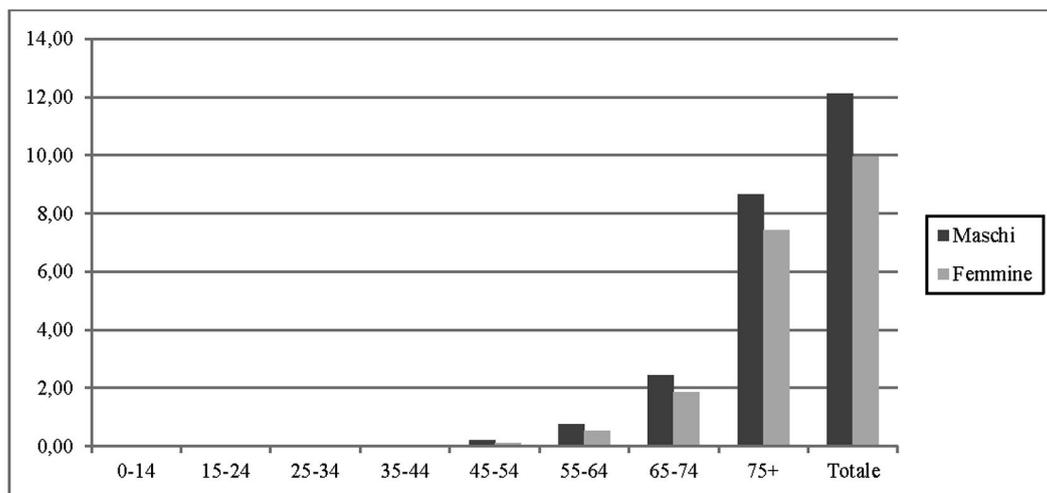
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

**Grafico 1** - Trend del tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere - Anni 2010-2013



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

**Grafico 2** - Tasso (specifico e standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere - Anno 2013



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I dati presentati vanno letti ed interpretati con cautela in quanto l'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, prendendo in considerazione solamente i pazienti ricoverati escludono, di fatto, tutti i pazienti che non hanno avuto necessità di ricovero. Ciò non consente di estrapolare i dati e proporre, quindi, considerazioni singolarmente per le due patologie così come di effettuare la stima dei pazienti non sottoposti ad ospedalizzazione. La sottostima di tali patolo-

gie legata all'utilizzo esclusivo degli archivi ospedalieri può essere ulteriormente influenzata dal periodo che intercorre tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi clinica. Pertanto, sarebbe utile avere a disposizione anche le informazioni in possesso dei Medici di Medicina Generale e ricavabili dai dati relativi alle esenzioni dei ticket, alla farmaceutica, all'assistenza territoriale e alle residenze sanitarie assistenziali in modo da permettere un'integrazione dei dati al fine di fornire una stima più precisa dei risultati.

## Consumo di farmaci antidepressivi

**Significato.** L'indicatore individuato, pur riferendosi soltanto all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente, consente di fornire una valutazione indiretta, seppur con i limiti segnalati nel paragrafo "Validità e limiti", della frequenza di alcune patologie legate alla salute mentale e di eventuali

modificazioni nelle prescrizioni dei farmaci considerati da parte dei professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È, inoltre, possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2013.

### Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere*	
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	x 1.000

\*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (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.** Le caratteristiche delle popolazioni confrontate (genere ed età) influiscono sulla variabilità dei consumi farmaceutici. Pertanto, è stato tenuto conto delle differenze regionali relative a questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi nel momento dell'elaborazione dei dati.

Un primo limite da prendere in considerazione quando ci si appresta ad interpretare i risultati forniti dall'indicatore in studio riguarda le indicazioni terapeutiche degli antidepressivi poichè vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche. In secondo luogo, la valutazione del consumo di farmaci antidepressivi è limitata dalla tipologia di dati a nostra disposizione. I dati raccolti, infatti, prendono in considerazione solamente i farmaci prescritti dal SSN e, quindi, rimborsati, ma non è possibile quantificare le 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 Dose Definita Giornaliera (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.

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

### Descrizione dei risultati

Il trend descrittivo del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012 dopo i 36,9 DDD/1.000 ab die nel 2011), mentre, in realtà, per l'anno 2013 si è registrato un nuovo incremento (39,1 DDD/1.000 ab die). I consumi maggiori, nel 2013, si sono avuti in Toscana, nella PA di Bolzano ed in Liguria, mentre i consumi minori in Campania, Basilicata e Molise (Tabella 1).

Sono molteplici i fattori che si possono ritenere siano causa del trend in aumento nel corso degli anni e cioè: la riduzione della stigmatizzazione della patologia depressiva, l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio i disturbi di ansia) (Grafico 1).

