

## Salute mentale e dipendenze

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

In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1-3). Ricordiamo anche che, nel settembre 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i relativi *Sustainable Development Goals* da raggiungere entro il 2030. Tra questi obiettivi vi è quello di “garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età”, da raggiungere anche attraverso la “riduzione di un terzo della mortalità prematura da malattie non trasmissibili e la promozione della salute mentale e del benessere”, ed il tasso di suicidio è stato individuato come indicatore *target* per promuovere il raggiungimento di questo obiettivo (4).

Gli indicatori presentati in questo Capitolo vogliono fornire un contributo, seppure parziale, al monitoraggio dello stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese. Tra tutte le dimensioni possibili, per ragioni di economia e fattibilità, la scelta è caduta su tre *core indicators*: il numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di “disturbo mentale”, il consumo di farmaci antidepressivi e il numero di suicidi.

A questi tre indicatori sono stati affiancati tre *Box* di approfondimento. Il primo *Box* riporta i risultati di una esperienza locale di attività di prevenzione del suicidio che può fornire validi spunti per essere estesa come *best practice* ad altre realtà territoriali, il secondo fornisce un *focus* sui soggetti ricoverati con una diagnosi con menzione di uso di alcol (ricordiamo che l'*International Classification of Disease* codifica le dipendenze nell'ambito dei disturbi psichici), mentre il terzo *Box* riporta i risultati di uno studio sulla variabilità geografica della mortalità per “demenze” (Alzheimer, demenza vascolare e demenza non specificata).

Gli indicatori scelti sono strettamente interrelati poiché, ad esempio, la depressione e l'abuso alcolico sono tra i principali fattori di rischio per il suicidio.

In sintesi, i risultati evidenziano la presenza di alcune aree di spiccata criticità e altre nelle quali (nonostante una situazione non positiva per altri aspetti riportati nel presente Rapporto) gli indicatori qui presentati hanno valori estremamente bassi.

La PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la Sardegna presentano valori particolarmente elevati (la Sardegna solo per il genere maschile) di suicidalità e di soggetti ricoverati per disturbi psichici e per disturbi alcol-correlati; la PA di Bolzano presenta anche valori elevati di consumo di farmaci antidepressivi. All'estremo opposto la Campania e la Calabria presentano i valori più bassi per tutti gli indicatori considerati. Importante è sottolineare che tutti gli indicatori qui proposti sono soggetti a variazioni legate, oltre che allo stato di *well-being* della popolazione, anche a cambiamenti nelle politiche sanitarie e alla disponibilità di servizi. Le cause delle differenze regionali andrebbero, quindi, ricercate in un *mix* tra l'efficienza e la diffusione dei servizi sul territorio e la prevalenza del “disagio psichico”, senza trascurare anche ambiti che trascendono l'aspetto puramente sanitario e che includono il contesto sociale ed economico.

In conclusione, nonostante tutti i limiti evidenziati, riteniamo che le informazioni contenute nel presente Capitolo forniscano elementi utili per la programmazione sanitaria e possano contribuire a delineare un quadro di valutazione per i *policy maker*.

### Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Disponibile sul sito: [www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en).
- (2) World Health Organization. Mental health atlas 2014. Disponibile sul sito: [www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mnh](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh).
- (3) 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).
- (4) United Nation. Sustainable Development Goals (SDGs). Disponibile sul sito: [www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals](http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals).

## Ospedalizzazione per disturbi psichici

**Significato.** L'indicatore utilizzato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2014), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319). Lo scopo è di descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel cor-

so dell'anno, in base alla fascia di età e alla regione di residenza. Ai fini delle analisi seguenti sono stati considerati solo i ricoveri per acuti (escluse, pertanto, le lungodegenze e le riabilitazioni). Sono stati, inoltre, esclusi dalle analisi i ricoveri ripetuti nel corso dell'anno 2014 relati allo stesso paziente.

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

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico	x 10.000
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 raccolta dati si avvale di modalità standardizzate per l'acquisizione delle informazioni utili all'elaborazione di questo indicatore. Tali modalità si basano sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) compilate da ogni struttura sanitaria. Pertanto, la copertura territoriale della rilevazione è completa. La standardizzazione dei tassi, che consente di evitare potenziali distorsioni legate alla differente struttura per età della popolazione nelle diverse regioni, permette di confrontare il medesimo indicatore nel tempo e nelle diverse aree geografiche del Paese. I dati delle SDO possono riflettere una diversità di completezza o di codifica nella registrazione delle informazioni tra le regioni. Infine, occorre tener presente che nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo univoco che consente di seguire gli accessi ospedalieri per ogni paziente in tutto il territorio nazionale per tutti gli anni a disposizione; la qualità di questo codice identificativo è molto alta negli ultimi anni (si attesta, attualmente, intorno al 98%) e in questa analisi sono state prese in considerazione le SDO con codice ritenuto affidabile.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici al netto dei ricoveri ripetuti.

### Descrizione dei risultati

Relativamente all'anno 2014, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico si è confermato maggiore in alcune aree, come la PA di Bolzano, la Sardegna, la Liguria e la Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1, Tabella 2) per tutte le fasce di età. La classe di età in cui le dimissioni ospedaliere con diagnosi di disturbo psichico sono risultate maggiormente frequenti è quella dei soggetti di età  $\geq 75$  anni. Per quanto riguarda la categoria di soggetti di genere maschile di età 0-18 anni, i residenti nel Lazio e in Abruzzo sembrano essere maggiormente interessati dall'occorrenza di ricoveri in acuzie con diagnosi primaria o secondaria di disturbi psichici. L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2014, mostra un trend in costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata. Si registrano tassi più elevati per i soggetti ultra 75enni in tutti gli anni presi in considerazione (Grafico 1, Grafico 2).

Il tasso standardizzato totale di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, nel periodo 2001-2014, mostra una considerevole flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (49,7 per 10.000) nell'ultimo anno di rilevazione (Grafico 3).

