

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. In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1-3). 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, la scelta è caduta su cinque indicatori *core*: il numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di "disturbo mentale", il consumo di farmaci antidepressivi, il numero di soggetti dimessi con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze psicoattive, i tassi di mortalità per suicidio e i tassi di mortalità per omicidio. Gli indicatori che costituiscono il Capitolo 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) costituisce 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.

Nel Capitolo sono presenti anche quattro Box di approfondimento. Il primo Box riporta i risultati di studi che indicano la possibilità di un effetto dei farmaci antidepressivi come "fattore permissivo", che consentono cioè all'ambiente di vita di influenzare la psicopatologia suggerendo, quindi, la necessità di modalità di approccio alla patologia e al disagio mentale che includano anche l'ambiente sociale e relazionale del soggetto. In questo approccio concettuale si inserisce il secondo Box che descrive la modalità di intervento costituita da progetti personalizzati, sostenuti da una componente economica, i "Budget Individuali di Salute" (BIS), nell'esperienza del Friuli Venezia Giulia. I BIS, adottati anche in altre realtà regionali, prevedono modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie attraverso l'intermediazione degli Enti del Terzo Settore, al fine di favorire la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone con disturbo mentale. Con i BIS si tenta di passare da un welfare dei servizi a un welfare di comunità basato sulla centralità delle persone in difficoltà dove le risorse impiegate diventano un investimento sullo sviluppo, anche economico, della comunità in cui il soggetto è inserito. Nel terzo Box sono riportati alcuni risultati sulla prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione ultra 55enne: anche da questo contributo emerge l'importanza della rete socio-relazionale come fattore protettivo rispetto al disturbo depressivo, quando si configura come rete di supporto. Il quarto Box, infine, pone l'accento sull'importanza della prevenzione del disagio mentale della madre e della diade genitoriale nel periodo perinatale, anche per gli effetti potenziali a lungo termine sulla salute mentale in età adolescenziale.

Una lettura complessiva dei risultati relativi ai *core indicators* presentati nel Capitolo evidenzia alcune aree critiche. La Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e anche la Sardegna presentano valori elevati per tutti gli indicatori considerati, ad eccezione degli omicidi femminili che sono, invece, inferiori alla media nazionale in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano. In Liguria, si osservano elevati tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici e per uso di sostanze e un elevato consumo di farmaci; risultano, al contrario, molto bassi i valori dei tassi di omicidio e di suicidio. In Umbria si rileva una mortalità per omicidio elevata tra le donne, un tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici superiore alla media tra gli uomini e un tasso di suicidio e uso di farmaci antidepressivi elevati per entrambi i generi. Anche nella PA di Trento si registra un tasso di omicidi femminili sopra la media, associato ad un elevato tasso di suicidi maschili. La Toscana si conferma la regione con i livelli più elevati di consumo di farmaci antidepressivi.

M. VICHI, S. GHIRINI

252

Puglia, Campania, Sicilia, Calabria e Sardegna si caratterizzano per gli alti tassi di omicidio tra gli uomini; solo in Calabria si evidenzia un elevato tasso di omicidi anche per le donne.

È importante, come sempre, 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 generale, 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 dell'offerta e della qualità dei servizi, ma anche un approccio globale di Public Health, ovvero di 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 di politiche mirate a favorire l'integrazione e la riduzione delle disuguaglianze.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. "Mental health action plan 2013-2020". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.

(2) World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. WHO, 2018. Disponibile sul sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1.

(3) 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.
(4) OMS. "Report of the Secretary-General, Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals". Disponibile sul sito: https://undocs.org/E/2019/68.

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 (2017), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319).

Lo scopo è di descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel 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.

253

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico
	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente

^{*}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 2017, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico si è confermato maggiore nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Liguria e Sardegna sia per gli uomini che per le donne e in quasi tutte le fasce di età (Tabella 1, Tabella 2).

Da evidenziare è la classe di età 0-18 anni che, per quanto riguarda le differenze tra generi, è l'unica dove si osserva una differenza nel tasso di ospedalizzazione più consistente per il genere maschile (le regioni con maggiore e minore tasso di ospedalizzazione, sia per gli uomini che per le donne, sono, rispettivamente, il Lazio e il Veneto: uomini 96,14 per 10.000, donne 55,34 per 10.000).

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2017 mostra un trend in costante decremento per entrambi i generi nelle fasce di età 19-64 e 65-74 anni, un aumento nell'ultimo anno per la fascia di età ≥75 anni e un trend in lieve ma costante incremento per la fascia di età 0-18 anni (Grafico 1, Grafico 2).

Il tasso standardizzato totale di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, nel periodo 2001-2017, mostra una continua flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (47,2 per 10.000) nel 2016, dato invariato anche nella rilevazione del 2017 (Grafico 3).





Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2017

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	21,16	33,27	45,36	147,37	44,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,10	42,89	79,32	324,79	72,01
Lombardia	20,99	28,00	32,89	113,37	35,92
Bolzano-Bozen	52,98	55,48	73,85	219,32	74,01
Trento	21,98	29,05	44,89	196,05	46,59
Veneto	16,84	25,60	41,42	185,35	42,48
Friuli Venezia Giulia	38,12	26,66	51,29	198,93	48,96
Liguria	67,22	49,78	65,54	190,59	69,12
Emilia-Romagna	21,16	30,70	51,86	280,32	57,34
Toscana	62,20	31,32	44,40	171,47	52,77
Umbria	33,67	29,18	46,82	181,53	47,99
Marche	43,10	37,40	47,30	151,98	51,48
Lazio	112,98	33,31	42,34	122,52	58,21
Abruzzo	88,81	38,54	55,92	135,58	60,11
Molise	47,79	40,11	57,13	136,85	54,05
Campania	51,28	27,88	36,35	80,84	38,97
Puglia	61,27	36,43	43,22	136,24	52,43
Basilicata	61,63	29,80	44,36	141,37	49,36
Calabria	55,88	34,97	42,40	113,36	48,08
Sicilia	66,71	36,02	38,45	88,19	47,57
Sardegna	73,57	39,59	50,52	200,91	63,74
Italia	48,59	32,17	43,14	150,57	48,77