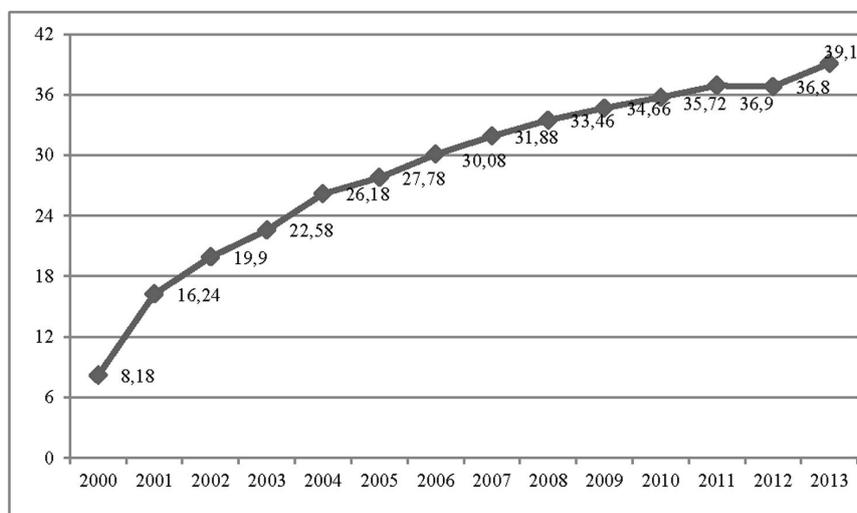
È importante, inoltre, sottolineare che l'incremento dei consumi è anche dovuto all'utilizzo, sempre più frequente, di tali farmaci come parte integrante della terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative, così come si devono considerare i mutamenti del contesto sociale influenzati dall'aggravarsi della crisi economica in corso.

**Tabella 1** - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2000-2013

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	0,0	16,0	19,0	22,2	26,0	28,0	31,1	33,5	35,5	37,4	39,1	40,1	40,6	43,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,3	14,2	17,2	21,0	25,5	26,1	27,9	29,6	31,3	32,6	34,0	34,7	33,7	37,9
Lombardia	6,5	14,5	18,7	20,4	23,8	25,1	26,9	28,5	30,0	31,2	32,4	34,2	34,8	36,2
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	33,8	36,1	38,9	40,5	40,5	43,3	45,3	45,7	53,1
Trento	-	-	-	-	-	24,7	27,3	29,4	30,4	31,7	32,7	34,3	34,7	37,9
Veneto	7,4	15,2	19,0	21,3	24,5	25,8	27,8	29,6	30,8	32,0	33,0	34,1	34,5	37,4
Friuli Venezia Giulia	5,5	12,8	16,0	18,1	21,3	22,5	24,8	26,1	26,9	27,6	28,6	29,3	29,5	33,7
Liguria	11,8	23,9	28,2	32,4	37,0	39,5	42,3	44,4	46,2	47,3	48,1	47,6	46,2	51,4
Emilia-Romagna	7,5	18,3	24,2	27,3	31,4	32,8	35,3	37,4	39,1	40,6	41,7	42,5	41,6	49,5
Toscana	10,0	27,0	33,5	37,4	42,4	43,6	46,9	49,5	52,2	54,1	55,7	55,9	55,1	58,9
Umbria	8,1	16,9	20,6	23,6	27,2	29,0	32,6	35,7	38,3	40,1	42,2	43,7	44,6	50,2
Marche	7,0	16,5	21,0	23,5	26,9	28,9	31,2	33,5	35,3	36,7	37,4	38,1	37,8	40,2
Lazio	10,0	16,5	19,5	23,4	27,4	29,1	29,8	32,0	32,5	33,1	33,6	35,7	35,3	35,8
Abruzzo	8,2	15,8	19,1	21,4	25,0	26,5	30,2	31,7	33,3	34,0	34,8	35,2	35,0	35,9
Molise	7,4	11,6	14,5	16,7	20,5	21,0	24,5	26,2	28,5	29,4	30,0	30,4	30,4	30,5
Campania	8,2	12,5	15,3	17,3	20,4	22,0	24,0	24,9	26,3	27,3	28,2	29,1	29,1	29,8
Puglia	7,7	12,7	14,8	16,4	19,3	21,0	23,8	25,6	27,5	28,7	29,6	29,7	29,7	30,9
Basilicata	7,6	12,0	14,9	17,3	19,6	20,4	22,8	24,7	26,9	28,3	28,2	29,3	29,2	29,9
Calabria	8,3	15,3	16,3	18,8	21,2	23,8	26,7	28,0	30,9	31,8	32,6	34,6	35,2	36,4
Sicilia	7,4	14,2	17,2	19,4	23,3	24,8	27,2	28,4	29,4	30,1	30,9	31,8	31,2	31,4
Sardegna	11,2	20,0	22,7	28,5	31,7	33,8	36,3	38,1	39,6	41,3	42,4	43,8	43,6	43,8
<b>Italia</b>	<b>8,2</b>	<b>16,2</b>	<b>19,9</b>	<b>22,6</b>	<b>26,2</b>	<b>27,8</b>	<b>30,1</b>	<b>31,9</b>	<b>33,5</b>	<b>34,7</b>	<b>35,7</b>	<b>36,9</b>	<b>36,8</b>	<b>39,1</b>

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2013.