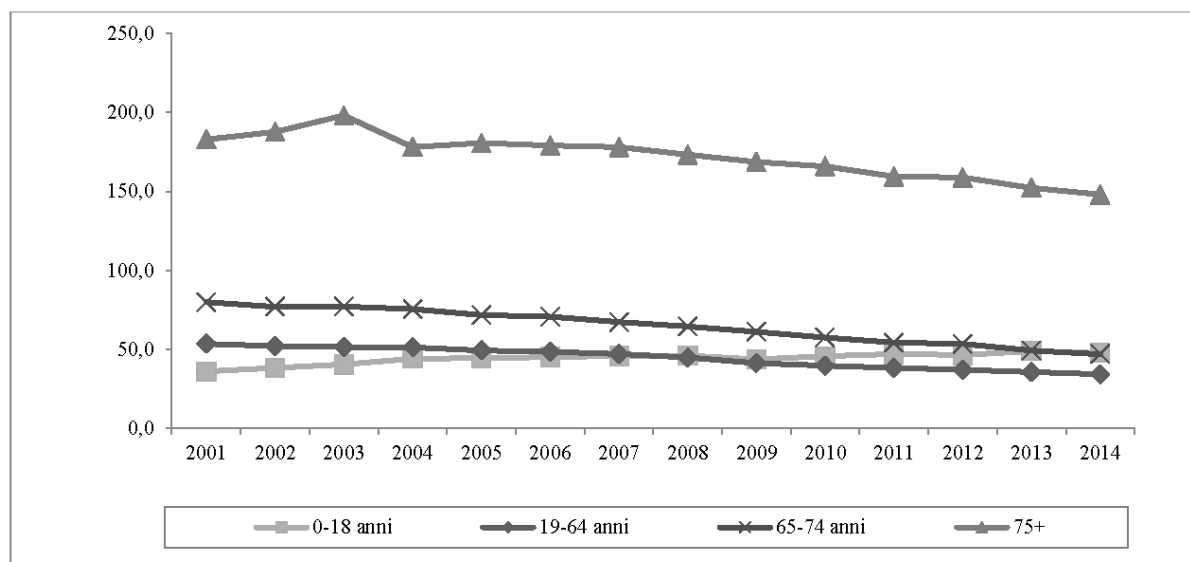
## SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

239

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2014

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	19,79	36,35	50,51	149,54	46,74
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,80	43,68	81,30	341,28	75,63
Lombardia	25,99	29,57	34,52	116,65	38,41
Bolzano-Bozen	51,44	57,79	78,36	249,36	79,39
Trento	18,03	27,35	49,74	226,32	48,65
Veneto	14,46	25,07	38,77	172,96	39,93
Friuli Venezia Giulia	28,52	27,82	49,70	190,01	46,91
Liguria	60,34	52,08	71,11	194,27	70,53
Emilia-Romagna	21,84	33,25	55,45	237,19	54,79
Toscana	52,43	34,06	48,42	158,88	51,86
Umbria	45,36	34,23	53,24	203,11	55,95
Marche	46,87	40,04	53,33	140,63	53,03
Lazio	124,10	36,16	48,28	127,07	63,14
Abruzzo	107,07	40,51	57,64	157,05	67,44
Molise	51,97	45,27	70,73	148,33	60,11
Campania	48,51	28,44	35,10	75,68	38,13
Puglia	50,92	39,13	50,74	135,70	53,27
Basilicata	52,32	30,30	46,78	128,15	47,13
Calabria	41,32	34,41	48,06	110,77	45,64
Sicilia	59,27	39,28	45,73	99,97	50,46
Sardegna	68,88	46,27	64,29	212,22	69,34
<b>Italia</b>	<b>47,67</b>	<b>34,22</b>	<b>46,88</b>	<b>147,94</b>	<b>50,04</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2016.

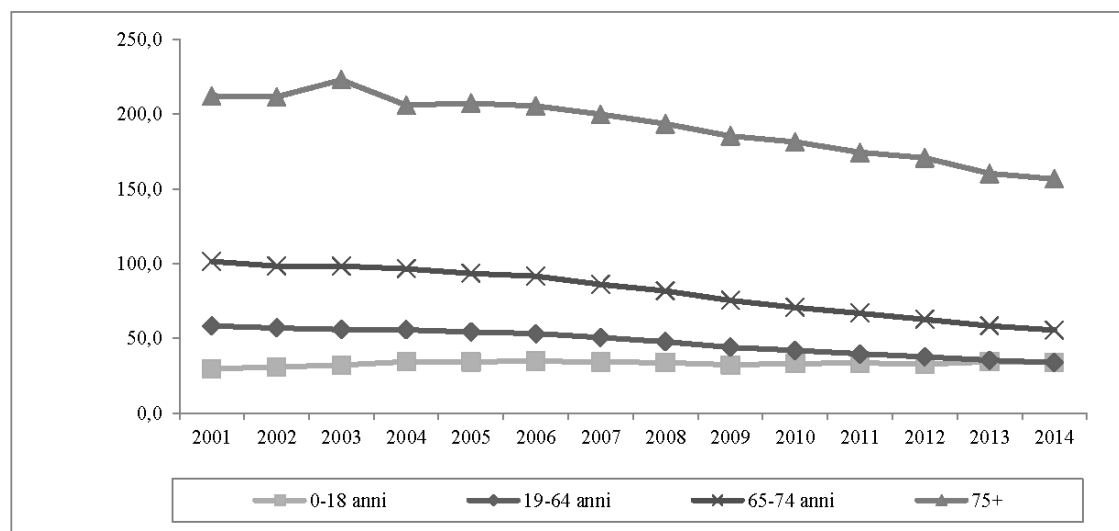
**Grafico 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2014

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2016.

**Tabella 2** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2014

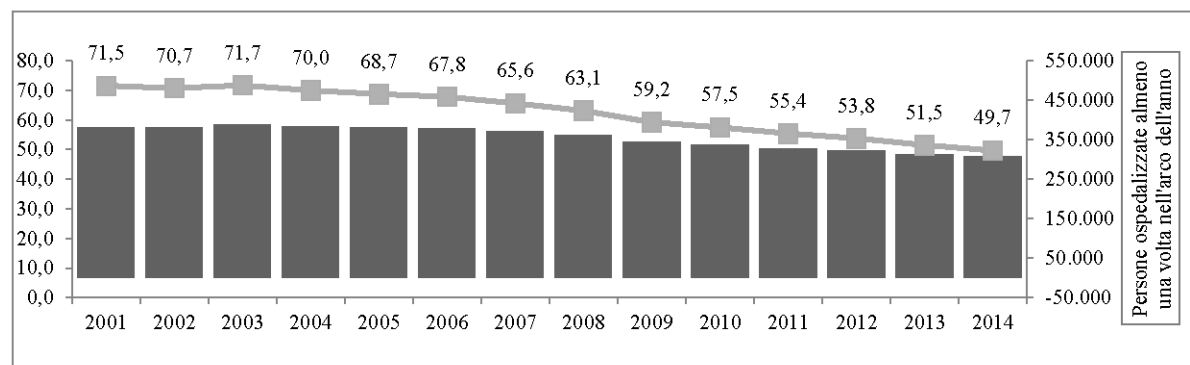
Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	18,68	37,09	56,69	147,48	47,77
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,04	52,12	91,96	330,08	77,04
Lombardia	27,70	28,76	38,71	105,48	37,05
Bolzano-Bozen	47,86	57,56	92,32	248,87	79,53
Trento	16,83	29,77	64,79	201,54	48,79
Veneto	15,46	27,85	48,14	170,68	42,76
Friuli Venezia Giulia	25,29	27,94	55,55	203,35	48,29
Liguria	43,16	51,88	83,41	223,77	71,17
Emilia-Romagna	22,37	36,09	66,79	255,53	59,20
Toscana	34,99	36,45	59,40	177,23	52,60
Umbria	32,45	41,34	73,82	233,26	63,28
Marche	29,58	38,32	52,65	152,32	49,81
Lazio	76,16	33,68	53,65	140,11	54,33
Abruzzo	58,06	38,10	68,03	153,42	57,61
Molise	29,23	48,64	67,55	165,50	59,13
Campania	32,41	26,58	42,18	83,90	35,50
Puglia	33,71	37,07	60,85	151,86	51,31
Basilicata	31,36	31,05	50,81	140,57	44,85
Calabria	29,54	33,55	55,63	122,41	44,68
Sicilia	36,63	36,70	61,79	118,20	48,41
Sardegna	46,09	42,14	84,44	257,13	69,44
<b>Italia</b>	<b>34,01</b>	<b>33,84</b>	<b>55,56</b>	<b>156,77</b>	<b>48,94</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2016.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2014

