



Salute mentale

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” (Obiettivo 3), 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” e quello di “ridurre in modo significativo ogni forma di violenza” (Obiettivo 16) (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, sono stati scelti i seguenti *core indicators*: Numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di “disturbo mentale”; Consumo di farmaci antidepressivi; Numero dei soggetti dimessi con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze psicoattive, Tasso di mortalità per omicidio e tasso di suicidi.

Gli indicatori scelti sono strettamente interrelati: la depressione e l'abuso di alcol e droghe costituiscono fattori di rischio sia per il suicidio che per l'omicidio; l'essere esposti ad un ambiente violento (di cui l'omicidio è la massima espressione) potrebbe costituire un fattore di rischio anche per il suicidio; non ultimo, il suicidio e l'omicidio hanno, come effetto differito, un impatto negativo sulla salute mentale dei componenti della rete familiare e sociale della vittima (“survivors”) e della società nel suo complesso.

In sintesi, i risultati qui presentati evidenziano la presenza di alcune aree di criticità.

La Sicilia e la Calabria si caratterizzano per l'elevato valore dei tassi di mortalità per omicidio e valori estremamente bassi di ospedalizzazioni correlate all'uso di sostanze psicoattive e di mortalità per suicidio femminile. In Calabria, in particolare, si registra la più elevata mortalità maschile per omicidio. Alti livelli di mortalità per omicidio tra gli uomini si registrano anche in Puglia e in Basilicata, regioni che presentano anche un alto tasso di ospedalizzazione per uso di sostanze psicoattive. La PA di Bolzano e la Valle d'Aosta sono caratterizzate, per entrambi i generi, da elevata suicidalità e alti tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici e per patologie associate all'uso di sostanze psicoattive. La PA di Bolzano, in particolare, presenta valori elevati anche per quanto riguarda il consumo di farmaci antidepressivi. La Liguria presenta alti valori sia di ospedalizzazioni per disturbi psichici e per patologie associate all'uso di alcol e droga che per consumo di farmaci antidepressivi. Alti livelli di consumo di farmaci antidepressivi si registrano anche in Toscana e in Umbria; quest'ultima presenta una situazione critica anche per quanto concerne la mortalità delle donne per omicidio e suicidio. Infine, va menzionato il quadro critico della Sardegna, regione che presenta, per il genere maschile, valori elevati per tutti gli indicatori considerati.

È importante sottolineare che tutti gli indicatori qui considerati 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, culturale ed economico.

In conclusione, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi indicati dai maggiori organismi internazionali, la promozione della “salute mentale” della comunità, intesa come insieme di individui tra loro interconnessi, richiede non solo un miglioramento nell'offerta dei servizi ma anche, in un approccio globale di *Public Health*, interventi finalizzati alla riduzione di quei fattori di rischio comuni alla violenza (etero e auto diretta) e ai disturbi psichici come, ad esempio, l'abuso di alcol e droghe, nonché politiche mirate a favorire l'integrazione e la riduzione delle disuguaglianze.





Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020.
- (2) World Health Organization. Mental health atlas 2014.
- (3) European Union, Directorate general for Health and Consumers “European Pact for Mental health and Well-being”, 2008.
- (4) United Nation. Sustainable Development Goals (SDGs).





Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore proposto si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2015), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD9-CM: 290-319). Lo scopo è di descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel corso

dell'anno, in base alla fascia di età e alla regione di residenza. Ai fini delle analisi presentate 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 in esame relativi allo stesso paziente.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di disturbo psichico*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti 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. Tale modalità si basa sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) compilate da ogni struttura sanitaria. Pertanto, la copertura territoriale della rilevazione è completa, ma occorre sottolineare che i dati SDO possono riflettere una diversità di completezza o di codifica nella registrazione delle informazioni tra le regioni. 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. Il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011. 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 del paziente è molto alta negli ultimi anni (si attesta attualmente intorno al 98%) e in questa analisi sono state prese in considerazione solo 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 2015, 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 Valle d'Aosta, la Liguria e la Sardegna, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1, Tabella 2) e 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 ≥ 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 e secondaria di disturbi psichici. L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2015 mostra un trend in costante decremento, per entrambi i generi, anche se si registra, per gli uomini, un lieve aumento nell'anno 2015 per alcune fasce di età. Si registrano tassi più elevati per i soggetti di età ≥ 75 anni 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 2001-2015, mostra una continua flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (48,9 per 10.000) nell'ultimo anno di rilevazione (Grafico 3).





Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2015

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	20,21	33,89	52,76	152,53	46,07
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	24,80	45,31	73,28	362,69	77,09
Lombardia	20,96	28,32	35,27	118,87	37,08
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>52,86</i>	<i>58,35</i>	<i>81,27</i>	<i>230,81</i>	<i>77,41</i>
<i>Trento</i>	<i>17,03</i>	<i>25,50</i>	<i>45,91</i>	<i>237,28</i>	<i>47,95</i>
Veneto	15,60	24,78	39,95	182,09	41,10
Friuli Venezia Giulia	29,24	25,86	52,84	200,60	47,54
Liguria	61,98	50,32	69,36	214,74	71,95
Emilia-Romagna	21,40	32,81	54,99	246,76	55,27
Toscana	53,32	33,38	47,25	164,13	52,20
Umbria	39,29	31,17	52,38	211,89	53,98
Marche	49,45	40,76	48,74	139,01	52,97
Lazio	126,63	35,89	44,03	126,39	62,92
Abruzzo	104,61	39,03	58,53	149,01	65,03
Molise	46,07	40,31	66,21	167,62	58,65
Campania	51,53	24,46	34,37	82,19	36,79
Puglia	54,18	37,92	50,15	144,74	53,56
Basilicata	45,65	34,08	53,26	137,01	49,84
Calabria	42,19	33,94	46,53	111,20	45,24
Sicilia	65,03	39,01	43,31	96,60	50,42
Sardegna	74,38	44,33	61,18	219,96	69,78
Italia	48,31	33,04	46,25	152,45	49,79

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2017.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2015

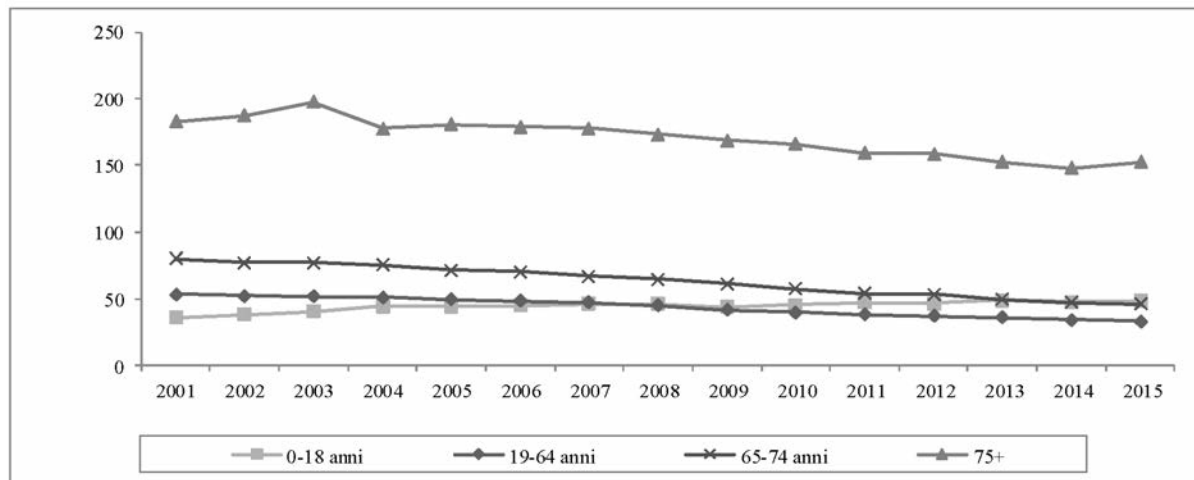
Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	18,75	35,84	52,51	143,73	45,64
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	20,12	51,41	92,54	346,06	81,68
Lombardia	22,43	27,70	36,89	112,27	36,07
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,46</i>	<i>53,49</i>	<i>88,59</i>	<i>256,80</i>	<i>77,91</i>
<i>Trento</i>	<i>19,99</i>	<i>24,41</i>	<i>48,67</i>	<i>188,80</i>	<i>42,57</i>
Veneto	14,98	27,06	48,88	180,19	43,11
Friuli Venezia Giulia	27,31	25,34	51,09	192,27	45,59
Liguria	40,66	49,09	79,17	234,18	70,06
Emilia-Romagna	21,27	32,10	59,01	261,89	56,61
Toscana	36,34	34,46	55,27	188,97	52,63
Umbria	31,66	36,87	63,84	227,29	58,60
Marche	31,39	35,22	50,42	154,80	48,81
Lazio	79,11	32,46	49,96	145,46	54,52
Abruzzo	56,95	34,71	61,80	146,59	53,80
Molise	32,79	44,64	68,57	178,09	59,48
Campania	34,84	25,07	42,12	87,35	35,33
Puglia	35,75	36,37	57,78	149,71	50,56
Basilicata	25,93	29,86	44,92	146,89	43,54
Calabria	27,12	31,86	53,46	122,60	42,93
Sicilia	38,24	33,90	56,08	114,83	45,74
Sardegna	46,90	38,24	70,87	259,04	66,72
Italia	33,93	31,96	51,87	160,16	47,75

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2017.