**Grafico 1** - Trend nazionale del consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2000-2013

**Fonte dei dati:** OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2000-2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto, utilizzando come unità di misura le dosi giornaliere prescritte, è in grado di quantificare solo parzialmente la reale frequenza del disturbo psichiatrico considerato. Infatti, le DDD vengono influenzate non soltanto dal numero di soggetti affetti dalla patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle diversificate modalità di trattamento. L'aumento del volume delle prescrizioni farmaceutiche per que-

sta categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, può essere in parte ascrivibile ad 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. Non va, però, dimenticato come le problematiche legate alla patologia in oggetto siano in costante aumento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che nei prossimi anni tali problemi di salute assumeranno un ruolo di primaria importanza tra le cause di morte nei Paesi occiden-

tali (2).

Bisogna, pertanto, riconoscere come questo tipo di patologia debba rappresentare sempre più una priorità per l'agenda della Sanità Pubblica mondiale.

Relativamente al nostro Paese, è necessario promuovere un miglioramento dei flussi informativi sia a livello nazionale che regionale poiché utili a registrare ed identificare le dimensioni del fenomeno, valutare la qualità e l'appropriatezza delle cure e fornire un

supporto efficace per le strutture territoriali di diagnosi e cura con il fine di ottenere un contenimento della spesa ed una riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.

(2) Rapporto OsMed 2013. AIFA, Luglio 2013.

## 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 (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente

associato con il rischio di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) 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 dei tassi di suicidio (3, 4).

### Tasso di mortalità per suicidio\*

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

\*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 classificati secondo l’*International Classification of Disease (ICD-10-CM)* (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Da sottolineare, però, che i dati di mortalità relativi ai decessi avvenuti nel 2004 e nel 2005 non sono disponibili.

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 (234 casi nel biennio 2010-2011). Infine, va menzionato 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 2010-2011). 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, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare 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. Da sottolineare è che i dati di mortalità relativi ai decessi avvenuti nel 2004 e 2005 non sono stati rilasciati dall’Istat.

rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), 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 2010-2011, il più recente disponibile).

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2010-2011, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,62 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,32 (per 100.000) (Tabella 1). Nel 78,7% dei casi il suicida è un uomo (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,41 (per 100.000) per gli uomini e a 2,97 (per 100.000) per le donne (Tabella 2). La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che la mortalità per suicidio aumenta al crescere dell’età (Tabella 1). Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni ed 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 (Grafici 1 e 2). L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni: la Liguria presenta livelli di suicidalità tra i più bassi d’Italia, mentre si evidenziano tassi particolarmente elevati in Sardegna (Tabella 1, Tabella 2). 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 (Grafico 3). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi bienni di disponibilità del dato si rileva, per gli uomini, un aumento della mortalità per suicidio

tra i 30-69 anni a fronte di una sostanziale stabilità o riduzione tra i più giovani e tra gli anziani (Grafico 4).

Per le donne, invece, non si rilevano cambiamenti degni di nota (Grafico 5).

**Tabella 1** - Tasso medio (specifico, grezzo e standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2010-2011

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	1,70	9,19	14,10	15,82	10,43	9,75
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	7,61	25,56	30,49	12,28	11,08
Lombardia	2,18	7,35	8,23	11,54	7,72	7,42
<i>Bolzano-Bozen</i>	-	10,52	13,56	18,54	11,13	10,99
<i>Trento</i>	-	7,90	8,82	14,64	8,40	8,04
Veneto	2,83	8,85	11,59	11,36	9,21	8,88
Friuli Venezia Giulia	-	9,57	9,46	13,74	9,80	9,38
Liguria	-	4,10	6,80	7,77	4,97	4,41
Emilia-Romagna	2,48	8,06	12,05	21,00	10,09	9,23
Toscana	-	6,35	10,15	15,40	7,89	7,15
Umbria	-	8,18	19,24	14,99	10,28	9,64
Marche	-	6,52	10,86	18,31	8,48	7,70
Lazio	0,94	4,94	6,57	10,12	5,54	5,36
Abruzzo	-	7,83	10,06	15,60	8,84	8,43
Molise	-	6,13	14,33	20,75	8,98	8,22
Campania	0,69	3,59	7,45	6,75	4,10	4,21
Puglia	1,91	5,44	7,20	11,39	6,08	6,00
Basilicata	-	5,78	15,45	17,36	7,99	7,79
Calabria	2,21	5,46	8,51	11,83	6,33	6,19
Sicilia	1,27	6,29	8,05	9,45	6,55	6,54
Sardegna	4,06	10,57	13,37	12,08	10,78	10,60
<b>Italia</b>	<b>1,66</b>	<b>6,79</b>	<b>9,72</b>	<b>12,85</b>	<b>7,62</b>	<b>7,32</b>