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2016.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico - Anni 2001-2014



**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2016.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi (primaria o secondaria) di disturbo psichico, relativi al periodo 2001-2014, confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri, in particolare modo a partire dal 2005 in avanti. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici ha registrato un trend discendente, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile. Se è vero che questo risultato può essere attribuito a un effetto della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, è d'altra parte anche possibile supporre che alcuni degli obiettivi prioritari prefissati nell'ambito della riorganizzazione e della gestione delle problematiche inerenti alla sfera della salute mentale siano in fase di raggiungimento (1). Tra gli elementi chiave di questa riorganizzazione va ricordato il potenziamento della rete territoriale e il coinvolgimento dei principali *setting* di vita dei pazienti (domicilio, scuola e luoghi di lavoro) nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi. Come già riportato dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (2), la disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute

mentale e la mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione possono essere alla base delle differenze territoriali nei tassi di ospedalizzazione. Questo scenario fa sì che un miglioramento del livello di efficienza dei servizi possa in futuro portare a un'ulteriore riduzione dei ricoveri. Infine, ulteriori positivi risultati potrebbero derivare dal rafforzamento dell'assistenza primaria e dei rapporti ospedale-territorio per questa tipologia di pazienti e da 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) 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).
- (2) 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 si riferisce all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente e intende descrivere sia eventuali variazioni nel consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai profes-

sionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che, in maniera indiretta, la prevalenza e la variabilità dei disturbi mentali che richiedono trattamenti basati sull'uso di tali farmaci.

### Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose

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

\*Il calcolo del totale delle *Defined Daily Dose* 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.** I risultati forniti dall'indicatore in studio vanno interpretati con cautela e tenendo in considerazione i limiti di seguito esposti.

Un primo fattore 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 ulteriore limitazione da riportare è legata ai dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi. Difatti, solamente i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, sono stati inclusi nell'analisi, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

Al fine di limitare l'influenza di talune variabili socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere ed età, in fase di elaborazione dei dati è stato impiegato un adeguato sistema di pesi. La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con una metodologia standard a livello internazionale, mediante la *Defined Daily Dose* (DDD) (1). Sebbene la DDD sia riconosciuta come metodo standardizzato, impiegato proprio per confrontare i dati provenienti da differenti aree geografiche, la lettura del dato da un punto di vista prettamente epidemiologico 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 è 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.

In aggiunta, va considerato che la DDD è 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, tali dati non sono confrontabili con quelli relativi agli anni precedenti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del consumo di farmaci antidepressivi nell'anno considerato.

### Descrizione dei risultati

Il trend relativo al volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi, dopo l'incremento costante registrato nel decennio precedente, sembrava aver raggiunto, nel periodo 2011-2012, una fase "plateau" di stabilità (38,50 DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), ma nel triennio successivo si è, invece, registrato un nuovo aumento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014 fino a 39,60 DDD/1.000 ab die nel 2015).

I consumi di farmaci antidepressivi più elevati per l'ultimo anno di riferimento (2015) si sono registrati in Toscana, nella PA di Bolzano, in Liguria e in Umbria, mentre sono le regioni del Sud ed Isole, con l'eccezione della Sardegna, che presentano i valori più bassi di consumo (in particolare, Basilicata, Campania, Puglia, Molise e Sicilia) (Tabella 1).

Il trend in costante aumento su scala nazionale nel corso degli anni (Grafico 1) può attribuirsi a numerose concause, tra cui: un diverso approccio culturale e una maggiore sensibilità della società nei confronti della patologia depressiva, con conseguente riduzione di una cosiddetta "stigmatizzazione" che caratterizzava tali tipologie di patologie; una maggiore attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'arrivo sul mercato farma-

## SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

243

ceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia).

A ciò si somma l'impiego sempre più cospicuo di tali farmaci come supporto alla terapia in soggetti affetti

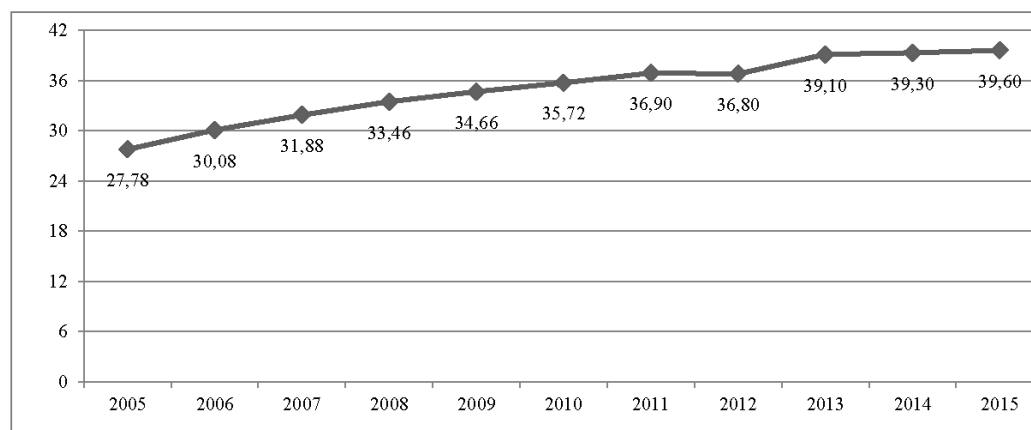
da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, certamente si deve tener conto dell'aumento del consumo da porre in relazione con i mutamenti del contesto sociale, influenzati dalla crisi economica ancora in atto.