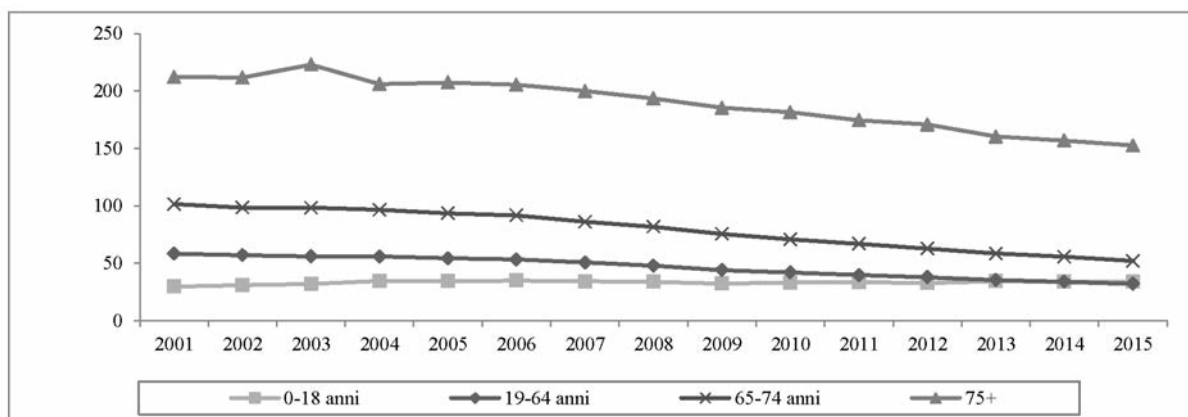


Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2015



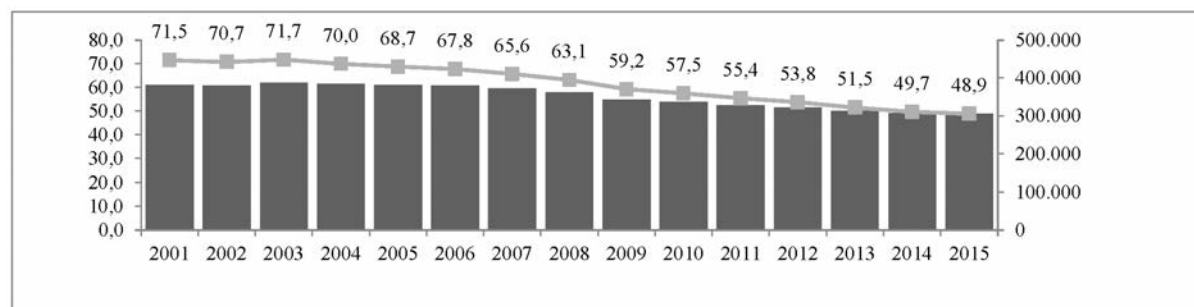
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2017.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2017.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico - Anni 2001-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, relativi al periodo 2001-2015, confermano una netta

e costante riduzione dei ricoveri. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici ha registrato un trend discendente, con le sole eccezioni, per l'anno 2015, dei soggetti appartenenti





menti alle categorie ≥ 75 anni. Questo risultato, che si inserisce all'interno di una riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, sembrerebbe dimostrare come alcuni cambiamenti verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione delle problematiche inerenti la sfera della salute mentale stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati (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 una maggiore 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 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.

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

www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf.





Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore 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 psichici 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> *	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	

*Il calcolo del totale delle *Defined Daily Dose* utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è stato ottenuto moltiplicando il numero di DDD contenute in ogni specialità per la somma dei pezzi prescritti..

**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 presentato 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 motivo 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), mentre nel quadriennio successivo si è registrato un nuovo aumento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014; 39,60 DDD/1.000 ab die nel 2015; 39,87 DDD/1.000 ab die nel 2016) (Grafico 1).

I consumi più elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2016) si sono registrati in Toscana, PA di Bolzano, Liguria e Umbria, mentre le regioni del Sud e le Isole, con l'eccezione della Sardegna, presentano i valori più bassi (in particolare, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Molise) (Tabella 1).

Il trend nazionale in costante aumento su scala nazionale negli ultimi 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 miglio-



ramento dell'accuratezza diagnostica; l'arrivo sul mercato farmaceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia). A ciò va aggiunto l'impiego sempre più cospicuo di tali farmaci come supporto alla terapia in soggetti affetti da gra-

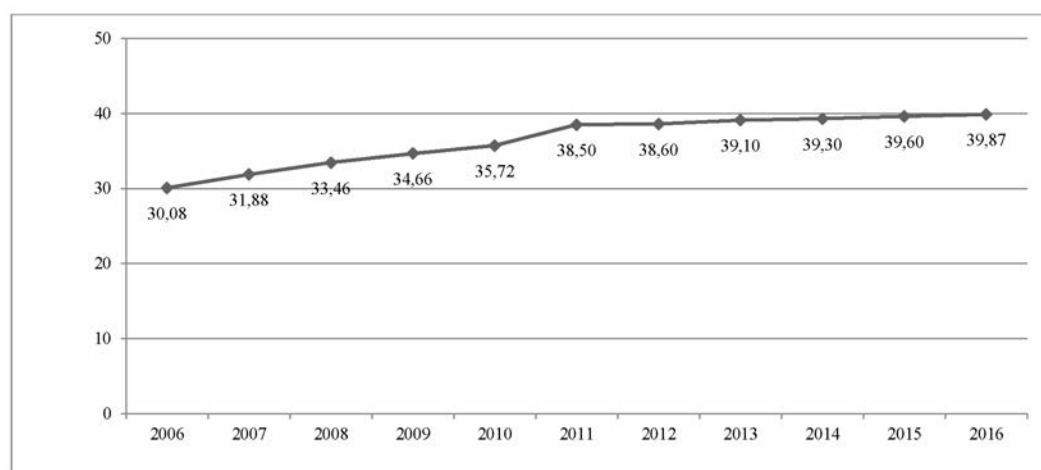
vi patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, si deve tener conto dell'aumento del consumo di questi farmaci in relazione ai mutamenti del contesto sociale, influenzati dalla crisi economica ancora in atto.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2006-2016

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	41,90	42,40	43,30	43,60	43,80	45,40
Valle d'Aosta	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	37,40	36,60	37,90	38,70	38,40	38,22
Lombardia	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	34,90	35,50	36,20	36,80	37,30	37,73
Bolzano-Bozen	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	51,10	51,80	53,10	53,30	54,30	53,63
Trento	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	36,80	37,20	37,90	38,50	38,80	39,02
Veneto	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	36,50	37,00	37,40	37,50	38,00	37,91
Friuli Venezia Giulia	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	32,50	33,00	33,70	33,50	33,40	33,74
Liguria	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	51,10	50,60	51,40	51,30	51,40	53,09
Emilia-Romagna	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	48,50	48,90	49,50	49,40	49,60	49,24
Toscana	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	59,30	58,90	58,90	59,50	59,60	60,96
Umbria	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	49,40	50,00	50,20	49,40	50,00	52,06
Marche	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	39,70	39,20	40,20	40,60	41,00	42,41
Lazio	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	36,00	35,70	35,80	34,80	35,20	35,24
Abruzzo	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	35,60	35,50	35,90	36,40	36,90	37,96
Molise	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,60	30,50	30,50	32,60	31,50	31,95
Campania	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	29,30	29,20	29,80	30,50	31,00	30,59
Puglia	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	30,30	30,30	30,90	31,20	31,40	31,33
Basilicata	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	29,80	29,50	29,90	30,30	30,80	31,42
Calabria	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	34,90	35,50	36,40	37,0	37,30	37,57
Sicilia	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	32,10	31,50	31,40	31,20	31,50	31,58
Sardegna	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	44,30	44,10	43,80	44,00	44,20	44,12
Italia	30,08	31,88	33,46	34,66	35,72	38,50	38,60	39,10	39,30	39,60	39,87

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Elaborazioni dati su flusso OsMed e della tracciabilità del farmaco. Anno 2017.

Grafico 1 - Trend nazionale del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2006-2016



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Elaborazioni dati su flusso OsMed e della tracciabilità del farmaco. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore presentato è solo parzialmente in grado di quantificare la frequenza dei disturbi psichiatrici, in quanto le DDD prescritte possono variare sia in base al numero di soggetti affetti dalla patologia che alla

capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale di ciascuna regione e alle diverse 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 alla possibilità di prescrizione di tale classe farmaceutica sia da parte dei MMG che dello 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 anti-depressivi.

Va ribadito, peraltro, 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 come alcune tra le principali cause di morte nei Paesi occidentali.

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 2016. Oslo, 2017.