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

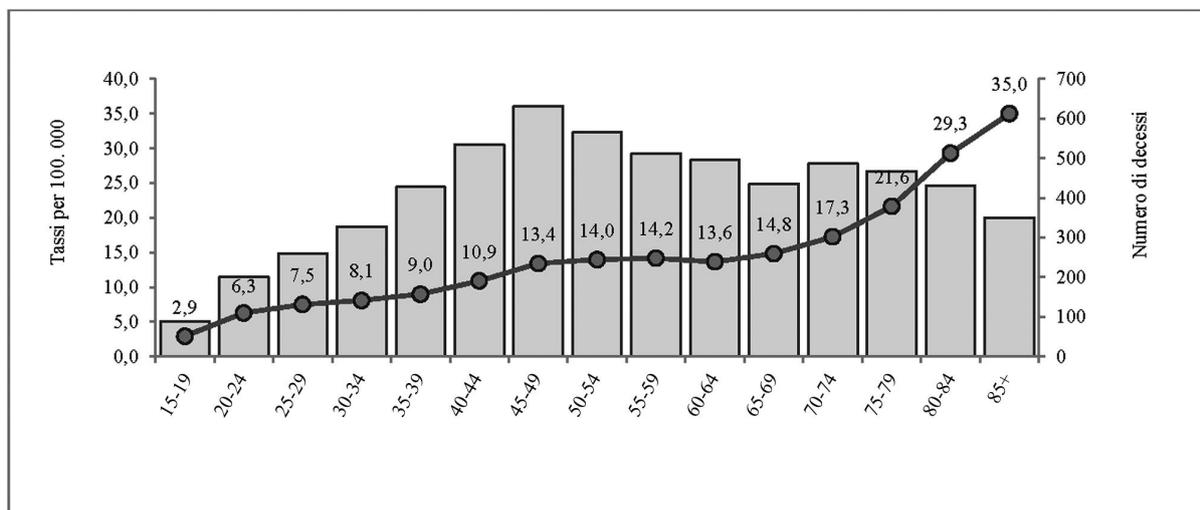
**Tabella 2** - Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2010-2011

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	15,90	4,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,12	5,03
Lombardia	12,36	3,13
<i>Bolzano-Bozen</i>	19,91	3,07
<i>Trento</i>	15,21	1,76
Veneto	14,64	3,76
Friuli Venezia Giulia	15,40	4,25
Liguria	7,36	2,04
Emilia-Romagna	15,45	4,03
Toscana	12,78	2,53
Umbria	15,78	4,25
Marche	13,15	2,93
Lazio	9,02	2,30
Abruzzo	14,80	3,00
Molise	14,97	2,53
Campania	7,04	1,83
Puglia	10,22	2,40
Basilicata	13,87	2,45
Calabria	10,08	2,75
Sicilia	11,40	2,27
Sardegna	18,58	3,19
<b>Italia</b>	<b>12,41</b>	<b>2,97</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

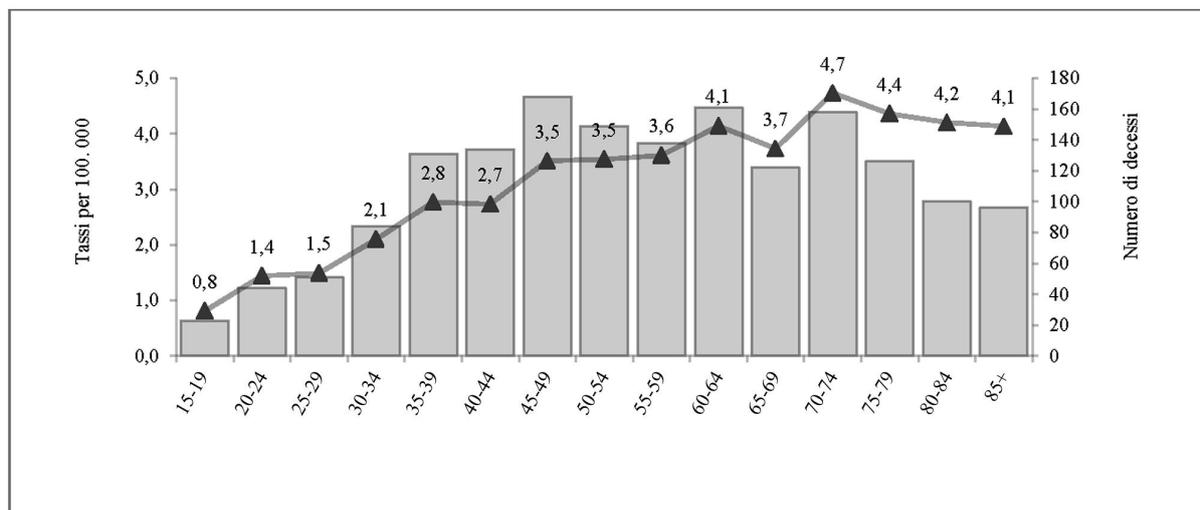
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) e tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2010-2011