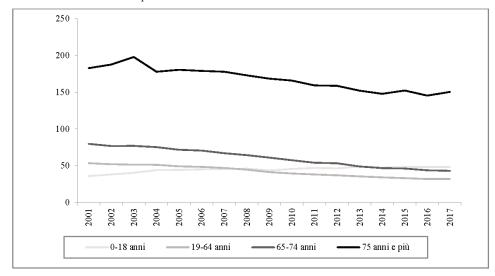
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2019.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2017

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	23,00	33,17	49,31	131,24	43,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,85	42,48	85,39	327,60	73,82
Lombardia	21,93	26,82	34,38	102,95	34,18
Bolzano-Bozen	52,48	48,91	63,28	232,55	70,22
Trento	21,35	24,24	42,62	166,25	40,31
Veneto	17,00	28,13	49,90	178,58	43,51
Friuli Venezia Giulia	34,82	24,76	44,07	205,12	46,80
Liguria	44,04	45,74	70,53	209,09	64,68
Emilia-Romagna	22,20	29,84	57,54	280,33	56,87
Toscana	41,60	34,26	49,58	186,40	52,22
Umbria	29,43	32,01	61,67	212,14	53,50
Marche	33,15	33,76	46,24	163,86	48,33
Lazio	72,34	29,57	46,28	134,31	49,61
Abruzzo	52,23	30,83	60,26	149,63	50,10
Molise	26,56	32,93	54,52	157,69	47,68
Campania	31,08	25,27	38,13	88,71	34,58
Puglia	37,08	31,58	53,47	140,45	46,19
Basilicata	34,56	25,42	44,77	142,49	41,93
Calabria	33,94	33,60	48,06	118,48	44,26
Sicilia	37,27	32,13	46,98	103,24	42,29
Sardegna	45,11	35,02	61,63	225,69	59,56
Italia	33,99	30,30	47,70	154,02	45,48

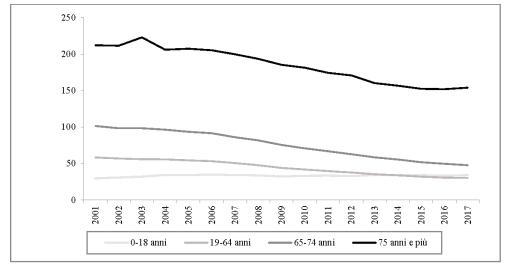
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2019.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2017



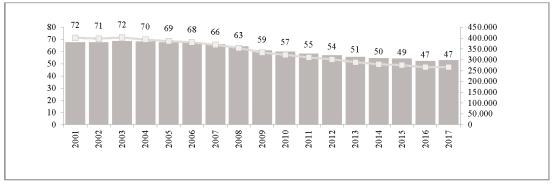
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2019.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2017



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2019.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico - Anni 2001-2017



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2019.



Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, relativi al periodo 2001-2017, 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, fatta eccezione per i lievi incrementi riscontrati nelle fasce di età 0-18 e ≥75 anni. Sembra proprio che siano queste le fasce più vulnerabili e fragili a cui dovrebbe essere rivolta una attenzione maggiore.

Ouesto 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, 2).

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.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (3) riportava che 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.

Ouesto scenario fa sì che un miglioramento del livello di efficienza dei servizi possa in futuro portare a una maggiore riduzione dei ricoveri.

Ad esempio, due interventi che potrebbero dare impulso positivo potrebbero essere il potenziamento dell'assistenza primaria, con la declinazione di servizi personalizzati per il paziente, e la maggiore integrazione tra Ospedale e territorio e tra servizi sanitari e sociali specifici per questa tipologia di paziente.

Infine, un importante ruolo può essere giocato dall'implementazione di strategie di promozione della salute mentale e di interventi di prevenzione in tutte le fasce di età, soprattutto in quelle più vulnerabili.

Riferimenti bibliografici

(1) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_pr agrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
(2) Ministero della Salute. "Piano Azioni Nazionali per la salute mentale - PANSM". Accordo n. 4 del 24 gennaio 2013. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/temi/p2 6.jsp?lingua=italiano&i d=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni.

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

www.agenas.it/agenas_pdf/181110 per PSN.pdf.





Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore 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 *Defined Daily Dose** x 1.000

Denominatore Popolazione residente pesata** x 365

Validità e limiti. L'indicatore presentato fornisce dei dati che vanno interpretati con cautela considerando i limiti di seguito descritti.

Un primo elemento da tenere in considerazione è la possibilità che i suddetti farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Inoltre, i dati disponibili per la valutazione del consumo di farmaci antidepressivi considerano i farmaci prescritti e non effettivamente consumati dalla popolazione: una discrepanza tra i due dati potrebbe essere causata, ad esempio, da scarsa *compliance* o da fine terapia, che non possiamo in tal modo quantificare. Un ulteriore limite è l'inclusione nell'analisi solo di farmaci prescritti dai professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

In fase di elaborazione dei dati è stato impiegato il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale allo scopo di limitare l'influenza di talune variabili socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere e età.

La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con una metodologia standard internazionale, la *Defined Daily Dose* (DDD) (1). Benché la DDD sia riconosciuta come metodo standardizzato, utilizzato proprio per comparare i dati di differenti aree geografiche, da un punto di vista epidemiologico la lettura del dato deve tenere in considerazione alcuni fattori per l'interpretazione dei risultati: la DDD rappresenta, per le terapie di breve durata, uno strumento di confronto dei consumi e non necessariamente è un indicatore di patologia conclamata; in aggiunta, costituisce la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale. Inoltre, va considerato che la DDD è soggetta a periodiche

revisioni da parte del *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo e, dunque, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.