**Tabella 1** - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2005-2015

Regioni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	41,90	42,40	43,30	43,60	43,80
Valle d'Aosta	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	37,40	36,60	37,90	38,70	38,40
Lombardia	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	34,90	35,50	36,20	36,80	37,30
Bolzano-Bozen	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	51,10	51,80	53,10	53,30	54,30
Trento	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	36,80	37,20	37,90	38,50	38,80
Veneto	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	36,50	37,00	37,40	37,50	38,00
Friuli Venezia Giulia	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	32,50	33,00	33,70	33,50	33,40
Liguria	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	51,10	50,60	51,40	51,30	51,40
Emilia-Romagna	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	48,50	48,90	49,50	49,40	49,60
Toscana	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	59,30	58,90	58,90	59,50	59,60
Umbria	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	49,40	50,00	50,20	49,40	50,00
Marche	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	39,70	39,20	40,20	40,60	41,00
Lazio	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	36,00	35,70	35,80	34,80	35,20
Abruzzo	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	35,60	35,50	35,90	36,40	36,90
Molise	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,60	30,50	30,50	32,60	31,50
Campania	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	29,30	29,20	29,80	30,50	31,00
Puglia	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	30,30	30,30	30,90	31,20	31,40
Basilicata	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	29,80	29,50	29,90	30,30	30,80
Calabria	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	34,90	35,50	36,40	37,00	37,30
Sicilia	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	32,10	31,50	31,40	31,20	31,50
Sardegna	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	44,30	44,10	43,80	44,00	44,20
<b>Italia</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>36,90</b>	<b>36,80</b>	<b>39,10</b>	<b>39,30</b>	<b>39,60</b>

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2015.

**Grafico 1** - Trend nazionale del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2005-2015



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto in questo Capitolo è solo parzialmente in grado di quantificare la frequenza dei disturbi psichiatrici, in quanto le DDD prescritte possono dipendere non solo dal numero di soggetti affetti dalla patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e da

diversificate modalità 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 tale contesto, la

valutazione in termini di qualità ed appropriatezza delle strutture territoriali che si occupano 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.

Ad ogni buon conto, va ribadito che le problematiche legate allo stato di malattia depressiva, a causa del loro costante aumento, registrato a livello non solo europeo, ma anche nei cosiddetti Paesi dalle economie emergenti, rivestono un ruolo sempre più prioritario.

A conferma di ciò, vi sono dati dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità che indicano tali patologie tra le principali cause di morte nei Paesi occidentali (2). Nell'attuale panorama sanitario, sembra sempre più cogente la necessità di un miglioramento dei flussi informativi, a livello regionale e nazionale, al fine di dimensionare correttamente il fenomeno.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.

(2) Rapporto OsMed 2015. AIFA, giugno 2016.



## 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\*

$$\text{Tasso di mortalità per suicidio} = \frac{\text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

\*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 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 (220 casi nel biennio 2012-2013).

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 (19 casi registrati nel biennio 2012-2013). Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per suicidio rappresenta un solido indicatore per i confronti geografici e per il monitoraggio dei trend, poiché utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale. 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 e 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 (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 2012-2013, il più recente disponibile).

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2012-2013, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 8,06 (per 100.000) residenti di età ≥15 anni (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia con età ≥15 anni, nel biennio 2012-2013, si sono tolte la vita 8.310 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,6% (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di suicidalità è pari a 13,48 per 100.000 per gli uomini e a 3,40 per 100.000 per le donne (Tabella 2).

Per gli uomini il tasso aumenta fino ai 45 anni di età, poi si stabilizza intorno ad un valore di circa 14/15 casi ogni 100.000 abitanti fino all'età di 65 anni, quando inizia un aumento esponenziale che porta il tasso a raggiungere un massimo di circa 33 casi ogni 100.000 abitanti tra gli ultra 85enni. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio cresce lentamente fino ai 65 anni di età, si stabilizza intorno ai 5 casi ogni 100.000 abitanti fino ai 79 anni, dopo di che tende a ridursi lievemente nelle classi di età più anziane (Grafico 1, Tabella 1). Per entrambi i generi, quindi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età, ma, mentre per le donne raggiunge un *plateau* nelle età anziane, per gli uomini si registra un aumento esponenziale proprio in coincidenza con l'età al pensionamento che, frequentemente, coincide anche con la fuoriuscita dei figli dalla famiglia di origine, eventi che spesso comportano una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento

dell'ampiezza e densità delle reti di relazione.

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Centro-Nord ma, rispetto al passato, il gradiente geografico sembra diventare meno netto. I valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano in Valle d'Aosta e Sardegna; dal lato opposto i livelli più bassi si registrano in Campania e in Molise. La Valle d'Aosta registra una mortalità per suicidio pari a 3,4 volte quella di Molise e Campania e la Sardegna pari a 2,5 volte quella delle 2 regioni sopracitate. (Tabella 1, Tabella 2).

Non si registra, rispetto ai dati riportati nella precedente

Edizione del Rapporto Osservasalute, un aumento degno di nota del tasso di mortalità per suicidio riferito a tutte le età; prosegue, invece, anche nel biennio 2012-2013, la tendenza all'aumento della mortalità per suicidio tra gli uomini in età lavorativa.

Dal confronto con il biennio 2006-2007, precedente alla crisi del 2008 che ha dato avvio alla attuale congiuntura economica, si evidenzia un marcato aumento della mortalità per suicidio tra gli uomini di età 35-64 anni; aumento che prosegue anche nel biennio 2012-2013, soprattutto nella fascia di età 45-64 anni (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2012-2013

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,38	9,61	12,06	15,71	10,51	10,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	12,22	25,04	18,28	14,12	13,93
Lombardia	2,01	7,79	9,15	12,17	8,24	8,18
Bolzano-Bozen	0,00	12,27	13,15	11,09	11,60	11,8
Trento	0,00	9,48	11,22	8,50	9,12	9,00
Veneto	1,97	8,81	10,17	11,8	9,04	8,95
Friuli Venezia Giulia	3,81	10,74	11,21	13,37	10,91	10,70
Liguria	4,05	5,24	7,56	10,05	6,33	5,90
Emilia-Romagna	2,45	8,59	12,34	18,41	10,20	9,90
Toscana	1,25	7,53	12,08	15,12	8,99	8,60
Umbria	5,03	10,27	14,54	13,4	11,07	10,86
Marche	0,91	8,03	13,52	17,02	9,70	9,46
Lazio	3,69	5,84	8,09	9,70	6,47	6,47
Abruzzo	2,07	7,62	13,20	14,32	8,95	8,87
Molise	0,00	6,24	4,73	6,41	5,82	5,90
Campania	1,65	4,24	5,80	8,31	4,65	4,88
Puglia	0,57	5,94	6,63	9,13	6,10	6,21
Basilicata	4,28	8,25	8,21	19,10	9,47	9,41
Calabria	1,80	5,04	7,01	7,32	5,36	5,44
Sicilia	2,26	6,57	8,21	11,20	7,05	7,23
Sardegna	0,87	12,06	10,65	13,69	11,62	11,54
<b>Italia</b>	<b>2,06</b>	<b>7,40</b>	<b>9,62</b>	<b>12,48</b>	<b>8,06</b>	<b>8,03</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 2016.

## SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

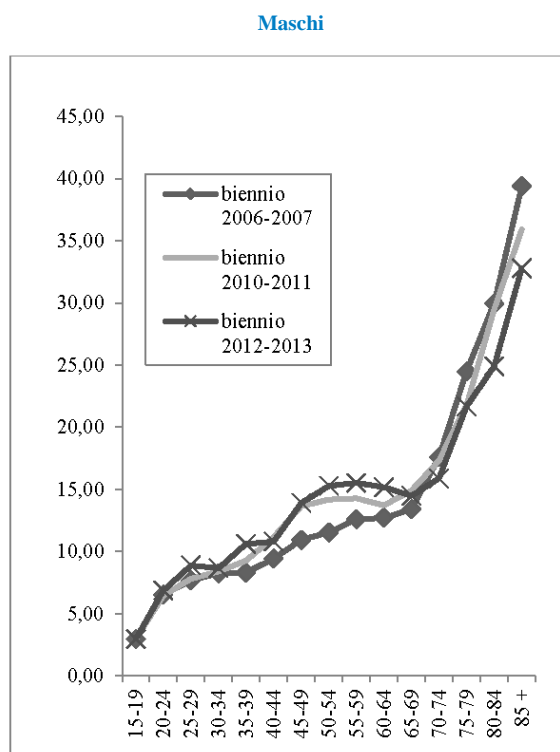
247

**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 2012-2013

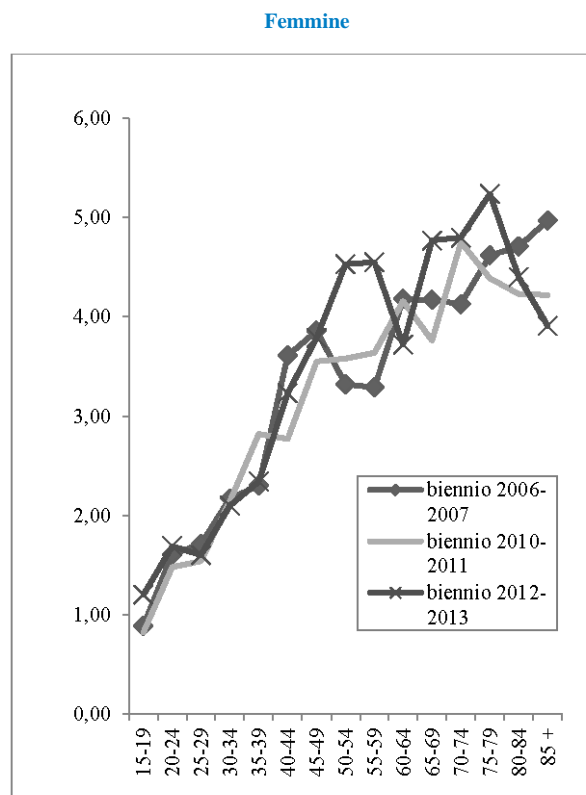
Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,46	4,82
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,96	9,39
Lombardia	13,64	3,55
Bolzano-Bozen	17,79	6,40
Trento	13,70	4,82
Veneto	14,68	3,95
Friuli Venezia Giulia	17,18	5,08
Liguria	9,33	3,15
Emilia-Romagna	16,43	4,42
Toscana	15,13	3,25
Umbria	17,40	5,23
Marche	15,01	4,78
Lazio	10,63	3,00
Abruzzo	14,82	3,66
Molise	9,56	2,67
Campania	8,23	2,06
Puglia	10,83	2,18
Basilicata	16,62	3,20
Calabria	9,70	1,66
Sicilia	12,68	2,52
Sardegna	21,11	2,87
<b>Italia</b>	<b>13,48</b>	<b>3,40</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 2016.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2010-2011, 2012-2013

**Grafico 1** - (segue) Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2010-2011, 2012-2013



**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 2016.

### 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* (7).

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, 8-10). Nel settembre 2015, i Paesi membri delle

Nazioni Unite hanno approvato la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i relativi Obiettivi (*Sustainable Development Goals*) da raggiungere entro il 2030. Il terzo di questi diciassette obiettivi è “garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età”, da raggiungere anche attraverso il sotto-obiettivo n. 3.4 che prevede la “riduzione di un terzo della mortalità prematura da malattie non trasmissibili e la promozione della salute mentale e del benessere”, ed il tasso di suicidio è stato individuato come indicatore *target* per promuovere il raggiungimento. Poiché la qualità dell'informazione è fondamentale per la messa a punto di programmi di prevenzione efficaci, di recente l'OMS ha anche pubblicato un manuale pratico per l'implementazione di un sistema di sorveglianza dei tentati suicidi e degli atti di autolesionismo, basato su dati di fonte ospedaliera (11).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'OMS indica, *in primis*, la restrizione della disponibilità e 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 di alcol e sostanze e, non ultimo, il *follow-up* dei soggetti che hanno già tentato il suicidio.

dio in quanto, questi ultimi, sono a più alto rischio di recidiva. Inoltre, particolare enfasi va posta sulle “pratiche di copertura mediatica inappropriate” che possono aumentare il rischio di emulazione. È fondamentale che i *media* adottino un atteggiamento responsabile 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 ed evitare di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato fornendo, invece, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (8-10). A questo proposito, nel nostro Paese è attivo, presso l’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea di Roma, un “Servizio per la Prevenzione del Suicidio” (12) 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.

Infine, necessita di essere attentamente monitorato il trend in aumento dei suicidi che si registra a partire dal 2008 tra gli uomini in età lavorativa e che ancora, nell’ultimo biennio di disponibilità del dato, non si è arrestato. Un aumento del tasso di suicidio dopo la crisi economica del 2008 è stato registrato in molti Paesi europei e si è evidenziata una correlazione con l’aumento della disoccupazione e l’insicurezza generata dalla paura di perdere il lavoro. 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; depressione, abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente correlati tra loro (9). Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possano essere confinate al solo ambito sanitario, ma debbano prevedere un approccio 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, 10, 11, 13). Per una corretta prioritizzazione degli interventi in ciascun contesto, riteniamo altamente auspicabile e urgente l’avvio anche nel nostro Paese di un Sistema di Sorveglianza dei tentativi di suicidio e autolesione, secondo le Linee Guida dell’OMS (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) 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).
- (8) 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).
- (9) World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Disponibile sul sito: [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the).
- (10) 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.
- (11) World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Disponibile sul sito: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf?ua=1).
- (12) Disponibile sul sito: [www.prevenireilsuicidio.it](http://www.prevenireilsuicidio.it).
- (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. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.

## Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Prof. Maurizio Pompili, Dott.ssa Denise Erbuto

Il Servizio per la Prevenzione del Suicidio (1), con sede presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, rappresenta un'esperienza unica di ricerca e prevenzione nel panorama nazionale ed internazionale.