Ospedalizzazioni con diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Significato. I disturbi mentali e comportamentali derivanti da uso di sostanze psicoattive includono disturbi causati dall'uso di alcol, oppioidi (oppio o eroina), cannabinoidi (marijuana), sedativi e ipnotici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni, tabacco e solventi volatili (1). Le patologie considerate includono intossicazione, uso dannoso, dipendenza e disturbi psicotici. La sindrome della dipendenza, in particolare, comporta un forte desiderio di assumere la sostanza, la difficoltà di controllarne l'uso, uno stato di ritiro fisiologico, la tolleranza, l'abbandono di piaceri e interessi alternativi e la persistenza dell'uso nonostante il danno a sé e ad altri (2). Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti dall'uso di sostanze ha evidenziato che i sintomi dei disturbi

mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente. Oltre un adulto su quattro con gravi problemi di salute mentale ha, anche, un problema di uso delle sostanze psicoattive (2).

L'indicatore utilizzato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2015), con una diagnosi primaria o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive, quali alcol (codici ICD9-CM: 291; 303; 305.0) e droghe (codici ICD9-CM: 292; 304, 305.1-305.9), in base alla fascia di età e alla regione di residenza. Dall'analisi, inoltre, sono stati esclusi i ricoveri ripetuti nel corso dell'anno in esame relativi allo stesso paziente.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive**

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti di età 15 anni ed oltre con diagnosi primaria o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	

*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-PATED).

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

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. Nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo univoco che consente di seguire nel tempo 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. L'indicatore è riferito alla sola popolazione residente in Italia di età ≥ 15 anni. Il limite principale di questo indicatore è costituito dalla possibile non omogeneità nella completezza e accuratezza della registrazione delle informazioni tra le regioni e dalla variabilità dell'offerta sul territorio di servizi non ospedalieri (Servizi per le Tossicodipendenze, Associazioni *no-profit* etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore utilizzato. Tuttavia, al fine di evidenziare eventuali differenze territoriali, è stato scelto come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2015, il numero di persone di 15 anni ed oltre dimesse da un ospedale, almeno una volta nel corso dell'anno, con menzione di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive, sono state circa 28.000, in maggioranza di genere maschile (68,7%). Nel corso degli anni, si è registrata una diminuzione, in particolare per i ricoveri legati all'uso di droghe. Il tasso di dimessi con diagnosi di disturbo psichico droga-correlato è sceso da 66,19 (per 100.000) abitanti di età ≥ 15 anni nel 2001 a 28,01 (per 100.000) abitanti di età ≥ 15 anni nel 2015; si osserva, invece, una sostanziale stabilità del tasso di dimessi con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato evidenziando, quindi, una convergenza dei tassi relativi delle diverse sostanze psicoattive (Grafico1).

Nel 2015, il tasso standardizzato più elevato si è registrato nella PA di Bolzano, in Valle d'Aosta e in Liguria per entrambi i generi, oltre che in Sardegna per i soli uomini; dal lato opposto, il valore più basso per entrambi i generi si è registrato in Campania (dati non presenti in tabella).



Tra i minorenni, i valori dei tassi standardizzati sono risultati statisticamente superiori al dato nazionale nella PA di Bolzano, in Sardegna e in Lombardia per entrambi i generi e in Liguria per i soli uomini; i valori inferiori al dato nazionale, invece, si sono registrati in Valle d'Aosta e nella PA di Trento (Tabella 1, Tabella 2).

Nella classe di età adulta (19-64 anni) si rilevano valori molto elevati dei tassi standardizzati in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano e valori statisticamente superiori al dato italiano in Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Marche e Sardegna per entrambi i generi, a cui si aggiungono l'Abruzzo, il Molise e la Puglia per i soli uomini e il Piemonte, la Lombardia e l'Umbria per le sole donne; al contrario, valori inferiori al tasso nazionale si registrano in Veneto, Campania, Calabria e Sicilia, oltre che nella PA di Trento per entrambi i generi, nel Lazio, in Puglia e in Basilicata per i soli uomini e in Molise per le sole donne.

Nella classe di età anziana (65-74 anni) il tasso di dimessi per patologie con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive è superiore al dato nazionale in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Liguria per entrambi i generi, nel Lazio per i soli uomini e in Emilia-Romagna e Toscana per le sole donne. Valori inferiori al dato nazionale si rilevano, invece, in Campania e in Lombardia per i soli uomini e in Veneto, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia per le sole donne (Tabella 1, Tabella 2).

Nella classe di età molto anziana (≥ 75 anni) si registrano valori al di sopra del benchmark di riferimento nella PA di Bolzano, nel Friuli Venezia Giulia e Lazio per entrambi i generi, oltre che in Valle d'Aosta, PA di Trento e Sardegna per i soli uomini e in Liguria, Emilia-Romagna e Toscana per le sole donne (Tabella 1, Tabella 2).

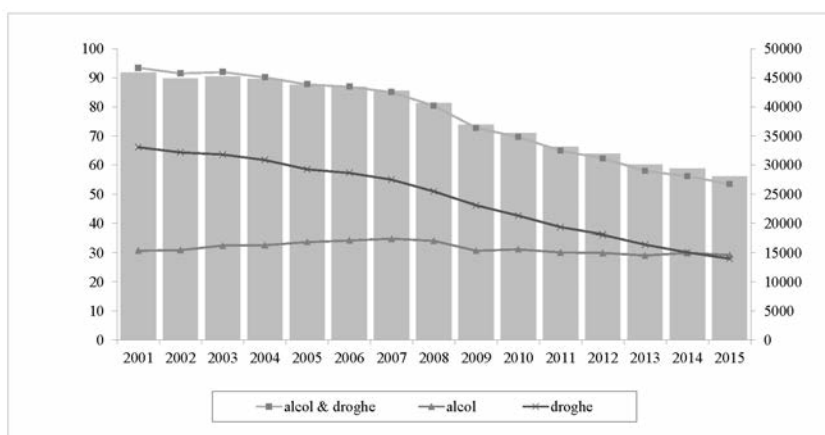
La distribuzione delle persone dimesse, almeno una

volta nel corso del 2015, per tipologia di sostanza mostra un andamento diverso sia per regione di residenza che per genere. Tra gli uomini il 48,8% dei ricoveri con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze psicoattive è da attribuire all'alcol, le droghe rappresentano una percentuale leggermente inferiore (43,3%), mentre i soggetti che hanno avuto uno o più ricoveri con menzione sia di alcol che di droghe rappresentano il 7,9%.

A livello regionale la distribuzione, per i soli uomini, dei ricoveri legati all'alcol risulta avere un peso minore in Toscana (37,4%), Umbria (41,8%), Lazio (42,8%), Marche (31,8%) e Campania (38,9%); si registrano, invece, valori particolarmente elevati nelle PA di Bolzano (73,7%) e Trento (85,9%), in Friuli Venezia Giulia (73,5%) e in Molise (64,9%). Per quanto riguarda i ricoveri legati all'uso di droghe si osservano valori più elevati in Toscana (51,8%), Umbria (52,6%), Lazio (50,5%), Marche (61,0%) e Campania (56,7%) (Grafico 2).

Per le donne, invece, a livello nazionale, i ricoveri legati all'alcol hanno un peso inferiore rispetto agli uomini (33,1%), di conseguenza risulta più elevata la proporzione di ricoverate con menzione di disturbo psichico droga-correlato (61,8%), mentre la proporzione di donne ricoverate con menzione di entrambi i gruppi di sostanze psicoattive è pari al 5,1%. A livello regionale, tra le sole donne, le proporzioni più elevate di dimissioni con menzione di uso di alcol si registrano nelle PA di Trento (56,1%) e Bolzano (58,5%) e in Friuli Venezia Giulia (51,9%), mentre valori più bassi si registrano in Campania (22,8%) e in Umbria (27,8%); di contro, le percentuali più elevate di dimesse con menzione di droga si registrano in Campania (75,4%), Calabria (67,1%), Umbria (65,7%) e Valle d'Aosta (65,4%), mentre le più basse nelle PA di Trento (39,0%) e di Bolzano (33,5%) (Grafico 2).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per tipo di sostanza - Anni 2001-2015

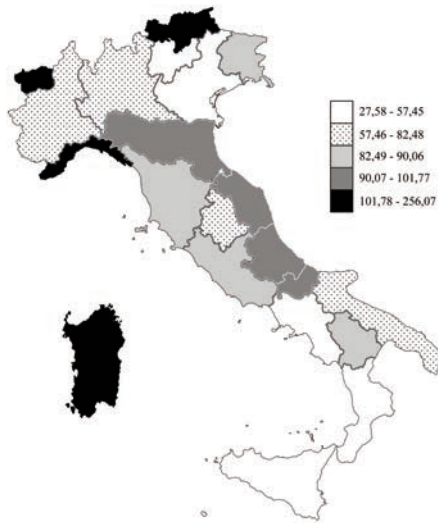


Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.





Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Maschi. Anno 2015



Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Femmine. Anno 2015

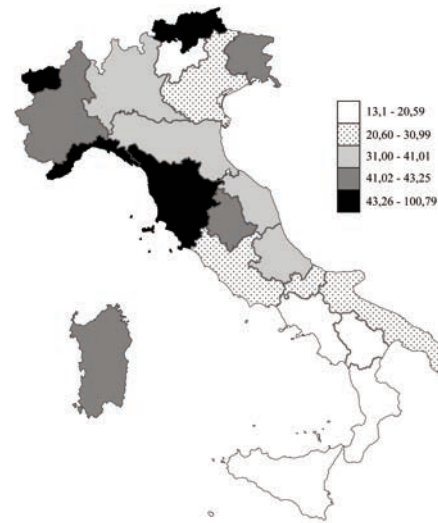


Tabella 1 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2015

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+
Piemonte	33,12	90,55	74,56	37,92
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0,00	202,52	150,37	167,09
Lombardia	57,67	87,08	50,48	35,14
Bolzano-Bozen	158,02	245,96	338,01	202,63
Trento	0,00	54,01	69,38	80,40
Veneto	26,29	42,69	42,35	33,49
Friuli Venezia Giulia	28,35	82,00	141,64	73,48
Liguria	72,42	170,23	142,56	46,37
Emilia-Romagna	25,66	103,51	75,42	46,33
Toscana	24,67	104,35	64,37	37,83
Umbria	19,00	67,74	44,55	35,94
Marche	34,75	114,88	76,73	46,77
Lazio	26,64	99,22	78,53	49,70
Abruzzo	52,81	114,30	66,90	27,39
Molise	32,88	112,83	90,40	31,45
Campania	15,84	31,23	24,02	14,31
Puglia	26,96	93,54	61,50	37,06
Basilicata	8,39	89,04	94,27	61,15
Calabria	24,17	51,86	39,44	19,69
Sicilia	14,33	57,26	20,75	6,35
Sardegna	109,03	154,85	82,82	74,91
Italia	33,93	84,71	63,01	38,20

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.



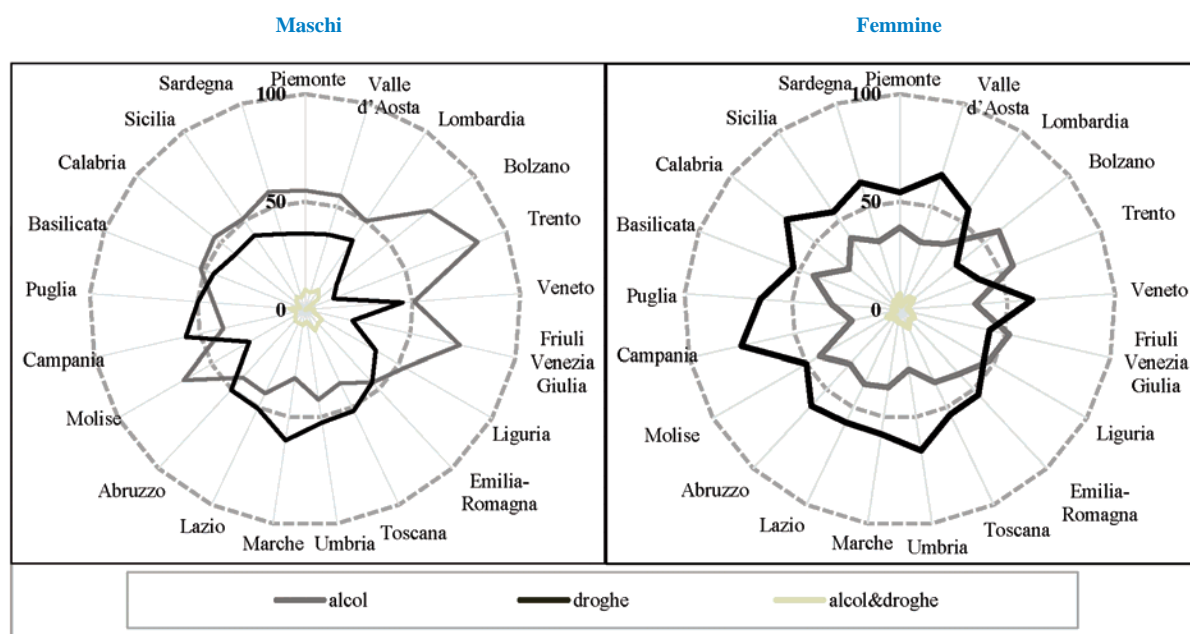


Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2015

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+
Piemonte	23,16	49,19	35,08	15,05
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0,00	94,70	109,77	45,53
Lombardia	40,38	43,77	25,55	17,98
Bolzano-Bozen	87,34	92,94	124,52	93,35
Trento	0,00	19,69	25,05	8,83
Veneto	20,03	23,44	22,01	15,73
Friuli Venezia Giulia	40,65	37,76	54,25	33,26
Liguria	28,77	83,89	39,58	33,31
Emilia-Romagna	13,81	44,40	36,87	27,16
Toscana	29,88	46,45	41,35	28,47
Umbria	41,34	44,65	31,64	23,42
Marche	26,23	42,16	29,42	16,49
Lazio	20,57	30,43	28,93	31,83
Abruzzo	47,53	38,26	23,44	23,85
Molise	35,50	34,59	17,12	6,45
Campania	6,87	13,85	11,16	10,00
Puglia	28,60	27,73	18,86	9,56
Basilicata	9,17	24,95	2,91	7,71
Calabria	12,71	17,83	14,38	13,13
Sicilia	2,85	16,21	13,37	6,76
Sardegna	74,27	49,75	21,05	18,83
Italia	24,15	35,12	27,19	19,73

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.

Grafico 2 - Dimissioni (valori per 100) ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per genere e per tipo di sostanza - Anno 2015



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i relativi Obiettivi (*Sustainable Development Goals-SDGs*), 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 *target* 3.5 che prevede la “prevenzione del consumo dannoso e dell’abuso di alcol e sostanze psicoattive”.

L’abuso di alcol e sostanze, oltre ad avere effetti diretti in termini di morbosità e mortalità, è un fattore di rischio sia per incidenti che per suicidi ed omicidi e l’inserimento nei SDGs di un *focus* dedicato ne sottintende il riconoscimento come tema chiave per lo sviluppo.

I dati presentati mostrano un trend complessivamente discendente nei ricoveri con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall’uso di sostanze psicoattive. Questo trend risulta evidente per i ricoveri connessi all’uso di droghe e, in controtendenza rispetto al gruppo appena menzionato, i ricoveri alcol-correlati mantengono stabile il loro andamento; ciò dimostra che un suo uso eccessivo risulta ancora molto radicato nella cultura di alcune aree geografiche del nostro Paese, nelle quali non si percepisce la pericolosità di un suo abuso. Ne è una riprova il fatto che, degli stimati 720 mila consumatori di alcol con effetti dannosi, solo 74.000 hanno sentito il bisogno di ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale (3, 4). La minor quota di ricoveri da droghe potrebbe deporre per una verosimile migliore capacità del sistema di diagnosi e cura, di intercettazione e di fornitura di servizi e programmi da parte dei servizi territoriali per le tossicodipendenze rispetto a quelli deputati al recupero dell’alcol-dipendenza, la cui frequenza di ricorso al ricovero ospedaliero si mantiene costante nel tempo. Questo fenomeno che, probabilmente, causa anche la

diversa capacità di diagnosi di un problema psichico legato all’uso di alcol, rappresenta una caratteristica ben nota in Italia, anche in funzione della mancata o scarsa formazione sull’identificazione precoce del rischio alcol-correlato da parte del personale sanitario (solo il 30% dei medici conosce gli strumenti di screening, ad esempio l’*Alcohol Use Disorders Identification Test*, come dimostrato dal Progetto europeo *Reducing Alcohol Related Harm*).

Inoltre, poiché il fenomeno è caratterizzato da una elevata variabilità interregionale che presenta delle sovrapposizioni più evidenti con la frequenza di consumatori a rischio o dannosi di alcol, rispetto alla distribuzione dell’uso di droghe, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se si porrà attenzione alle disuguaglianze che tali differenze generano sul territorio sollecitando una attenzione differenziata in funzione dei trend emergenti.

Riferimenti bibliografici

- (1) The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization 2015. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf.
- (2) World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponibile sul sito: www.who.int/whr/2001/en.
- (3) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Scipione R, Monica Vichi M, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell’Osservatorio Nazionale Alcol sull’impatto del consumo di alcol ai fini dell’implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/1).
- (4) 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”. Ministero della Salute. 2017. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2589_allegato.pdf.



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 debole 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. Anche i fattori di tipo

culturale, ambientale e socio-demografico possono giocare un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (1-3). Inoltre, 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.

Tasso di mortalità per suicidio*

Numeratore	Decessi 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 raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo la *International Classification of Disease (ICD-10-CM; suicidio: X60-X84, Y870)* 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".

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 (200 casi nel biennio 2013-2014). 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 (22 casi registrati nel biennio 2013-2014). 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 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, 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 2013-2014, il più recente).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2013-2014, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,88 (per 100.000) residenti di età ≥15 anni (Tabella 1, Cartogrammi). In termini assoluti, tra i residenti in Italia con età ≥15 anni, nel biennio 2013-2014, si sono tolte la vita 8.216 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,4% (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità per suicidio è pari a 13,11 (per 100.000) per gli uomini e a 3,37 (per 100.000) per le donne (Tabella 2). I valori dei tassi, riferiti a tutte le età, sono lievemente diminuiti rispetto ai valori del biennio 2011-2012 riportati nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute.