A partire dal 2011, i dati dei vari gruppi di farmaci si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata sia all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Pertanto, questi 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 registrato nel decennio precedente, ha raggiunto una fase "plateau" di stabilità negli anni 2011-2012 (38,5 DDD/1.000 ab die del 2011 e 38,6 DDD/1.000 ab die del 2012), presentando in seguito un nuovo aumento negli anni successivi (da 39,0 DDD/1.000 ab die del 2013 a 41,6 DDD/1.000 ab die del 2018) (Tabella 1).

I consumi più elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2018) si sono registrati in Toscana, Liguria, PA di Bolzano, Umbria ed Emilia-Romagna (rispettivamente, 62,2; 55,2; 54,5, 53,9 e 52,1 DDD/1.000 ab die), mentre i valori di consumo più bassi sono stati osservati soprattutto nelle regioni meridionali. Nello specifico, in Basilicata, Campania, Puglia, Sicilia e Molise si sono registrati, rispettivamente, 31,9, 32,1, 32,6, 33,0 e 34,4 DDD/1.000 ab die. In generale, vi è una elevata variabilità tra le diverse regioni; il valore della Basilicata, ad esempio, è circa il 50% di quello della Toscana (Tabella 1).

Il trend nazionale in aumento negli ultimi anni (Grafico 1) può considerarsi attribuibile a numerose

M.R. GUALANO, G. LO MORO, G. VOGLINO, F. BERT, R. DA CAS, A. CANGINI, F. TROTTA, R. SILIQUINI





^{*}Il calcolo del totale delle *Defined Daily Dose* (DDD) utilizzato è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

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

concause, tra cui: un diverso approccio culturale e una maggiore sensibilità della società nei confronti dei disturbi depressivi, con conseguente riduzione della "stigmatizzazione" che caratterizzava tali patologie; una maggiore attenzione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG), con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'arrivo sul mercato farmaceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non stret-

tamente depressivi (come i disturbi di ansia). Una

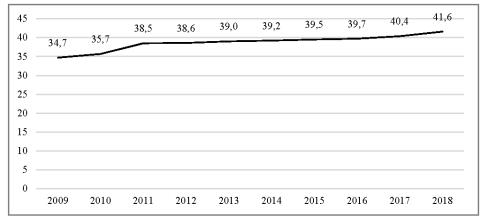
ulteriore causa di aumento di consumo di farmaci antidepressivi può essere l'impiego sempre più cospicuo di tali farmaci come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, va certamente tenuto conto del fatto che recenti mutamenti del contesto economico e sociale, nello specifico la crisi economica, possano aver contribuito all'aumento del consumo dei suddetti farmaci.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2009-2018

Regioni	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	37,4	39,1	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,6	34,0	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0
Lombardia	31,2	32,4	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5
Bolzano-Bozen	40,5	43,3	51,1	51,8	51,7	52,1	53,0	53,5	53,6	54,5
Trento	31,7	32,7	36,8	37,2	37,5	38,1	38,4	38,9	39,6	41,5
Veneto	32,0	33,0	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3
Friuli Venezia Giulia	27,6	28,6	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4	35,7
Liguria	47,3	48,1	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2
Emilia-Romagna	40,6	41,7	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1
Toscana	54,1	55,7	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2
Umbria	40,1	42,2	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9
Marche	36,7	37,4	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6
Lazio	33,1	33,6	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7
Abruzzo	34,0	34,8	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1
Molise	29,4	30,0	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4
Campania	27,3	28,2	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1
Puglia	28,7	29,6	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6
Basilicata	28,3	28,2	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9
Calabria	31,8	32,6	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8
Sicilia	30,1	30,9	32,1	31,5	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0
Sardegna	41,3	42,4	44,3	44,1	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1
Italia	34,7	35,7	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4	41,6

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2019.

Grafico 1 - Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2009-2018



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore presentato in questo Capitolo può aiutare solo parzialmente a definire l'entità e la frequenza dei disturbi psichiatrici il cui trattamento richiede l'uso di farmaci antidepressivi. Difatti, le DDD prescritte possono variare non solo in base al numero di soggetti





affetti, ma anche in base alle capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale di ciascuna regione e in base alle diverse modalità di trattamento.

L'aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, potrebbe essere in parte attribuibile ad una relativa facilità di utilizzo e di prescrizione di tale classe farmaceutica da parte dei MMG, a volte senza l'adeguato supporto di uno specialista.

Date le circostanze, la valutazione in termini di qualità ed appropriatezza delle strutture territoriali che si occupano della diagnosi e della cura dei disturbi psichiatrici va supportata al fine di limitare le problematiche legate alla inappropriatezza prescrittiva e alla spesa sanitaria.

È da sottolineare, inoltre, come i disturbi depressivi siano in costante aumento a livello europeo e internazionale, costituendo una priorità su scala globale (1-3). In aggiunta, la depressione rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nel mondo e contribuisce in maniera importante al carico di malattia globale (4). Pertanto, un potenziamento dei flussi informativi a livello sia regionale che nazionale sembra fondamentale al fine di dimensionare correttamente il fenomeno.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019. Oslo, 2018.
- (2) Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Il disagio mentale - un problema da arginare. 9 ottobre 2019. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it/news/disagio-mentale.
- (3) Istat. La salute mentale nelle varie fasi della vita. 26 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.
- (4) WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginevra, 2017.

Ospedalizzazione per 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, consumo 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 di sostanze (2).

L'indicatore qui presentato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2017) con una diagnosi primaria o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive quali alcol (codici ICD-9-CM: 291, 303, 305.0) e droghe (codici ICD-9-CM: 292, 304, 305.1-305.9).

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

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

Denominatore Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di tecniche standardizzate (flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera-SDO) e la copertura territoriale della rilevazione è completa. Nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo che identifica univocamente ciascun paziente, la qualità di questo codice è molto alta e le SDO con codice non affidabile sono state escluse dalle analisi. Sono stati, inoltre, considerati nelle elaborazioni solo i ricoveri per "acuti" e sono stati esclusi i ricoveri ripetuti relativi allo stesso paziente.