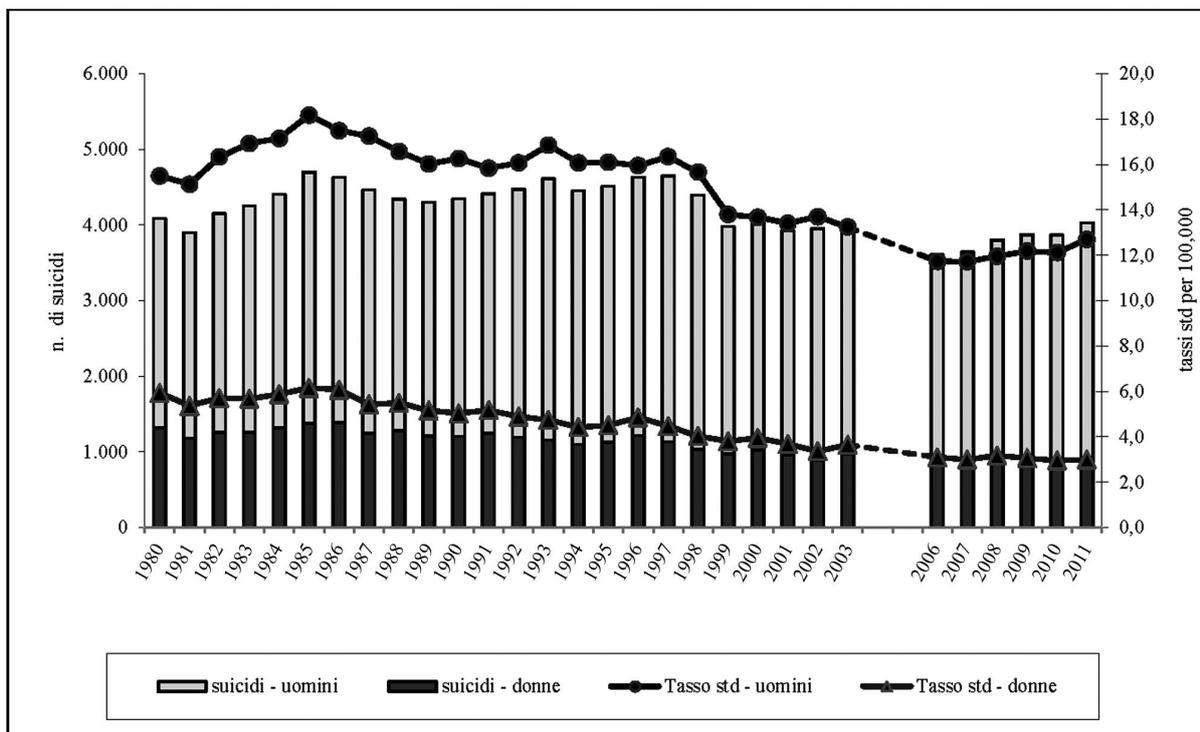
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

**Grafico 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2010-2011



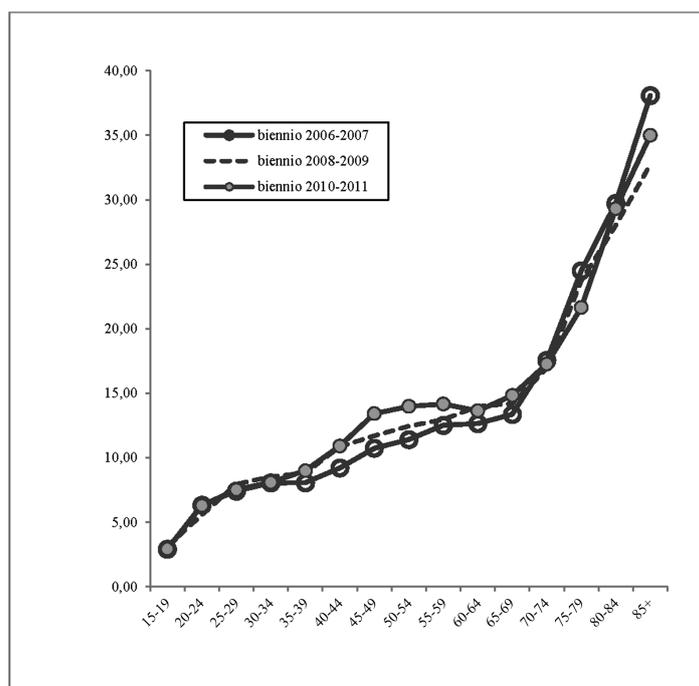
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