Il Servizio, dal 2007, prendendo spunto dal modello statunitense impostosi negli anni Cinquanta e messo a punto da Shneidman, Farberow e Litman, porta avanti le sue attività quotidianamente, operando nella pratica clinica grazie ad un *team* di diverse figure professionali, per lo più volontari (medici, psicologi, tirocinanti, frequentatori scientifici e specializzandi) e collabora attivamente con importanti Istituzioni internazionali, quali: *International Association for Suicide Prevention*, *American Association of Suicidology*, *International Academy of Suicide Research*, Organizzazione Mondiale della Sanità, *McLean Hospital-Harvard Medical School* (Stati Uniti d'America) e molte altre presenti in America, Asia e Australia. Oltre a caratterizzarsi come servizio dedicato all'offerta di sostegno per soggetti a rischio di suicidio e a quanti hanno perso un caro per suicidio, più comunemente noti con il nome di *survivors*, il Servizio si propone di agire da catalizzatore di risorse, promuovendo consapevolezza e responsabilità nella comunità attraverso campagne divulgative volte a diffondere i principi di base per riconoscere una condizione a rischio e divulgando informazioni circa la presenza sul territorio di luoghi e modalità di gestione delle condizioni di crisi. Istituisce, inoltre, programmi *ad hoc* diretti ai *survivors*.

Inoltre, tra i suoi fondamenti, nell'ambito dell'intervento clinico, pone la valutazione del rischio di suicidio attraverso l'utilizzo di test psicometrici standardizzati e costruiti *ad hoc*, ai quali segue la presa in carico del paziente sulla base delle Linee Guida internazionali condivise dalla comunità scientifica. Diversi sono i percorsi assistenziali a disposizione dell'utente: visite ambulatoriali specialistiche; psicoterapie individuali, familiari e di gruppo; opportunità di ricovero in case di cura selezionate e assistenza ai familiari per la costruzione di una rete di sostegno che contorni l'utente. Nell'ambito dei fattori protettivi per il rischio di suicidio, il Servizio si propone, altresì, di garantire un terreno comune per tutte le figure che, nel territorio, operano nella prevenzione del suicidio, riunendo e integrando risorse già esistenti, favorendo la cooperazione fra persone, servizi e Istituzioni, organizzando *training* specialistici a personale selezionato nell'area della prevenzione del suicidio e fornendo formazione e collaborazione ai cosiddetti "moltiplicatori".

Tra le attività offerte alla comunità, su base nazionale, dal 2008 il Servizio ha istituito un servizio di ascolto telefonico, "Parla con noi", operante nei giorni feriali nella fascia oraria 9:30-16:30.

Da una panoramica sull'anno ancora in corso, incluso tutto il 2015, i numeri registrati di ascolto è stato di oltre 500 richieste di aiuto. Gli utenti che hanno contattato il Servizio appartengono ad una popolazione con età media di 41 anni (Deviazione Standard-DS= $\pm 14,8$ ) e sono stati per il 52% donne e per il restante 48% uomini. Il 27% è costituito da giovani ( $\leq 30$  anni), il 35% ha un'età compresa tra 31-45 anni, il 29% tra i 46-60 anni e il restante 9% è costituito da ultra 60enni. Di circa un terzo dei contatti che hanno utilizzato il servizio di ascolto telefonico (36%) non è nota la regione di provenienza, mentre per quelli di cui l'informazione è disponibile, risulta che il 37% proviene dal Centro Italia, il 16% dal Sud ed Isole e l'11% dal Nord.

I più frequenti fattori di rischio, tra quelli riportati nel corso della prima accoglienza telefonica, sono stati la solitudine (23%), seguita dalla fine di un rapporto affettivo (10%).

Oltre il 50% dell'utenza telefonica ha riferito un tentativo di suicidio in anamnesi, mentre per il 73% è stata rilevata la presenza di ideazione suicidaria.

Il 35% di coloro che si sono rivolti al Servizio ha riferito di non avere un impiego lavorativo al momento del contatto telefonico.

Di quanti hanno effettuato un primo contatto telefonico, il 30% è già all'interno della rete dei servizi sanitari, mentre il restante 70% non è mai stato preso in carico e non ha mai formulato una richiesta di aiuto ad un professionista della salute mentale, bloccato dalla vergogna o dalla paura di non riuscire a comunicare il proprio dolore. Nella totalità delle chiamate registrate, nel periodo preso in esame, per il 43% è stato attivato dal Servizio un percorso di cura a lungo termine orientato verso l'iniziale gestione della crisi e del vissuto suicidario.

I primi dati inerenti le attività del Servizio confermano l'importanza e la necessità, per la comunità, di servizi facilmente accessibili dedicati a soggetti in crisi, portatori di una storia di ideazione o tentativi di suicidio.

Operare nella direzione di un miglioramento della qualità di tali servizi dovrebbe diventare prioritario nell'agenda dei *policy maker*, a partire dalla consapevolezza che la prevenzione del suicidio è non solo necessaria, ma possibile!

### Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: [www.prevenireilsuicidio.it](http://www.prevenireilsuicidio.it).

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

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

### Introduzione

Il consumo di bevande alcoliche è ormai, da molti anni, segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un problema prioritario di Sanità Pubblica per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (cirrosi epatica, tumori etc.), per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenze), per gravi quadri psico-patologici della sfera affettiva e cognitiva (depressione, delirium, demenza etc.), per l'assenteismo sul lavoro, nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro connessi all'abuso, anche solo occasionale, delle bevande alcoliche (1-4). Inoltre l'alcol, e in particolare l'alcoldipendenza, è fortemente associata con un aumento del rischio di suicidio (5).

Il consumo dannoso di bevande alcoliche comporta, altresì, frequenti ricoveri ospedalieri, sia come causa diretta che indirettamente come fattore alla base di patologie organiche o cause violente; pertanto, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) può diventare una importante fonte informativa del consumo alcolico eccedentario.

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM), nella sezione dedicata ai disturbi psichici (ICD-9-CM: 290-319), prevede dei codici specifici per le diagnosi alcol-correlate: ICD-9-CM: 291, ossia "Disturbi mentali indotti da alcool", e ICD-9-CM: 303, ossia "Sindrome di dipendenza da alcool" (6).

Nell'ambito di questo contributo, sono state analizzate le SDO relative ai soli ricoveri "per acuti" (escluse, quindi, le lungodegenze e le riabilitazioni) occorse sia in regime di Ricovero Ordinario che in Day Hospital. Sono stati selezionati tutti i ricoveri contenenti menzione di disturbo psichico alcol-correlato, sia come diagnosi principale che come diagnosi secondaria (là dove la diagnosi principale può essere una patologia organica o una causa violenta), e sono stati esclusi i ricoveri ripetuti nel corso dell'anno dello stesso paziente. Sono state, quindi, individuate le persone che hanno subito, nel corso dell'anno 2014 (ultimo disponibile per le analisi), almeno un ricovero legato direttamente o indirettamente al consumo di bevande alcoliche.

Le analisi si riferiscono alle sole persone residenti in Italia di età  $\geq 11$  anni; pertanto, sono esclusi i ricoveri di bambini e neonati affetti da Sindrome Alcolica Fetale e i ricoveri di persone non residenti o con residenza non nota.

Per i confronti regionali e temporali i tassi sono stati standardizzati utilizzando come standard la popolazione al Censimento 2011.