Per gli uomini il tasso aumenta fino ai 50 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 36 casi ogni 100.000 abitanti tra gli ultra 85enni (Grafico 1). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio cresce lentamente fino a raggiungere un massimo di circa 5 casi ogni 100.000 abitanti nella classe di età 50-54 anni, dopo di che tende ad oscillare tra un valore di 4,4 e 3,6 casi (per 100.000) nelle classi di età più anziane (Grafico 1).

Per entrambi i generi, quindi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età ma, mentre per le donne raggiunge un *plateau* dopo i 55 anni di età, per gli uomini si registra un aumento esponenziale proprio in



coincidenza con l'età al pensionamento che, soprattutto per loro, comporta spesso 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 con alcune eccezioni. I valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano; dal lato opposto i livelli più bassi si registrano in Molise e in Campania per entrambi i generi. Rappresentano una eccezione, al Nord, la Liguria con tassi di suicidalità simili a quelli di molte regioni meridionali e, nel Mezzogiorno, la

Sardegna con una mortalità per suicidio tra le più elevate d'Italia (Tabella 1, Tabella 2).

Si registra, rispetto ai dati riportati nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute, una lieve riduzione del tasso di mortalità per suicidio riferito a tutte le età e, a differenza del biennio 2011-2012, la riduzione del tasso interessa non solo le età anziane ma anche le classi di età lavorativa; tuttavia, la mortalità per suicidio nella fascia di età 25-69 anni resta, comunque, più elevata rispetto a quella registrata nel biennio 2006-2007, precedente alla crisi economico-finanziaria del 2008 che ha dato avvio alla attuale congiuntura economica (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	3,02	9,08	13,19	16,15	10,4	10,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	18,03	21,16	7,09	16,31	16,18
Lombardia	2,67	7,60	8,35	11,57	7,98	7,90
Bolzano-Bozen	2,16	12,82	16,01	15,04	12,86	13,12
Trento	0,00	12,06	11,89	8,28	11,01	10,89
Veneto	2,76	9,16	10,77	10,76	9,28	9,19
Friuli Venezia Giulia	5,00	10,50	12,72	12,99	10,96	10,72
Liguria	2,99	4,84	6,32	11,75	6,14	5,64
Emilia-Romagna	2,40	8,15	9,93	19,35	9,74	9,35
Toscana	2,86	7,36	10,99	16,19	8,97	8,56
Umbria	6,67	9,23	12,35	16,55	10,62	10,30
Marche	0,00	9,23	14,04	16,35	10,49	10,22
Lazio	1,93	5,87	6,96	9,83	6,31	6,29
Abruzzo	2,08	7,75	9,69	12,77	8,43	8,33
Molise	0,00	4,94	3,09	5,05	4,53	4,57
Campania	2,76	3,77	5,73	7,28	4,26	4,45
Puglia	0,00	5,46	6,68	9,35	5,77	5,87
Basilicata	6,51	6,16	9,85	11,25	7,26	7,21
Calabria	1,82	5,22	8,14	8,43	5,77	5,87
Sicilia	1,14	5,68	8,38	11,66	6,44	6,61
Sardegna	5,28	11,70	10,91	14,75	11,70	11,60
Italia	2,33	7,17	9,23	12,50	7,88	7,83

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.



SALUTE MENTALE

267

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio per regione. Anni 2013-2014

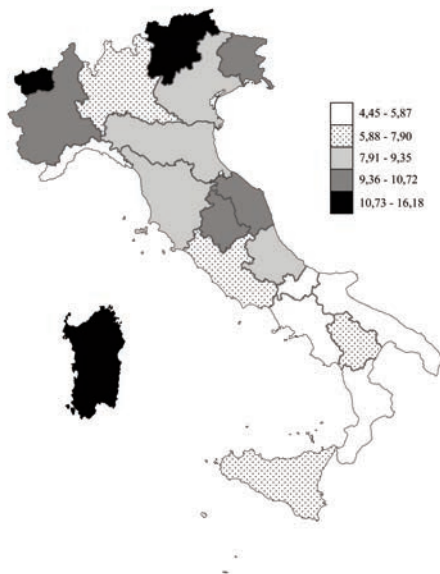


Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,73	4,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	24,50	8,63
Lombardia	12,79	3,75
Bolzan-Bozen	20,62	6,48
Trento	17,75	4,65
Veneto	14,93	4,14
Friuli Venezia Giulia	16,50	5,76
Liguria	9,05	3,09
Emilia-Romagna	15,24	4,52
Toscana	14,81	3,51
Umbria	16,75	5,07
Marche	16,56	4,83
Lazio	10,54	2,73
Abruzzo	14,53	2,94
Molise	6,41	2,86
Campania	7,48	1,95
Puglia	10,43	2,00
Basilicata	12,12	2,92
Calabria	10,02	2,17
Sicilia	11,77	2,17
Sardegna	20,86	3,28
Italia	13,11	3,37

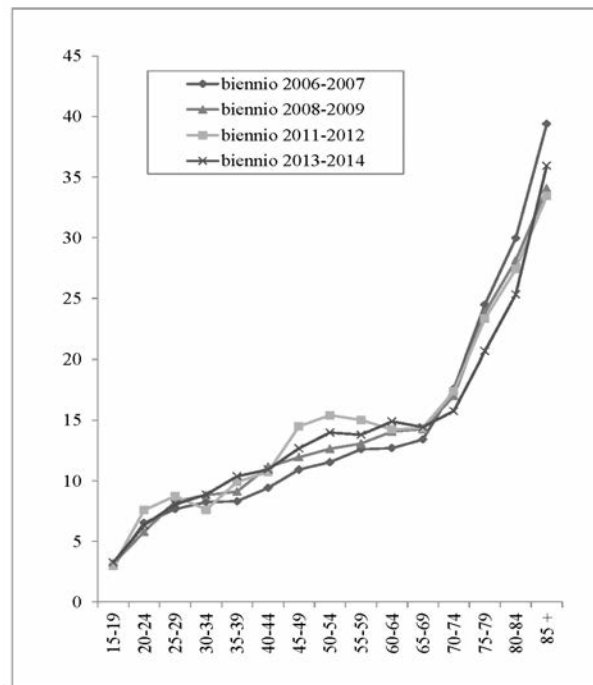
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.



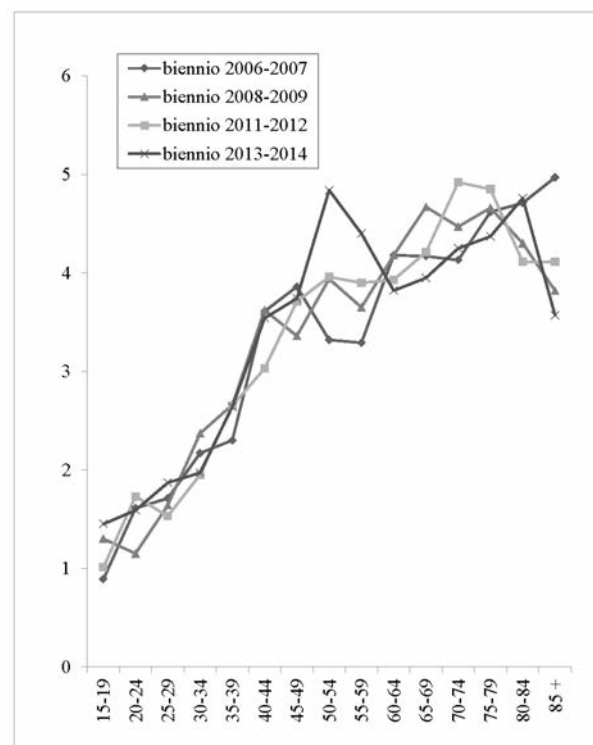


Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2011-2012, 2013-2014

Maschi



Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale (4-8). Nel 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. Uno di questi diciassette obiettivi 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 promuoverne il raggiungimento.

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica, *in primis*, 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) e l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso di alcol e sostanze. 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 (4-8). Nell'ambito della programmazione di politiche di 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.

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.

Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma debbono prevedere un approccio multisetoriale 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 una 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, 4-9).

Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali (4-10), solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi. L'OMS sottolinea, da lungo tempo, la necessità di poter disporre di dati affidabili sui tentativi di suicidio al fine di supportare l'implementazione di politiche nazionali di prevenzione e per valutare l'efficacia degli interventi (10). Per colmare questo *gap* informativo è in via di definizione un Osservatorio Epidemiologico sul Suicidio e Tentato Suicidio (OESTES) basato sull'integrazione di fonti di dati correnti (mortalità, dimissioni ospedaliere e accessi al Pronto Soccorso), come suggerito in un recente documento dell'OMS (11). Si auspica che l'OESTES contribuisca ad aumentare la sensibilizzazione sul fenomeno e possa fornire nel futuro una base conoscitiva per la messa a punto di interventi strategici di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. “Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002”. *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (2) 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).
- (3) 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.
- (4) Commissione europea. “European pact for mental health and well-being”. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (5) OMS. “Public health action for the prevention of suicide. A framework”. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- (6) Commissione europea la Join Action su Mental Health and Wellbeing. Disponibile sul sito: www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health.
- (7) Assemblea dell'OMS adotta il “Mental health action plan 2013-2020”. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
- (8) OMS. “Preventing suicide. A global imperative”. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en.
- (9) OMS. “Preventing suicide. A community engagement toolkit. Pilot version 1.0”. Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>.
- (10) United Nations. Dept. for Policy Coordination and Sustainable Development. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations, 1996. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- (11) OMS. “Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm”. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en.