**Grafico 3** - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2011



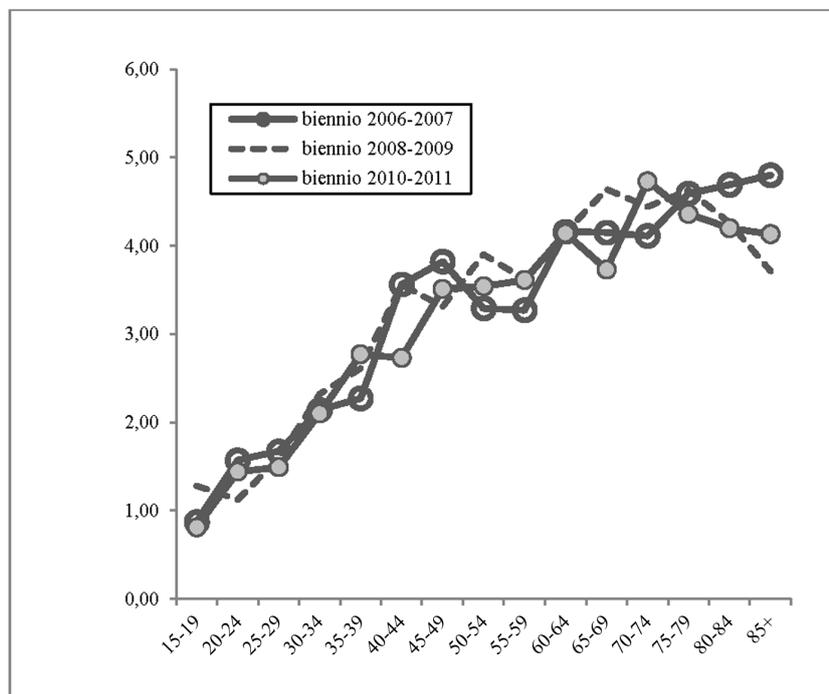
**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell’“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

**Grafico 4** - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011



**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell’“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

**Grafico 5** - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011



**Fonte dei dati:** Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2008, la Commissione Europea vara lo “European pact for mental health and well-being” che contempla la prevenzione del suicidio e della depressione tra le cinque aree prioritarie di intervento (8). 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, un aumento del 20% dei servizi per la cura dei disturbi psichiatrici gravi e la riduzione del 10% del tasso di suicidio; nel 2014 pubblica un Report per la prevenzione del suicidio: “Preventing suicide. A global imperative”, importante risorsa per lo sviluppo di una strategia multisettoriale globale (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 ed 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, ovvero evitare di usare un linguaggio sensazionalistico di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato o presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema 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” (11) 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. Come indicato dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio e le politiche di prevenzione del suicidio non possono essere confinate al solo ambito sanitario. Va sottolineato che, nonostante un tasso nazionale tra i più bassi d'Europa, l'incremento della mortalità che si sta osservando tra gli uomini nella fascia di età lavorativa necessita di essere attentamente monitorato, anche in relazione alla crisi che sta attraversando l'economia mondiale. Inoltre, persistono elevati livelli di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione (12, 13).

Poiché il suicidio si caratterizza come un fenomeno complesso e multifattoriale, condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

L'integrazione del dato Istat di mortalità con altre fonti di dati quali, ad esempio, le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della Salute, le segnalazioni raccolte dai Centri Antiveneni presenti in alcune regioni e le informazioni su previdenza e assistenza raccolte dall'Istituto Nazionale per la

Previdenza Sociale, nonché le informazioni sugli accessi ai Pronto Soccorso e quelle raccolte dalle Forze dell'Ordine, sarebbe altamente auspicabile per lo studio ed il monitoraggio del suicidio in particolari gruppi sociali e categorie a rischio e potrebbe fornire, in futuro, ulteriori e fondamentali informazioni per la prevenzione.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007 Aug; 101 (1-3): 27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 2010 Jul 13; 341: c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) 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).
- (5) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 vol. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (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](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: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/).
- (10) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).
- (11) Servizio per la Prevenzione del Suicidio. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma. Disponibile sul sito: <http://www.prevenireilsuicidio.it/>.
- (12) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
- (13) 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. *HealthSoc Care Community.* 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.