### Risultati

I soggetti di età  $\geq 11$  anni dimessi almeno una volta, nel corso dell'anno 2014 con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato, sono stati 10.770, corrispondenti ad un tasso standardizzato di 19,4 per 100.000 abitanti, con un trend fortemente in calo rispetto al 2001 (primo anno di disponibilità del dato), quando il tasso era di 51,5 per 100.000 abitanti.

L'analisi per classi di età mostra che, a livello nazionale e per entrambi i generi, la fascia di popolazione con il valore più elevato del tasso è quella degli adulti, mentre il tasso è più basso tra gli anziani e tra i giovani, con il minimo tra i ragazzi di età compresa tra gli 11-18 anni. Il tasso di dimessi con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato almeno una volta nel corso dell'anno è sempre più elevato tra gli uomini rispetto alle donne; solo tra i giovanissimi (11-14 anni) non si rileva alcuna differenza di genere (Tabella 1).

L'analisi geografica dei tassi standardizzati evidenzia una marcata variabilità regionale. Per gli uomini, i valori più elevati del tasso di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato si registrano nella PA di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia, in Sardegna e in Valle d'Aosta; all'estremo opposto, le regioni con i livelli più bassi del tasso sono l'Umbria, il Veneto, la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia. Si evidenzia, quindi, per gli uomini un gradiente Nord-Sud ed Isole, con due importanti eccezioni: il Veneto e la Sardegna.

Anche per le donne i valori più elevati del tasso di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato si registrano nella PA di Bolzano, seguita da Liguria, Friuli Venezia Giulia e PA di Trento; invece, le regioni con i tassi più bassi, sono la Campania, il Veneto, la Sicilia, l'Umbria e la Calabria. Anche per le donne, come per gli uomini, le regioni con valori più elevati del tasso sono per lo più quelle del Nord, con l'eccezione del Veneto.

Il rapporto di genere (uomini:donne) è superiore a 1 in tutte le regioni, con un massimo superiore a 5:1 in Campania, Valle d'Aosta e Sardegna e un minimo inferiore a 2:1 in Umbria (Tabella 1).

La riduzione del tasso di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato è stata consistente per entrambi i generi. Per gli uomini il tasso è passato da 84,3 per 100.000 abitanti nel 2001 a 30,0 per 100.000 abitanti nel 2014, mentre per le donne si è passati da un valore di 21,2 per 100.000 nel 2001 a 9,4 per 100.000 nel 2014. Come conseguenza della maggiore riduzione registrata per il genere maschile, il rapporto di genere (uomini:donne) è sceso da 4,0:1 nel 2001 a 3,2:1 nel 2014. Rispetto alla precedente Edizione del Rapporto Osservasalute, le regioni che hanno registrato le maggiori riduzioni sono state la Valle d'Aosta, la PA di Trento (solo per gli uomini), il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria; all'opposto, in Molise, Veneto e Piemonte il tasso è sceso soltanto per il genere femminile.

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (almeno una volta nel corso dell'anno) per disturbi psichici alcol-correlati per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi					Femmine				
	11-18	19-64	65-74	75+	11+	11-18	19-64	65-74	75+	11+
Piemonte	1,28	44,16	46,70	30,25	40,43	1,39	15,16	12,04	8,67	13,16
Valle d'Aosta	n.d.	57,15	86,77	32,79	54,83	n.d.	12,08	13,17	n.d.	10,20
Lombardia	4,89	37,09	29,69	19,70	32,16	2,93	12,34	8,50	4,77	10,54
Bolzano-Bozen	12,70	193,15	219,88	137,87	179,55	13,44	64,24	41,46	49,8	55,76
Trento	n.d.	40,06	60,13	42,43	40,57	n.d.	18,72	20,96	5,61	16,51
Veneto	0,54	9,52	14,48	14,95	10,08	0,57	2,81	5,63	3,29	3,10
Friuli Venezia Giulia	n.d.	53,17	118,01	59,14	57,42	n.d.	20,28	18,75	19,79	19,00
Liguria	1,94	73,43	62,01	27,06	62,52	8,26	27,92	20,76	4,78	22,87
Emilia-Romagna	3,27	33,40	24,04	15,40	28,60	2,03	15,37	9,11	4,70	12,83
Toscana	3,96	34,95	26,37	11,77	29,19	0,85	16,91	7,03	2,76	13,35
Umbria	n.d.	8,60	6,11	6,67	7,65	n.d.	4,79	1,96	4,78	4,21
Marche	n.d.	29,26	18,57	17,70	25,05	n.d.	10,64	2,37	n.d.	7,92
Lazio	5,08	35,83	30,9	10,07	30,77	6,45	12,63	7,18	3,08	10,48
Abruzzo	12,32	45,37	34,44	16,81	38,26	4,34	10,70	10,31	4,35	9,74
Molise	n.d.	47,66	44,35	37,91	43,69	n.d.	14,00	11,9	4,21	9,19
Campania	2,18	20,47	11,71	5,34	16,63	n.d.	3,81	1,34	1,69	2,96
Puglia	4,55	35,14	17,67	8,11	28,43	3,00	6,78	2,20	1,72	5,60
Basilicata	4,30	18,70	18,51	6,99	16,82	4,66	9,07	3,71	2,73	7,75
Calabria	1,21	20,16	17,23	13,35	18,10	5,11	5,47	2,93	0,82	4,82
Sicilia	3,16	22,24	11,56	5,33	18,15	n.d.	4,85	1,16	0,69	3,70
Sardegna	39,35	65,35	39,31	34,10	57,20	9,28	12,27	6,15	3,97	10,83
<b>Italia</b>	<b>4,19</b>	<b>34,21</b>	<b>29,84</b>	<b>17,49</b>	<b>30,03</b>	<b>2,46</b>	<b>11,09</b>	<b>7,34</b>	<b>4,30</b>	<b>9,40</b>

n.d. = non disponibile

**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2016.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- (2) WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile sul sito: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/); ultima consultazione 19/02/2015.
- (3) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati", anno 2013. Roma: Ministero della Salute; 2014. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1899\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf); ultima consultazione 19/02/2015.
- (4) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en).
- (5) Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, Serra G, Girardi P, Janiri L, Tatarelli R, Sher L, Lester D. Suicidal behavior and alcohol abuse. Int J Environ Res Public Health. 2010 Apr; 7 (4): 1.392-431. doi: 10.3390/ijerph7041392. Epub 2010 Mar 29.
- (6) Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM "International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification" Anno 2017.



## Analisi dei modelli di variazione geografica della mortalità per demenze negli emisferi Nord e Sud del mondo: una ipotesi sull'impatto che hanno la latitudine, la vitamina D e l'inquinamento dell'aria

Dott. Tom. Russ, Dott.ssa Laura Murianni, Dott.ssa Gloria Icaza, Dott. Andrea Slachevsky, Dott. John Starr

Le demenze assumono una rilevanza sempre maggiore in termini di Sanità Pubblica, sia perché il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà inevitabilmente un ulteriore consistente aumento della prevalenza dei pazienti affetti da demenza (nel 2015 le persone affette da demenza nel mondo erano oltre 46 milioni) (1, 2), sia per il notevole impatto che avranno sulla sostenibilità dei Sistemi Sanitari (il costo sanitario stimato a livello mondiale ammonta a 818 miliardi di dollari) (1). Le demenze condizionano, significativamente, il livello di autonomia dei pazienti essendo caratterizzate dalla progressione, più o meno rapida, dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza, con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri. Tutto ciò determina anche un notevole carico assistenziale.