Omicidi

Significato. L'omicidio può essere visto come la punta dell'*iceberg* di una violenza molto più diffusa ma con esiti non letali. L'omicidio, e la violenza in generale, hanno un enorme impatto in termini di Sanità Pubblica. Infatti, l'atto violento costituisce un fattore di rischio per la salute mentale della rete familiare e sociale sia della vittima che dell'esecutore della violenza e si ripercuote con effetti destabilizzanti sulla comunità e sulla società nel suo complesso.

Tasso di mortalità per omicidio*

Numeratore	Decessi per omicidio 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 omicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10-CM; omicidio: X85-Y09, Y871) 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".

L'indicatore presenta diversi limiti di seguito elencati:

- la possibile sottostima dovuta, soprattutto, ai decessi "in accertamento giudiziario" per i quali al momento del rilascio dei dati non è ancora stata accertata la causa del decesso;
- è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto delle vittime di omicidio non residenti in Italia (84 casi nel biennio 2013-2014);
- sono esclusi gli omicidi di bambini <15 anni (29 casi nel biennio 2013-2014) che si è scelto di non considerare per rendere questo indicatore comparabile con quello sui suicidi riportato in questo stesso Capitolo;
- il tasso è riferito alla residenza della vittima e non al luogo in cui è stato perpetrato l'omicidio; tuttavia, nella maggioranza dei casi (95,4%), l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima.

Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per omicidio 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. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato (popolazione di riferimento: Italia 2011), se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce

Anche se non si può escludere che fattori biologici e genetici possano predisporre all'aggressività è, però, indubbio che questi fattori si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento.

In modo speculare al suicidio, l'omicidio può essere visto come un indicatore di malessere sociale.

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 l'omicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili", 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 2013-2014, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2013-2014, il tasso medio annuo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,66 (per 100.000) residenti di età ≥15 anni (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia con età ≥15 anni, nel biennio 2013-2014, sono state uccise 689 persone; tra queste, gli uomini rappresentano circa il 65% (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,89 (per 100.000) per gli uomini e a 0,43 (per 100.000) per le donne (Tabella 2).

Per gli uomini il tasso si mantiene sostanzialmente stabile tra i 20-54 anni (oscillando tra 0,95 e 1,25 per 100.000) per poi diminuire nelle età più anziane. Per le donne, invece, il tasso aumenta tra i 15-25 anni, si stabilizza fino ai 65 anni di età per poi aumentare considerevolmente dopo i 69 anni (Grafico 1).

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica. I valori più elevati di mortalità per omicidio si registrano in Calabria, Sardegna, Puglia, Sicilia e Basilicata, mentre i livelli più bassi si registrano nella PA di Trento e nella PA di Bolzano (Tabella 2).

L'analisi dei tassi di mortalità per omicidio per genere evidenzia importanti differenze geografiche. Per gli uomini si registrano tassi più elevati in Calabria,





SALUTE MENTALE

271

Sardegna, Puglia, Basilicata e Sicilia; i valori più bassi, invece, si registrano nella PA di Trento, Molise, PA di Bolzano e Veneto. Al contrario, per le donne i tassi più elevati si evidenziano in Umbria, Piemonte, Calabria e Toscana, mentre i livelli più bassi nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Basilicata e Campania (Tabella 2).

Il trend storico del tasso di mortalità per omicidio mostra, per le donne, una riduzione dal 1980 fino all'inizio degli anni 2000, a cui segue un periodo di sostanziale stabilità. Per gli uomini, invece, il trend mostra due picchi: uno all'inizio del 1980 e uno, più accentuato, all'inizio del 1990, per poi diminuire in maniera repentina (Grafico 2).

Tabella 1 - Tasso (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	0,00	0,78	0,38	1,19	0,75	0,73
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,64	0,00	0,00	0,45	0,43
Lombardia	0,14	0,57	0,23	0,77	0,53	0,53
Bolzano-Bozen	0,00	0,16	0,00	0,00	0,12	0,11
Trento	0,00	0,15	0,00	0,00	0,11	0,11
Veneto	0,00	0,18	0,19	0,58	0,23	0,23
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,34	0,65	0,00	0,33	0,33
Liguria	0,00	0,33	0,00	1,07	0,39	0,35
Emilia-Romagna	0,00	0,43	0,31	0,56	0,42	0,41
Toscana	0,41	0,45	0,23	1,59	0,58	0,57
Umbria	0,00	1,13	0,00	0,44	0,84	0,87
Marche	0,00	0,76	0,00	0,77	0,63	0,63
Lazio	0,48	0,75	0,99	0,68	0,76	0,76
Abruzzo	0,00	0,43	0,72	0,64	0,48	0,47
Molise	0,00	0,26	0,00	0,00	0,18	0,17
Campania	0,18	0,53	0,38	0,84	0,53	0,53
Puglia	0,00	1,24	0,60	0,63	1,03	1,03
Basilicata	2,17	0,84	0,00	1,50	0,89	0,89
Calabria	0,61	2,08	2,36	0,50	1,85	1,88
Sicilia	0,23	1,04	1,00	0,61	0,95	0,96
Sardegna	0,00	1,28	1,09	0,90	1,17	1,14
Italia	0,18	0,70	0,50	0,78	0,66	0,66

Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2017.

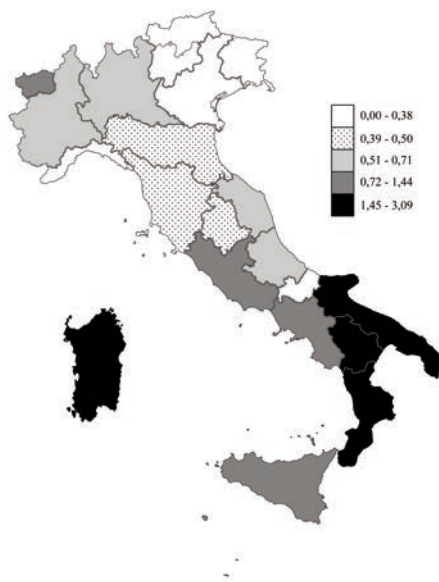


**Tabella 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	0,71	0,75
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0,87	0,00
Lombardia	0,71	0,35
Bolzano-Bozen	0,21	0,00
Trento	0,00	0,22
Veneto	0,22	0,20
Friuli Venezia Giulia	0,38	0,28
Liguria	0,38	0,31
Emilia-Romagna	0,50	0,32
Toscana	0,47	0,62
Umbria	0,41	1,30
Marche	0,69	0,57
Lazio	0,99	0,53
Abruzzo	0,53	0,39
Molise	0,00	0,35
Campania	0,88	0,18
Puglia	1,70	0,41
Basilicata	1,66	0,15
Calabria	3,09	0,73
Sicilia	1,44	0,51
Sardegna	1,70	0,58
Italia	0,89	0,43

Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2017.

Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2013-2014



Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2013-2014

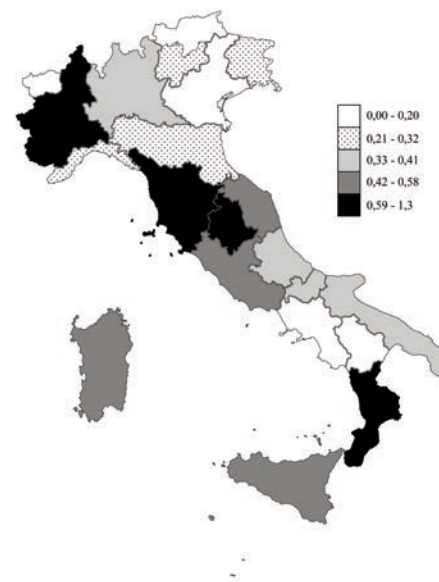
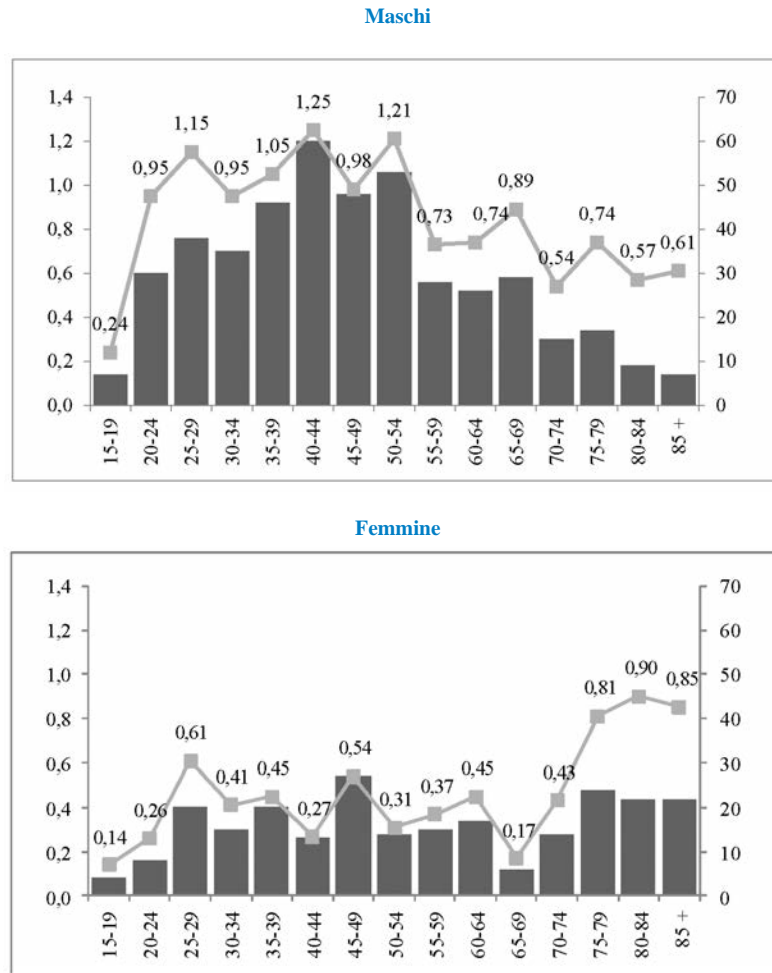


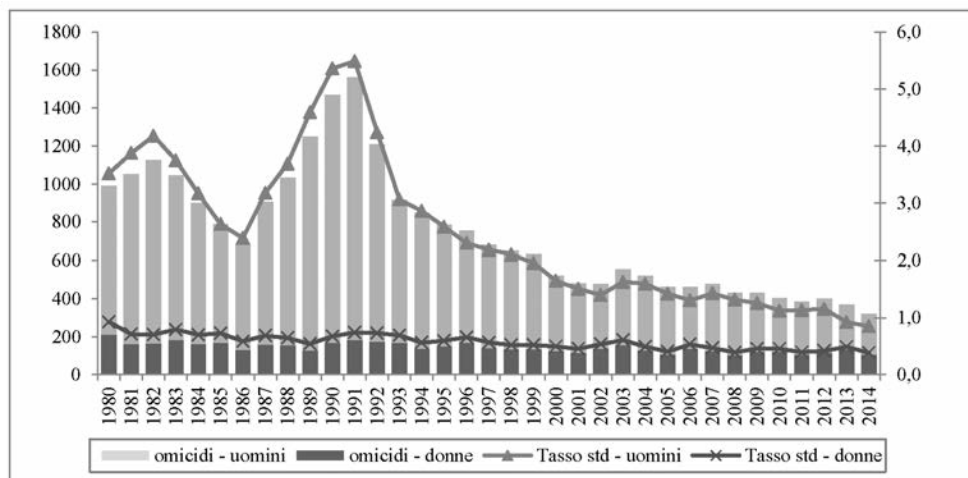


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2013-2014



Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2017.

Grafico 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2014



Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

Il fenomeno dell'omicidio e, più in generale, della violenza non si distribuisce in modo casuale nella popolazione, ma si concentra in specifici sottogruppi. In particolare, il rischio di essere vittima o autore di violenza aumenta se la rete sociale e/o familiare del soggetto include vittime e/o autori di violenza. Nel 1996, la violenza è stata riconosciuta come un problema di Sanità Pubblica dalla 49th World Health Assembly "Prevention of violence: a public health priority", in occasione della quale è stato affermato che la violenza si può prevenire (1); nel 2002, l'approccio alla violenza in termini di *Public Health* è stato formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la pubblicazione del "World Report on violence and health" (2); tale concetto è stato poi ribadito, nel 2014, nella 67th World Health Assembly "Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children" e dal successivo "Plan of action" dell'OMS (3, 4). Nel settembre del 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. L'Obiettivo n. 16 è "promuovere società inclusive e pacifiche" ("Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive institutions at all levels"), da raggiungere anche attraverso il *target* 16.1 che prevede la "riduzione significativa di tutte le forme di violenza e dei relativi tassi di mortalità". Nel nostro Paese, il tasso di omicidio manifesta, a partire dagli anni Novanta, un trend in diminuzione. Il fenomeno presenta una marcata variabilità regionale e i tassi si mantengono su valori elevati in molte regioni del Meridione dove è storicamente presente la criminalità organizzata (Mafia, Camorra, Ndrangheta e

Sacra Corona Unita). La Calabria, in particolare, registra valori particolarmente elevati (5).

Ne consegue che tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di omicidio, vi è al primo posto la lotta e il contrasto alla criminalità organizzata; tuttavia, è auspicabile affrontare il fenomeno della violenza anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di omicidio al fine di individuare i possibili fattori di rischio a livello individuale, familiare e di contesto. Alla base delle politiche di repressione e di prevenzione della violenza vi è, quindi, l'individuazione dei gruppi e delle aree a maggior rischio per la progettazione di interventi multisettoriali che includano non solo la giustizia ma anche la sanità, la scuola, il lavoro e le politiche sociali.

Riferimenti bibliografici

- (1) 49th World Health Assembly. "Prevention of violence: a public health priority". Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf.
- (2) 67th World Health Assembly. "Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children". Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2014/24_05/en.
- (3) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en.
- (4) Who Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. WHO, Geneva, Switzerland, 2016. Disponibile sul sito: www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en.
- (5) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie. Rapporto Linea 1." Milano: Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito: www.investigatioc.it.



Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Prof. Maurizio Pompili, Dott.ssa Denise Erbuto

Le prime esperienze nell'ambito della prevenzione del suicidio risalgono ai primi anni del XX secolo. Nel 1906, il *Salvation Army* aprì a Londra un servizio dedicato alla prevenzione del suicidio; nello stesso anno un sacerdote battista, Harry Warren, fondò a New York una organizzazione religiosa, la *National Save-A-Life League*, che si prefiggeva lo stesso scopo. Nel 1947 nacque un servizio per la prevenzione del suicidio presso la Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Vienna; nel 1949 Edwin Shneidman, il padre indiscusso della suicidologia, iniziò a studiare il fenomeno suicidario e pochi anni dopo fondò, insieme a Normal Farberow e Robert Litman, il *Los Angeles Suicide Prevention Center*, il primo vero centro per la prevenzione del suicidio che segnò la nascita di una nuova disciplina scientifica: la suicidologia.

Traendo ispirazione da queste esperienze passate e seguendone i principi teorici fu istituito, nel 2007, il Servizio per la Prevenzione del Suicidio (SPS) con sede presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma - Unità Operativa Complessa di Psichiatria - "Sapienza" Università di Roma. Il SPS rappresenta un esempio tangibile del passaggio da un atteggiamento passivo e stigmatizzante del fenomeno suicidario ad una prospettiva volta a promuovere la prevenzione. Il Servizio si propone nella doppia veste; universitaria, come spazio di ricerca e ospedaliera-assistenziale attraverso interventi di cura e la messa in atto di iniziative ed assistenza dedicata a soggetti a rischio di suicidio e a quanti hanno perso un caro per suicidio, più comunemente noti con il nome di *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 SPS si propone, altresì, di garantire un terreno comune per tutte le figure che, nel territorio, operano nella prevenzione del suicidio, favorendo la cooperazione fra persone, servizi e Istituzioni. Il SPS, ormai conosciuto in tutta Italia anche grazie ad un sito dedicato, riceve richieste di assistenza da molte regioni.

Nel 2016, il SPS ha registrato 688 accessi ambulatoriali, di cui il 3,9% corrispondente a prima visita psichiatrica, il 56,7% a controllo psichiatrico e il 39,4% a psicoterapia individuale. Gli utenti afferenti al SPS appartengono ad una popolazione con età media di 49,9 anni (Deviazione Standard-DS= $\pm 15,7$) e sono stati per il 61,1% donne e per il restante 38,9% uomini. Il 13,4% è costituito da giovani (≤ 30 anni), il 23,6% ha una età compresa tra i 31-45 anni, il 38,4% tra i 46-60 anni e il 24,6% è costituito da ultra 60enni. La quasi totalità degli accessi ambulatoriali (88,5%) proviene da Roma e dalle altre province del Lazio, l'8,1% proviene dalle altre regioni del Centro, il 2,1% dal Sud ed Isole e l'1,3% dal Nord.

Di quanti hanno effettuato un primo contatto telefonico con il SPS, circa il 30% è già all'interno della rete dei servizi sanitari, mentre il restante circa 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. La totalità della popolazione afferisce non dal Centro Unico di Prenotazione regionale, ma a seguito di spontaneo contatto telefonico con il SPS.