## 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.

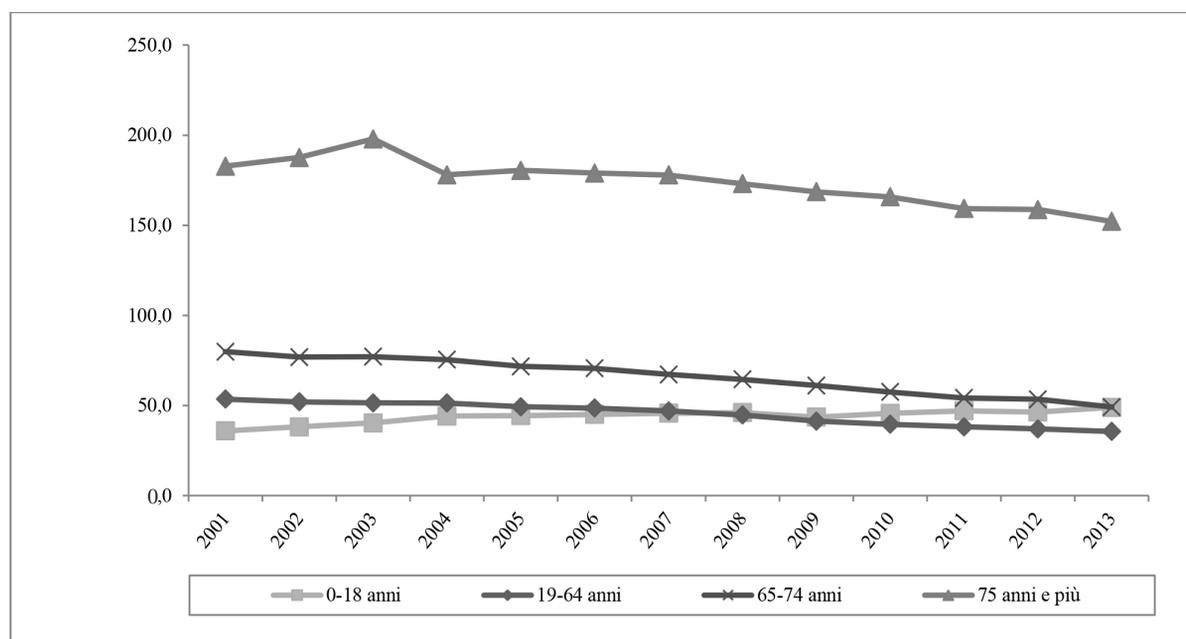
L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2013 mostra un costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile.

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).

**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
<b>Italia</b>	<b>48,93</b>	<b>35,61</b>	<b>49,17</b>	<b>152,19</b>	<b>51,88</b>

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

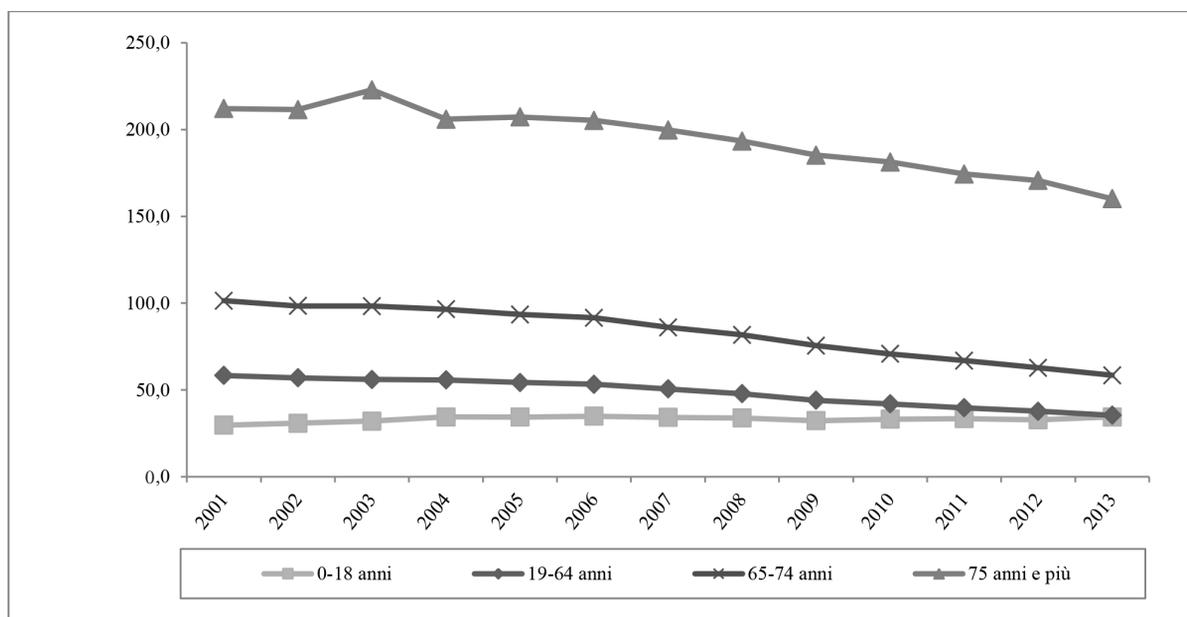
**Grafico 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2013

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
<b>Italia</b>	<b>34,39</b>	<b>35,35</b>	<b>58,41</b>	<b>160,15</b>	<b>50,70</b>

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](http://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](http://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.