L'indicatore è riferito alla sola popolazione residente in Italia di età ≥15 anni.

Il limite principale dell'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.). Per i confronti territoriali e il trend temporale, il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore presentato. Al fine di evidenziare eventuali differenze territoriali, è stata scelta come soglia di riferimento il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel corso del 2017 poco meno di 30.000 persone di età 15 anni ed oltre sono state dismesse da un Ospedale, almeno una volta, con una diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive.

Negli ultimi 2 anni l'andamento di questo fenomeno sembra aver invertito il trend discendente; infatti, dal 2015 si assiste a un incremento del tasso che è passato da 53,54 per 100.000 dismissioni a 56,70 per 100.000 nel 2017.

Disaggregando il fenomeno per tipologia di sostanza si osserva che i ricoveri dovuti al consumo di alcol hanno un andamento molto diverso rispetto a quelli dovuti all'assunzione di droga. Nel primo caso, si è assistito a una costante diminuzione del tasso che è passato da 66,21 per 100.000 del 2001 a 27,30 per 100.000 nel 2017. Nel secondo caso, invece, il tasso è lievemente aumentato tra il 2001-2007 (30,73 per 100.000 nel 2001; 34,85 per 100.000 nel 2007), ha subito delle oscillazioni tra il 2008-2015 ed è nuovamente aumentato nel corso degli ultimi 2 anni raggiungendo, nel 2017, il valore di 34,10 per 100.000. Va, infine, segnalato che nel corso degli ultimi anni si è osservata una inversione dei tassi standardizzati per tipologia di sostanza in quanto i ricoveri con diagnosi da uso di droga dal 2015 hanno sorpassato quelli con diagnosi da consumo di alcol. L'aumento registrato nel corso degli ultimi 2 anni del tasso di ricovero ospedaliero per abuso, dipendenza o psicosi da

^{*}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).

sostanze psicoattive è, quindi, in particolar modo ascrivibile all'incremento nello stesso periodo del tasso di ricovero ospedaliero per abuso, dipendenza o psicosi da droghe (Tabella 1).

L'analisi di genere del fenomeno mostra come il tasso è più del doppio per gli uomini rispetto alle donne: nel 2017, il tasso standardizzato è per gli uomini pari a 79,60 per 100.000 uomini e per le donne a 34,65 per 100.000 (Cartogramma) e, rispetto al 2016, si registra un incremento del 3,51% e del 5,01% rispettivamente. Come nel 2016, anche nel 2017 la classe di età 19-64 anni è quella che presenta valori più elevati del tasso di dimissioni per ricoveri causati dall'uso di sostanze psicoattive, sia per le donne (38,04 per 100.000) che per gli uomini (90,56 per 100.000) (Tabella 2, Tabella 3). L'analisi regionale mostra una variabilità molto elevata sia per classi di età che per genere. Per gli uomini, nel 2017, si registra un valore massimo del tasso (268,76 per 100.000) nella PA di Bolzano, seguita da Liguria (155,10 per 100.000) e Valle d'Aosta (142,53 per 100.000); valori molto più elevati del tasso standardizzato nazionale si registrano, inoltre, in Friuli Venezia Giulia, Marche, Abruzzo, Molise e Sardegna. Poche, invece, sono le regioni nelle quali i valori sono inferiori alla media nazionale (Basilicata, Umbria, Veneto, Calabria, Sicilia e Campania). Per le donne, i valori più elevati si registrano in Valle d'Aosta (92,76 per 100.000) e, come per gli uomini, nella PA di Bolzano (97,08 per 100.000), mentre il tasso più basso si rileva in Sicilia (13,75 per 100.000).

L'analisi per classi di età mostra che, nel 2017 e per entrambi i generi anche se con una entità differente, i tassi più elevati di dimessi con una diagnosi di dipendenza da alcol e droghe si registrano tra i 19-64enni, in particolare in Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Liguria. Nella classe di età 15-18 anni, valori particolarmente elevati si registrano per entrambi i generi nella PA di Bolzano, Liguria, Lombardia e Sardegna, oltre a Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia per le sole ragazze. Tra gli anziani, infine, le regioni in cui si rilevano i tassi più elevati per entrambi i generi sono la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, a cui si aggiungono per i "giovani anziani" (classe di età 65-74 anni) la PA di Bolzano e la Liguria, e per gli ultra 75enni la Sardegna (Tabella 2, Tabella 3).

Rispetto alla precedente rilevazione si registra una consistente diminuzione del tasso standardizzato per entrambi i generi nella PA di Trento, ascrivibile in particolar modo alla diminuzione registrata nella classe di età 19-64 anni. Tra le donne, una forte diminuzione è stata rilevata anche in Molise, mentre si osserva un aumento del tasso di ricoveri in Calabria (Tabella 2, Tabella 3).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall'uso di alcune sostanze psicoattive - Anni 2001-2017

Anni	Alcol	Droga	Almeno una sostanza		
2001	66,21	30,73	93,59		
2002	64,44	30,93	91,64		
2003	63,66	32,52	92,11		
2004	61,80	32,64	90,23		
2005	58,56	33,74	87,82		
2006	57,35	34,26	87,01		
2007	55,03	34,85	85,17		
2008	50,95	34,16	80,47		
2009	46,16	30,73	72,86		
2010	42,61	31,22	69,70		
2011	38,66	30,17	64,96		
2012	36,19	30,00	62,35		
2013	32,81	29,09	58,07		
2014	30,15	29,99	56,22		
2015	28,01	29,29	53,54		
2016	27,35	31,02	54,49		
2017	27,30	34,10	56,70		

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" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2019.



Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2017

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	40,32	99,97	65,17	41,64	87,96
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,18	161,07	112,18	105,91	142,53
Lombardia	51,23	102,03	55,92	39,88	86,57
Bolzano-Bozen	191,80	278,10	277,64	223,82	268,76
Trento	8,70	88,74	75,12	44,05	80,55
Veneto	26,12	55,61	42,36	32,97	50,41
Friuli Venezia Giulia	32,32	96,58	133,28	116,46	104,06
Liguria	71,27	185,13	114,87	45,65	155,10
Emilia-Romagna	32,20	102,53	70,86	47,47	89,55
Toscana	37,44	104,75	65,01	38,19	89,93
Umbria	37,71	78,53	31,52	27,32	65,02
Marche	31,32	125,36	66,05	53,94	106,02
Lazio	20,89	92,66	73,40	53,27	84,08
Abruzzo	32,65	119,89	76,68	36,73	102,57
Molise	16,92	115,27	62,81	38,01	100,31
Campania	13,08	40,73	40,05	23,03	38,56
Puglia	32,89	99,48	66,58	42,56	87,49
Basilicata	8,43	79,36	80,93	46,84	73,17
Calabria	26,96	52,21	27,45	19,93	46,50
Sicilia	15,45	57,74	19,30	7,98	44,96
Sardegna	122,96	136,36	69,98	65,93	119,83
Italia	34,95	90,56	60,88	41,62	79,60

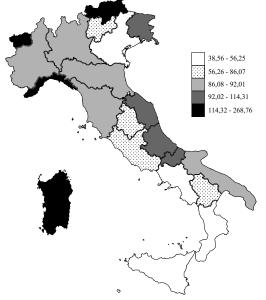
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2019.

Tabella 3 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2017

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	20,28	45,38	36,38	18,55	41,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,37	97,35	92,22	47,79	92,76
Lombardia	36,68	50,36	25,73	20,38	44,36
Bolzano-Bozen	105,78	102,16	68,94	79,89	97,08
Trento	0,00	37,08	26,86	13,68	31,35
Veneto	28,89	30,28	26,67	19,28	28,13
Friuli Venezia Giulia	49,60	35,88	42,63	39,97	37,60
Liguria	64,91	78,00	48,67	22,19	68,44
Emilia-Romagna	22,74	45,14	33,11	30,93	41,70
Toscana	33,91	51,58	40,72	31,64	47,47
Umbria	6,78	45,32	27,52	22,68	38,26
Marche	18,80	52,57	46,74	22,30	47,73
Lazio	24,31	31,28	30,25	26,43	30,53
Abruzzo	17,55	35,48	20,77	20,38	31,12
Molise	18,27	21,69	18,10	7,34	20,34
Campania	6,18	19,36	16,67	9,31	17,82
Puglia	21,68	26,52	19,27	6,92	23,18
Basilicata	18,65	19,69	22,43	20,92	21,01
Calabria	23,43	32,15	22,53	8,35	27,82
Sicilia	8,72	15,81	10,75	1,96	13,75
Sardegna	47,92	54,86	20,79	28,76	46,35
Italia	25,04	38,04	27,92	20,18	34,65

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" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2019.

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi. Anno 2017



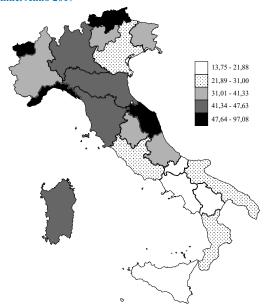
Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di alcol e di sostanze psicoattive è causa di danni alla salute e di perdite sociali ed economiche, sia per gli individui che per la società in generale, in quanto esiste una relazione causale tra uso di sostanze e una serie di disturbi mentali e comportamentali, malattie, incidenti e lesioni.

Il consumo dannoso e l'abuso di alcol e sostanze psicoattive sono tra i principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e hanno un impatto diretto su molti degli Obiettivi inseriti nell'Agenda Globale per lo sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite relativi alla salute, compresi quelli per la salute materna e infantile, le malattie infettive (Human Immunodeficiency Virus, virus dell'epatite e tubercolosi), malattie non trasmissibili, salute mentale, lesioni e avvelenamenti. Per "assicurare una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età" (Obiettivo 3: "Ensure healthy lives and promotewellbeing for allatallages"), nell'Agenda Globale per lo sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite è, infatti, indicato come obiettivo da perseguire la prevenzione del consumo dannoso e dell'abuso di alcol e sostanze psicoattive (Target 3.5: "Strengthen the prevention and treatment of substanceabuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol") (3, 4).

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità sta avviando in questo anno una indagine finalizzata a valutare gli obiettivi legati al consumo di alcol e di sostanze psicoattive nei Paesi, al fine di valutare le politiche di prevenzione adottate negli ultimi 5 anni. In Italia, l'ampia variabilità interregionale suggerisce una differente diffusione del problema uso di sostanze-salute mentale-dipendenze. Tale analisi non è esente da disistime, in funzione da un lato di differenti

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine, Anno 2017



accessibilità e fruibilità territoriali e aziendali sanitarie di servizi, procedure e interventi mirati e, dall'altro di differenti culture, spesso più incline a stigmatizzare le dipendenze che a considerarle come malattie da curare portando, ad esempio, all'identificazione precoce dei comportamenti a rischio. Peraltro, è da notare che la riduzione dei ricoveri non appare collegabile ad una riduzione reale della problematica alcol-correlata; al contrario, è verosimilmente più espressione dell'incapacità da parte del sistema di intercettare il consumo dannoso e l'alcol-dipendenza, con conseguente mancato o tardivo intervento.

L'offerta di servizi sul territorio risulta sicuramente ridotta rispetto ai casi attesi sulla base delle manifestazioni cliniche del danno da alcol e, notoriamente, ben lontana dall'assicurare che i circa 700 mila consumatori dannosi possano essere presi in carico da strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Identificazione precoce, intervento di qualunque tipo, programmi e protocolli di "invio" alle strutture specialistiche, creazioni di reti medici-ospedali-territorio e protocolli comuni di case management, porterebbero a una gestione clinica e ricoveri sicuramente più congrui ed omogenei sul territorio, favorendo l'emersione di problematiche complesse che richiedono una nuova cultura di inclusione e di rispetto che è parte integrante del cambiamento richiesto dalle strategie di prevenzione.