Le storie di quanti scelgono il suicidio come soluzione ad un dolore mentale insopportabile, anche noto come *psychache*, rappresentano, di certo, una sfida continua per gli operatori di salute pubblica, oltre a costituire un tessuto di riflessione sul quale improntare l'iniziativa professionale e personale. I dati inerenti le attività del SPS 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 dei servizi dedicati alla prevenzione dovrebbe diventare prioritario nell'agenda dei *policy maker*, a partire dalla consapevolezza che la prevenzione del suicidio è non solo necessaria, ma possibile!





Organizzazione dei Servizi di Salute Mentale per l'adulto in Friuli Venezia Giulia

Dott. Giulio Castelpietra, Dott.ssa Tamara Feresin

La Regione Friuli Venezia Giulia rappresenta un modello innovativo per la salute mentale a livello italiano ed europeo. La promulgazione della Legge n. 180/1978, a cui ha fatto seguito la chiusura in tutta Italia degli ospedali psichiatrici (1), deriva, infatti, dall'esperienza goriziana e triestina. Successivamente negli anni, i documenti di programmazione strategica regionale hanno individuato obiettivi, linee di intervento e di funzionamento della rete dei servizi, anticipando, tra l'altro, i principi espressi nella Dichiarazione di Helsinki (2). I servizi di salute mentale del Friuli Venezia Giulia sono strutturati in modo da integrare i diversi aspetti della salute mentale (terapeutici, riabilitativi e sociali) e di connettere le varie strutture coinvolte nella cura delle persone (servizi distrettuali, ospedale, Medici di Medicina Generale, Pronto Soccorso e servizi sociali dei Comuni), garantendo la continuità assistenziale. Il modello di riferimento terapeutico è quello della *recovery* (3), che si esplica nella costruzione o ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza, nell'esercizio progressivo degli stessi (4) e nell'integrazione sociale (5). I servizi pongono, quindi, una particolare attenzione ai processi abilitativi/riabilitativi, attuati in stretta collaborazione con il privato sociale e l'associazionismo e basati sulla multisettorialità, sull'*empowerment* e quanto più individualizzati.

In Friuli Venezia Giulia sono presenti cinque Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), uno per ciascuna Azienda Sanitaria. I DSM hanno il compito di garantire la promozione e la tutela della salute mentale e la presa in carico nella popolazione di riferimento a livello aziendale o sovra aziendale. Le strutture organizzative complesse dei DSM che afferiscono al livello di assistenza distrettuale sono i Centri di Salute Mentale (CSM) (6). I DSM regionali presentano, tra le loro articolazioni, da 3 a 4 CSM sulle 24 ore (CSM 24h), ciascuno con un numero di posti letto che varia tra 6-8. I CSM 24h sono 17 in tutta la regione, a cui se ne aggiungono altri 5 aperti solo in orario diurno.

I CSM 24h sono preposti all'accoglimento della domanda e alla presa in carico e devono essere in grado di rispondere alla crisi, attuando in alternativa anche i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) presso la propria sede. Di conseguenza, è stato possibile ridurre a tre il numero dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), collocati in ogni presidio ospedaliero *hub*, per complessivi 36 posti letto. Il ricovero in SPDC è riservato solo alle situazioni di acuzie non trattabili sul territorio o sconosciute al CSM di competenza e per il tempo strettamente necessario, prevedendo la presa in carico e/o la prosecuzione del trattamento da parte del CSM competente.

I requisiti chiave dei CSM 24h, definiti nel Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008 (7), sono costituiti da:

- strutturazione del servizio preferibilmente in una sede unica con buona accessibilità, con spazi articolati e dedicati a diverse funzioni e con una dotazione di posti letto territoriali dimensionata sul bisogno;
- disponibilità di spazi polivalenti e flessibili a carattere comunitario;
- presenza di *équipe* multiprofessionale unica, che promuova la possibilità di partecipazione di tutti gli operatori alla condivisione della conoscenza delle persone prese in carico, che favorisca la relazione diretta con l'utenza e che sia ben integrata sul territorio;
- gestione dell'emergenza e della crisi con la "porta aperta" e senza ricorso alle contenzioni.

Il CSM 24h, di norma (8), opera su un bacino di utenza che va dai 50.000-80.000 abitanti, al fine di garantire responsabilità diretta e presa in carico delle persone sul territorio di competenza. Esistono, tuttavia, CSM strutturati su bacini di utenza inferiori, che rispondono ai bisogni di un territorio molto vasto, a bassa densità demografica, e con scarsa accessibilità, come nelle aree montane a Nord della regione.

Un aspetto qualificante dell'organizzazione dei servizi del Friuli Venezia Giulia è la promozione di soluzioni residenziali inclusive, capaci di garantire una adeguata assistenza e riabilitazione e una rete di rapporti. L'adozione di questi progetti di residenzialità più flessibili, finalizzati al raggiungimento dell'indipendenza abitativa e dell'inclusione sociale, ha portato a una riduzione progressiva delle strutture residenziali sulle 24 ore e a un loro progressivo superamento. I percorsi di residenzialità e di abitare inclusivo sono posti sotto il governo clinico e il monitoraggio costante dei CSM, che programmano e verificano l'attuazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati e i programmi di inclusione. In Friuli Venezia Giulia sono attive diverse esperienze di "abitare inclusivo", sostenute anche attraverso lo strumento economico dei "Budget Individuali di Salute"(9).

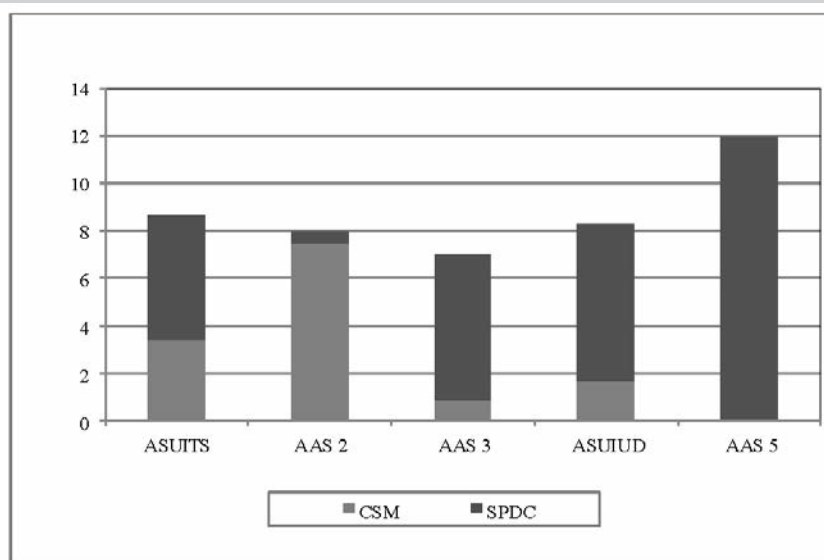
I dati sui servizi di salute mentale in Friuli Venezia Giulia, riferiti al 2015, indicano un numero totale di persone prese in carico pari a 20.654, di cui circa il 60% donne ed il restante circa 40% uomini, e con una età compresa tra i 30-69 anni nel circa 70% dei casi. La prevalenza è di 19,5 persone su 1.000 abitanti, mentre l'incidenza è di 4,9 su 1.000 abitanti.





Il tasso di ricovero in SPDC è di 0,7 persone su 1.000 abitanti, a fronte di un tasso di accoglienze in CSM 24h di 2,1 persone su 1.000 abitanti. Il numero di soggetti ammessi nei servizi in TSO è pari a 181 (8,9 su 1.000 utenti), di cui circa il 70% ammessi in SPDC e il restante 30% in CSM 24h. Vi sono differenze sia nei tassi di TSO, che nel tipo di servizio in cui le persone sono ammesse in TSO, a seconda delle varie Aziende Sanitarie Regionali (Grafico 1).

Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di Trattamento Sanitario Obbligatorio per Azienda Sanitaria e Servizio (CSM: Centro di Salute Mentale, SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) - Anno 2015



ASUTTS: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

AAS 2: Azienda per l'Assistenza Sanitaria Bassa Friulana-Isontina.

AAS 3: Azienda per l'Assistenza Sanitaria Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli.

ASUTUD: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.

AAS 5: Azienda per l'Assistenza Sanitaria Friuli Occidentale.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR), Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, Regione Friuli Venezia Giulia. Estrazione dati agosto 2017.

Riferimenti bibliografici

- (1) Davidson L, et al., (2010). "A life in the community": Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health* 19 (5), 436-443.
- (2) Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions. in WHO European Ministerial Conference on Mental Health. 2005. Helsinki, Finland.
- (3) Mental Health action plan 2013-2020, World Health Organization 2013.
- (4) de Leonardis O, Mauri D, Rotelli F (1994), L'impresa sociale, Anabasi, Milano.
- (5) Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey, Fisher D (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services* 58, 469-474.
- (6) Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17.
- (7) Delibera di Giunta Regionale n. 3222/2005 "Lr 23/2004 art. 7 e art. 8. Approvazione del progetto di piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008".
- (8) Delibera di Giunta regionale n. 929/2015 "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici".
- (9) Ridente P, Mezzina R: From residential facilities to supported housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction, *International Journal of Mental Health* 2016; 45 (1): 59-70.