Diversi studi, condotti nell'emisfero Nord del mondo, riportano l'esistenza di un gradiente di rischio per gradi di latitudine, con tassi più elevati al Nord rispetto al Sud (3-10). Nessuno studio era stato condotto sulle demenze nei Paesi dell'emisfero Sud.

Recentemente, il nostro gruppo di lavoro ha pubblicato un documento in cui si è ipotizzato che, se l'insufficienza di vitamina D legata all'esposizione alla luce solare avesse contribuito al rischio maggiore di sviluppare una demenza, allora il gradiente latitudinale Nord-Sud si sarebbe dovuto osservare con valori più alti nel Nord del mondo (11). Abbiamo analizzato i dati di mortalità per causa, ottenuti dai dati dei registri *on-line* in "open access", per confrontare i tassi standardizzati di mortalità per demenza in Italia, Nuova Zelanda e Cile (11). I decessi per causa sono stati identificati secondo l'*International Classification of Diseases ICD-10-CM*, laddove nelle schede di morte erano presenti le cause dei codici F01 e F03 (Demenza vascolare e Demenza non specificata) e G30 (Morbo di Alzheimer). I dati disponibili nel nostro Paese coprono la popolazione di tutte le regioni e PA; i dati della Nuova Zelanda coprono tutti i 20 *District Health Boards* e hanno una copertura parziale della popolazione poiché riguardano la classe di età di 50 anni ed oltre<sup>1</sup>; i dati cileni coprono tutta la popolazione dei 29 distretti dei Servizi Sanitari dell'intero Paese.

Partendo dai dati presenti nei registri dei singoli Paesi, abbiamo calcolato i Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR) per demenza<sup>2</sup> in tutte le regioni, mappandoli sul territorio attraverso un'analisi di georeferenziazione<sup>3</sup>. Dall'analisi dei modelli geografici di demenza nel Nord e nel Sud dell'emisfero, per classe di età e per genere, è emerso un SMR per demenza più elevato nel Nord Italia rispetto al Meridione, in linea con studi analoghi provenienti da tutto l'emisfero settentrionale. In Nuova Zelanda e in Cile abbiamo riscontrato, invece, un modello più complesso, con qualche evidenza di un effetto inverso Sud-Nord, soprattutto nelle donne in Nuova Zelanda, e un aumento del rischio di mortalità per tutta la popolazione cilena presente nell'area del Nord.

L'ipotesi che il rischio di demenza vari in rapporto alla geografia (e probabilmente in rapporto alla latitudine) è confermata, ma è necessario approfondire questa prima analisi con un dettaglio maggiore rispetto all'epidemiologia delle demenze, soprattutto nel Sud del mondo.

Questi risultati suggeriscono fortemente che l'analisi dell'impatto della latitudine e dell'ambiente meritano ulteriore attenzione: proponiamo di continuare l'analisi inserendo nel modello i diversi fattori di rischio che possono spiegare meglio i risultati raggiunti, introducendo i valori di esposizione ai raggi solari (per valutare l'effetto della vitamina D) e dell'inquinamento atmosferico (concentrazione di polveri fini PM<sub>10</sub> e PM<sub>2,5</sub>, biossido di azoto etc.) nei singoli Paesi (12).

### Riferimenti bibliografici

- (1) World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Disponibile sul sito: [www.alzheimer.it/report2015.pdf](http://www.alzheimer.it/report2015.pdf).
- (2) Barnes DE, Yaffe K: The projected effect of risk factor reduction on alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology* 2011; 10: 819-828.
- (3) Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C: Potential for primary prevention of alzheimer's disease: An analysis of population-based data. *The Lancet Neurology* 2014; 13: 788-794.
- (4) Russ TC, Batty GD, Hearnshaw GF, Fenton C, Starr JM: Geographical variation in dementia: Systematic review with meta-analysis. *International journal of epidemiology* 2012; 41: 1.012-1.032.

<sup>1</sup>Nella nostra analisi sono stati esclusi i dati della mortalità delle popolazioni Maori e degli altri popoli del Pacifico, per garantire un'ampia comparabilità tra le popolazioni Italia-Nuova Zelanda.

<sup>2</sup>Accompagnati anche dall'analisi degli Intervalli di Confidenza al 95%.

<sup>3</sup>Utilizzando il *software* R per *Windows* versione 3.2.3 utilizzando il pacchetto *ggplot2*.

- (5) Annweiler C, Llewellyn DJ, Beauchet O: Low serum vitamin d concentrations in alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2013; 33: 659-674.
- (6) Annweiler C, Rolland Y, Schott AM, Blain H, Vellas B, Beauchet O: Serum vitamin d deficiency as a predictor of incident non-alzheimer dementias: A 7-year longitudinal study. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2011; 32: 273-278.
- (7) Afzal S, Bojesen SE, Nordestgaard BG: Reduced 25-hydroxyvitamin d and risk of alzheimer's disease and vascular dementia. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2014; 10: 296-302.
- (8) Littlejohns TJ, Henley WE, Lang IA, Annweiler C, Beauchet O, Chaves PH, Fried L, Kestenbaum BR, Kuller LH, Langa KM, Lopez OL, Kos K, Soni M, Llewellyn DJ: Vitamin d and the risk of dementia and alzheimer disease. *Neurology* 2014; 83: 920-928.
- (9) Knekt P, Sääksjärvi K, Järvinen R, Marniemi J, Männistö S, Kanerva N, Heliövaara M: Serum 25-hydroxyvitamin d concentration and risk of dementia. *Epidemiology (Cambridge, Mass)* 2014; 25: 799-804.
- (10) Frova L, Marchetti S, Pace M, Murianni L, Burgio A. Comparison between hospital discharge and mortality data for Alzheimer's. *Italian Journal of Public Health*. 2012; 8 (2).
- (11) Russ TC, Murianni L, Icaza G, Slachevsky A, Starr JM. Geographical Variation in Dementia Mortality in Italy, New Zealand, and Chile: The Impact of Latitude, Vitamin D, and Air Pollution. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2016; 42: 31-41.
- (12) Barbara A. Mahera, I, Imad A. M. Ahmedb, Vassil Karloukovskia, Donald A. MacLarenc, Penelope G. Fouldsd, David Allsopd, David M. A. Manne, Ricardo Torres-Jardónf, and Lilian Calderon-Garciduenasg. Magnetite pollution nanoparticles in the human brain *PNAS* 2016; published ahead of print September 6, 2016, doi:10.1073/pnas.1605941113.