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/WH O-Europe-Mental-Health-Acion-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) World Health Organization, Global status report on alcohol





264



and health 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/sub stance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.
(4) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e 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; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).



Suicidi

Significato. Il suicidio è, indubbiamente, un fenomeno legato alla salute mentale della popolazione ed è il risultato della convergenza di fattori genetici, psicologici, sociali e culturali; tuttavia, deve 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. Fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico possono giocare un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (1-4). L'aver tentato in precedenza un suicidio è un fattore di rischio per nuovi tentativi con esiti letali e, quindi, anche l'offerta e l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a ridurre i livelli di questo indicatore.

Tasso di mortalità per suicidio*

Numeratore Decessi per suicidio di persone di età 15 anni ed oltre

- x 100.000

Denominatore Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

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; 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".

Il primo limite di questo indicatore è legato alla possibile sottostima dovuta all'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 (159 casi nel biennio 2015-2016). 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 (23 casi registrati nel biennio 2015-2016).

Nonostante questi limiti, l'indicatore proposto consente di monitorare l'andamento temporale del fenomeno nelle diverse realtà territoriali in quanto utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale.

Al fine, inoltre, di fornire una misura "reale" del fenomeno legata alla struttura demografica del territorio, sono presentati anche il tasso grezzo e i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili" con opportuni interventi di prevenzione, 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 medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio nel biennio 2015-2016 è stato pari a 7,33 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati. In termini assoluti, nel biennio 2015-2016, si sono tolte la vita 7.677 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,2%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,14 per 100.000 per gli uomini e a 2,98 per 100.000 per le donne (Tabella 1).

I valori dei tassi riferiti a tutte le età sono diminuiti, soprattutto per gli uomini, rispetto ai valori del biennio 2013-2014 (vedi Rapporto Osservasalute 2017). Per gli uomini si osserva un incremento costante del tasso fino all'età di 60-64 anni, dove il valore è pari a circa 14/15 casi ogni 100.000 abitanti; dai 65 anni di età l'aumento diventa esponenziale e il tasso raggiunge un massimo tra gli ultra 85enni di circa 31/32 casi per 100.000.

L'andamento del tasso di mortalità per suicidio per le donne è diverso da quello rilevato per gli uomini e cresce fino all'età di 50-54 anni raggiungendo un massimo di 4/5 casi ogni 100.000 abitanti; dopo i 55 anni il tasso si stabilizza intorno ad un valore di circa 4 casi per 100.000 (Grafico 1).

Per entrambi i generi, quindi, la mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età ma, mentre per le donne raggiunge un *plateau* dopo i 55 anni, per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale a partire dai

M. VICHI, S. GHIRINI, M. POMPILI, D. ERBUTO, R. SILIQUINI





^{*}Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un software ad hoc (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (4).

266

65 anni, proprio in coincidenza con l'età del pensionamento, evento che, soprattutto per gli uomini, comporta spesso una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di

L'analisi territoriale mostra una marcata variabilità geografica, con tassi generalmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, sebbene con alcune eccezioni. I valori più alti si registrano per gli uomini in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento e Sardegna, mentre i più bassi in Campania e Liguria (dato d'eccezione nella macroarea del Nord). Per le donne i valori più elevati si registrano, come per gli uomini, in Valle d'Aosta e PA di Bolzano, oltre a Friuli Venezia Giulia e Umbria, mentre quelli più bassi in Molise e Basilicata (Tabella 1).

Per gli uomini, si rileva una riduzione dei tassi di mor-

talità tra i giovani di età 20-40 anni e tra gli anziani sia rispetto agli anni successivi alla crisi economico-finanziaria del 2008, sia rispetto a quelli precedenti la crisi (vedi Rapporto Osservasalute 2012); i tassi di mortalità per suicidio registrati nelle classi di età lavorative, invece, si mantengono ancora superiori a quelli rilevati prima della crisi del 2008 (in particolare nella classe di età 50-54 anni), sebbene nell'ultimo biennio i valori siano diminuiti rispetto al biennio precedente (vedi Rapporto Osservasalute 2017).

Per le donne, si rileva una diminuzione dei tassi di mortalità sia rispetto agli anni precedenti la crisi economica sia rispetto al precedente biennio, ad eccezione della fascia di età 50-54 anni, in cui il valore, seppur ridotto rispetto al biennio precedente, rimane più elevato rispetto ai bienni 2006-2007 e 2008-2009 (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2015-2016

Pagion:			Tassi grezzi			Maschi	Tassi std Femmine	T-4-1-
Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	15+	15+	15+	Totale 15+
Piemonte	1,64	8,56	10,10	16,27	9,64	15,20	4,12	9,22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	7,87	24,47	47,30	15,00	25,16	5,66	14,53
Lombardia	3,13	7,27	7,46	10,42	7,53	12,19	3,17	7,38
Bolzano-Bozen	8,52	10,33	16,00	17,09	11,65	18,07	6,10	11,70
Trento	0,00	9,92	11,55	15,75	10,37	18,90	2,78	10,45
Veneto	1,62	7,80	8,49	9,54	7,84	13,08	2,82	7,70
Friuli Venezia Giulia	2,43	9,39	10,81	12,61	9,80	14,79	4,63	9,39
Liguria	0,99	3,95	6,70	8,68	5,06	7,65	2,14	4,64
Emilia-Romagna	2,97	7,87	9,59	17,68	9,32	14,70	3,92	8,87
Toscana	1,98	6,86	10,63	15,46	8,47	14,08	2,96	8,03
Umbria	4,93	8,67	10,25	18,52	10,24	16,47	4,22	9,72
Marche	3,60	8,35	10,97	15,82	9,61	15,68	3,70	9,29
Lazio	1,42	4,70	7,35	9,08	5,42	9,14	2,23	5,37
Abruzzo	1,05	7,63	8,38	9,31	7,69	12,81	2,87	7,58
Molise	0,00	4,47	2,99	11,16	5,08	9,11	1,37	4,98
Campania	0,37	3,48	6,24	7,71	4,04	7,13	1,71	4,21
Puglia	2,32	5,50	6,32	9,35	5,90	9,83	2,59	5,94
Basilicata	0,00	5,94	7,80	16,15	7,27	13,80	1,19	7,04
Calabria	2,49	6,21	7,07	8,21	6,37	10,87	2,71	6,49
Sicilia	1,39	5,40	7,95	10,30	6,08	10,25	2,64	6,13
Sardegna	0,89	11,25	11,37	10,41	10,77	17,86	3,95	10,58
Italia	1,96	6,63	8,40	11,84	7,33	12,14	2,98	7,21

