

Salute mentale e dipendenze

Salute mentale e dipendenze, seppur patologie tra le più sommerse, rappresentano in Italia, per gravità e frequenza, importanti problemi di Sanità Pubblica.

I due argomenti, non a caso trattati insieme nel seguente capitolo, si caratterizzano per la frequente sovrapposizione laddove spesso è possibile individuare elementi di patologia che riconducono ad una “doppia diagnosi”.

La descrizione della gravità di questo gruppo di patologie e della risposta fornita dal Servizio Sanitario non è sicuramente trattata esaurientemente dagli indicatori presentati.

Si è cercato, nel perseguire gli obiettivi di sintesi, chiarezza e trasparenza che animano il Rapporto Osservasalute, di presentare quei dati ‘core’ che individuano situazioni rapidamente modificabili, anche a livello regionale, da approcci integrati tra attività di prevenzione e modalità organizzative per la diagnosi e la cura.

Altri indicatori storici, in quanto già riportati nei Rapporti Osservasalute degli anni precedenti, in grado di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita, ma che poco si muovono come trend temporale da un anno all’altro, potranno essere consultati, opportunamente aggiornati con i dati più recenti, direttamente sul sito dell’Osservatorio. Ci riferiamo, in particolare, all’utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze stratificati per sostanza primaria.

I due indicatori che seguono, relativi alle dimissioni per patologia psichiatrica e per consumo di sostanze, vanno letti contestualmente rappresentando da un lato il quadro epidemiologico del fenomeno, dall’altro il suo peso economico diretto.

La mortalità per abuso di sostanze è poi indicatore utilizzato dai più accreditati organismi sanitari internazionali per evidenziare le capacità di risposta dei Servizi Sanitari nella loro duplice veste di promotori di formazione/informazione in termini di prevenzione secondaria e di gestori dei servizi di emergenze.

Patologie psichiatriche e dipendenze rappresentano gruppi di patologie il cui impatto sulla salute e sulla società è trasversale per età e livelli sociali interessati, importanti dal punto di vista dei costi diretti e indiretti, destinate a farsi progressivamente sempre più rilevanti nel computo complessivo dei bisogni di salute cui dare risposte.

Meritano sicuramente una particolare attenzione da parte dei *decision makers* e, a livello nazionale e regionale, di una attenta definizione o revisione di flussi informativi, ancora carenti, che siano in grado di fornire, soprattutto per quanto riguarda la patologia psichiatrica, stime adeguate e tempestive del bisogno di salute espresso dalla popolazione.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

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

La fonte informativa per la sua costruzione è rappre-

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

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

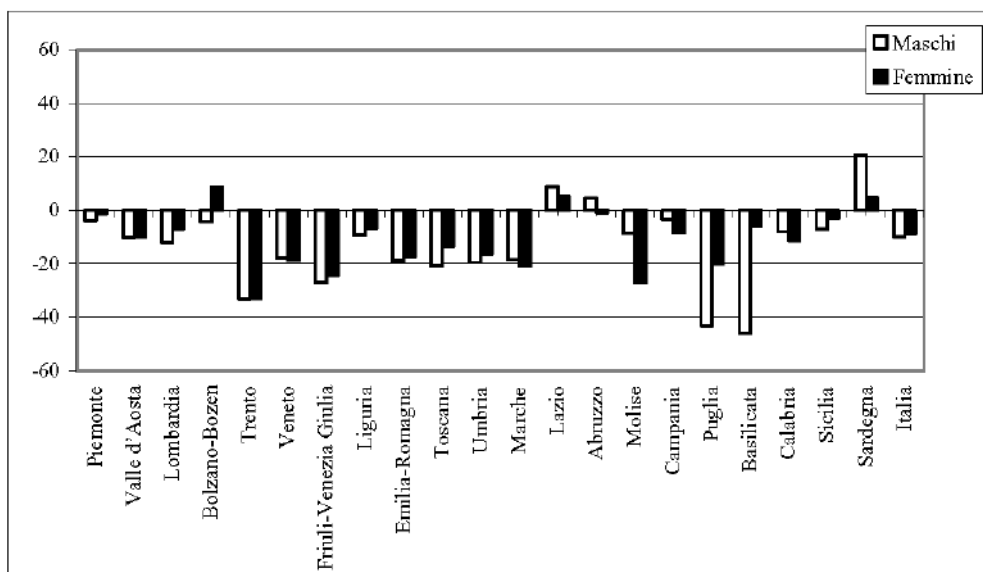
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

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

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

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

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



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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

Mortalità per suicidio e autolesione

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

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

Tasso di mortalità per suicidio e autolesione*

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

Morti per suicidio e autolesione
Popolazione media residente

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

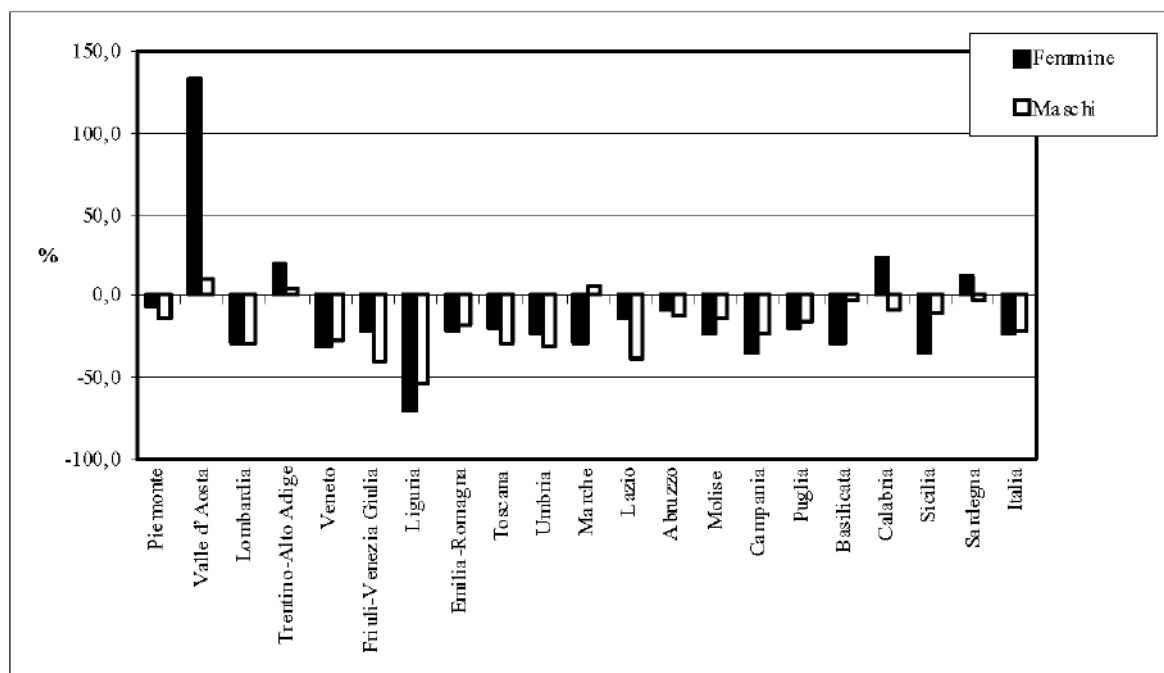
Tabella 2 - Tassi di mortalità per suicidio e autolesione (tassi specifici e standardizzati per 10.000) per regione. Femmine - Anni 1993, 2003

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

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

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

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



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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Ospedalizzazione per sindromi psicotiche indotte da alcol e da droghe

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

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

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

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

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

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

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

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

Mortalità per abuso di stupefacenti

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

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

Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

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