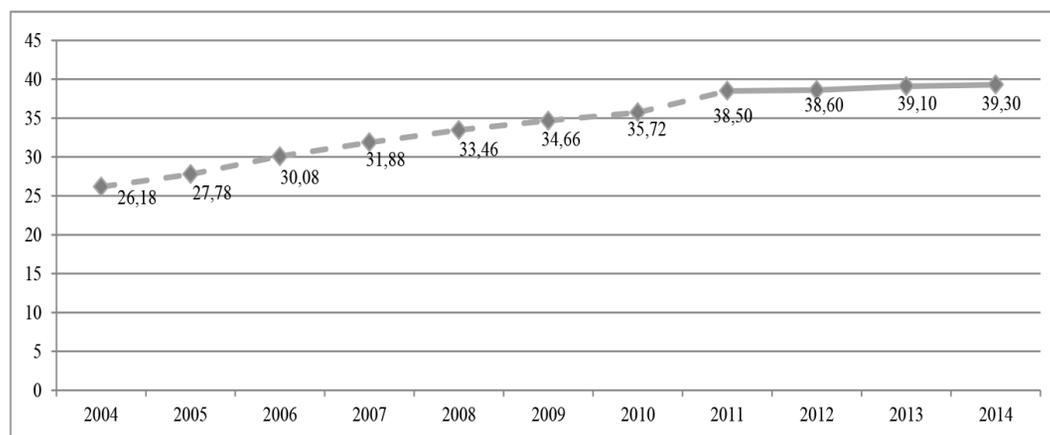
**Tabella 1** - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2004-2014

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
<b>Italia</b>	<b>26,18</b>	<b>27,78</b>	<b>30,08</b>	<b>31,88</b>	<b>33,46</b>	<b>34,66</b>	<b>35,72</b>	<b>38,50</b>	<b>38,60</b>	<b>39,10</b>	<b>39,30</b>

- = 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	15-18	19-64	Tassi grezzi 65-74		Totale	Tassi std
			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
<b>Italia</b>	<b>1,84</b>	<b>7,22</b>	<b>9,85</b>	<b>12,95</b>	<b>7,99</b>	<b>7,99</b>

**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.

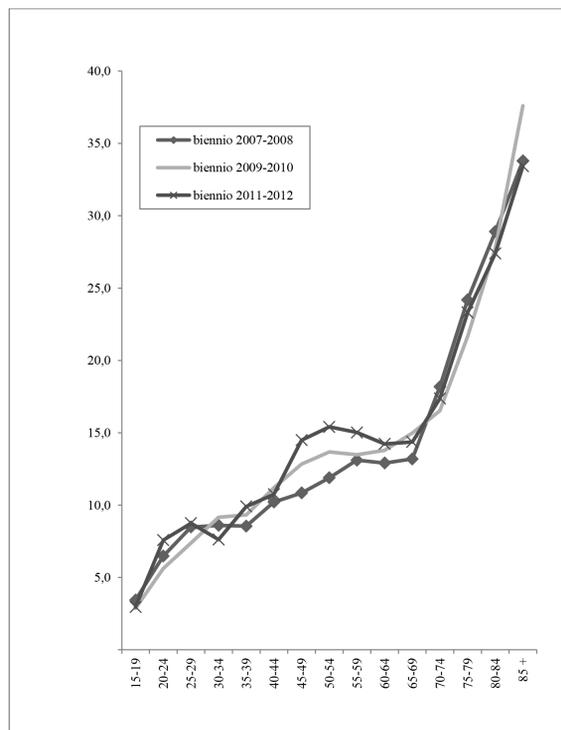
**Tabella 2** - Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2011-2012

Regioni	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
<b>Italia</b>	<b>13,61</b>	<b>3,25</b>

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

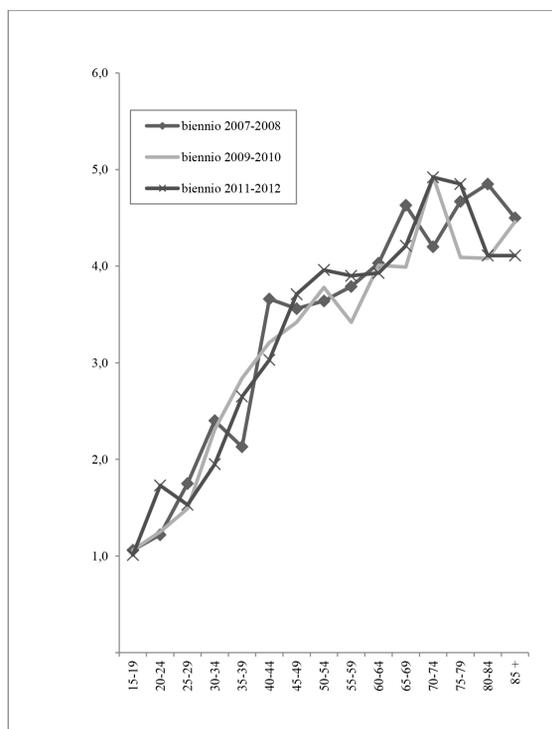
**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” e della “Ricostruzione Intercensuaria della popolazione”. Anno 2015.

**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/](http://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](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/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/).
- (10) Disponibile sul sito: [www.prevenireilsuicidio.it/](http://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.