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2019.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschio. Anni 2015-2016

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2015-2016

2,19 - 2,79

2,80 - 3,28

3.29 - 4.18

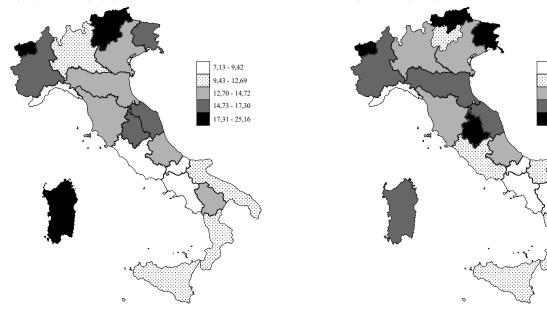


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2013-2014, 2015-2016

Maschi

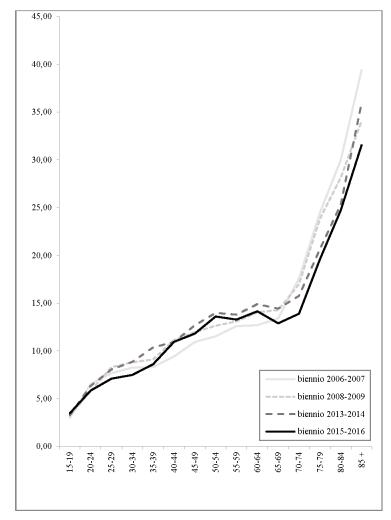
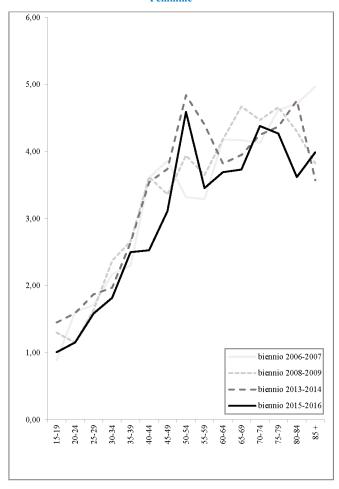




Grafico 1 - (segue) Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2013-2014, 2015-2016





Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale (5-9), tanto che le Nazioni Unite hanno inserito il tasso di suicidio nell'Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile come uno degli indicatori preposti per monitorare il raggiungimento dell'Obiettivo di "ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili e promuovere la salute mentale e il benessere" entro il 2030 (Sustainable Development Goal 3).

I progressi compiuti sul territorio nazionale per il raggiungimento di questo Obiettivo sono documentati dalla riduzione del tasso globale di suicidi, che è passato da 12,9 per 100.000 nel 2000 a 10,6 per 100.000 nel 2016. Nonostante questa riduzione, il suicidio rimane la 2^a causa di morte tra le persone di età 15-29 anni sia in Italia che a livello mondiale (10).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra le azioni efficaci per la prevenzione, considera fondamentale la restrizione di disponibilità e 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 attenzione va posta alle "pratiche di copertura mediatica inappropriate" che possono aumentare il rischio di emulazione. In accordo con le Linee Guida dell'OMS (11), inoltre, i *media* dovrebbero adottare un atteggiamento responsabile riguardo l'informazione sui casi di suicidio, evitando l'uso di un linguaggio sensazionalistico, di presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema e di mostrare immagini e/o descrivere il metodo utilizzato fornendo, invece, notizie relative ai servizi di prevenzione come, ad esempio, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (5-9).

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-sociale, biologico, individuale, culturale e ambientale. Depressione, abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze



sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente interrelati; ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio per essere efficaci non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, 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 mirati anche a livello di comunità (1, 5-10). Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali (5-13), solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi (13).

In un'ottica di programmazione sanitaria, il suicidio deve essere considerato anche per gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione. I *survivors*, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di colpa e sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali. È, pertanto, fondamentale incentivare la diffusione sul territorio di strutture dedicate alla prevenzione e al sostegno ai *survivors* come, ad esempio, il "Servizio per la Prevenzione del Suicidio" attivo presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

Per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e monitoraggio dei suicidi e dei tentativi di suicidio, l'OMS sottolinea da tempo come la loro implementazione sia necessaria al fine sia di sviluppare strategie efficaci di prevenzione che di valutare l'efficacia degli interventi (12, 13). Le differenze transnazionali degli andamenti temporali dei tassi, delle caratteristiche e dei metodi di suicidio, evidenziano la necessità per ciascun Paese di migliorare la completezza, la qualità e la tempestività dei dati relativi ai suicidi e ai tentativi di suicidio. In Italia, non esiste al momento nessun flusso informativo sui tentativi di suicidio. Con l'obiettivo di colmare questo gap informativo, è stato presentato l'Osservatorio Epidemiologico sui Suicidi e Tentativi di Suicidio, nel Programma Statistico Nazionale 2020-2022, seguendo le indicazioni pratiche fornite dall'OMS (14).

Il Progetto, in collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istat, il Ministero della Salute e il Dipartimento di Neuroscienze Salute Mentale e Organi di Senso della "Sapienza" Università di Roma, ha l'obiettivo di integrare i flussi informativi relativi agli accessi al Pronto Soccorso, alle Schede di Dimissione Ospedaliera e ai dati di mortalità, per ottenere stime aggiornate ed esaustive sui suicidi e sui tentativi di suicidio nel nostro Paese.

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). Ouaderni 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) Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbuto D and Pompili M (2018) Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. Front. Psychiatry 9:567. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00567.
- (5) 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.
- (6) OMS. "Public health action for the prevention of suicide. A framework". Disponibile sul sito:
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/97892415 03570 eng.pdf.
- (7) Commissione Europea. "Join Action su Mental Health and Wellbeing". Disponibile sul sito: www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health.
- (8) OMS. "Mental health action plan 2013-2020". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action plan/en.
- bisponible survivions/action_plan/en.

 (9) OMS. "Preventing suicide. A global imperative". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world report 2014/en.
- (10) OMS. "Report of the Secretary-General, Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals". Disponibile sul sito: https://undocs.org/E/2019/68.
- (11) OMS. "Preventing Suicide A Resource for Media Professionals Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization International Association". Disponibile sul sito:
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1.
- (12) 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/10665/75166/1/97892415 03570_eng.pdf.
- (13) OMS. "National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators". Disponibile sul sito: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1174021/retrieve.
- (14) 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 e ha un enorme impatto in termini di Sanità Pubblica. L'atto violento si ripercuote sulla comunità e sulla società nel suo complesso costituendo un fattore di rischio per la salute mentale dei componenti della rete familiare e sociale, sia della vittima che dell'esecutore della violenza, che possono essere viste come "vittime secondarie".

Sebbene non si possa escludere che fattori biologici e

genetici possano predisporre all'aggressività è, però, indubbio che questi fattori di rischio si esprimano 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. Il tasso di omicidi è un solido indicatore per comparare il livello di violenza tra aree, riflette il grado di sicurezza della società e il livello di conflittualità in atto e, in modo speculare al suicidio, può essere anche letto come un indicatore di malessere sociale (1).

Tasso di mortalità per omicidio*

Numeratore Decessi per omicidio di persone di età 15 anni ed oltre x 100.000

Denominatore Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

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; 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 include esclusivamente le vittime di omicidio volontario e preterintenzionale escludendo, pertanto, gli omicidi colposi (come, ad esempio, quelli da incidente stradale o incidente sul lavoro).

L'indicatore presenta diversi limiti che elenchiamo di seguito:

- 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 (89 casi nel biennio 2015-2016);
 sono esclusi, tra i residenti in Italia, gli omicidi di bambini di età <15 anni (17 casi nel biennio 2015-2016) 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 (97,2% nel biennio 2015-2016) l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima;
- i dati utilizzati sono esclusivamente di fonte sanita-

ria, tuttavia nei Paesi (come il nostro) con una elevata qualità dei dati, non ci sono rilevanti discrepanze tra le statistiche di fonte sanitaria e quelle di fonte giudiziaria (1).

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 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 medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2015-2016, il tasso medio annuo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,62 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre (Tabella 1, Cartogramma). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2015-2016 sono state uccise 654 persone; tra queste, gli uomini rappresentano il 67,1% (dati non riportati in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,87 per 100.000 per gli

M. VICHI, S. GHIRINI, S. D'OTTAVI, V. MANNO, M. POMPILI, P. ROMA, S. FERRACUTI



^{*}Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

uomini e a 0,40 per 100.000 per le donne (Tabella 1). Per gli uomini il tasso età-specifico ha due massimi in corrispondenza delle classi di età 30-34 e 45-49 anni, con una lieve tendenza alla diminuzione nelle età più anziane, ad eccezione degli ultra 85enni. Per le donne, invece, il tasso aumenta nella classe di età 15-54 anni, decresce lievemente tra i 55-64 anni, per poi crescere di nuovo in modo esponenziale raggiungendo il valore massimo nella classe di età 85 anni ed oltre (Grafico 1).

Una analisi separata per genere della vittima evidenzia una marcata variabilità geografica. La regione con il tasso di mortalità per omicidio più elevato per gli uomini è la Sardegna seguita da Puglia, Campania, Calabria e Sicilia, mentre per le donne è la Calabria seguita da PA di Trento, Emilia-Romagna e Umbria; all'estremo opposto Molise, Marche, Basilicata e Liguria presentano i tassi di omicidio più bassi per

entrambi i generi. L'analisi per età fa emergere che in Calabria, Sicilia e Sardegna i tassi sono più elevati del valore medio nazionale sia tra i giovani (*under* 65 anni) che tra gli anziani (*over* 65 anni); in Campania e Puglia, invece, si osservano i tassi più elevati solo tra i giovani (Tabella 1, Cartogramma).

Nel biennio 2015-2016, il rapporto di genere del tasso risulta essere molto più elevato nelle regioni del Meridione rispetto quelle del Nord. La regione con il livello più alto di mortalità femminile rispetto a quella maschile per omicidio è il Friuli Venezia Giulia, seguito da Emilia-Romagna e Basilicata; viceversa, il rapporto più alto di mortalità maschile rispetto a quello femminile si rileva in Campania Puglia, Sicilia e Sardegna. Non sono state registrate, infine, vittime di omicidio di genere maschile nella PA di Trento e di genere femminile in Valle d'Aosta, Liguria e Molise (Tabella 1, Cartogramma).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2015-2016

Dogioni		Tassi grezzi		Maschi	Tassi std Femmine	Totale
Regioni	15-64	65+	15+	15+	15+	15+
Piemonte	0,53	0,69	0,57	0,63	0,50	0,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	0,00	1,72	0,45	0,92	0,00	0,41
Lombardia	0,52	0,39	0,49	0,53	0,44	0,49
Bolzano-Bozen	0,30	1,00	0,46	0,72	0,22	0,46
Trento	0,44	0,00	0,33	0,00	0,64	0,34
Veneto	0,48	0,79	0,55	0,59	0,53	0,55
Friuli Venezia Giulia	0,39	0,48	0,42	0,30	0,54	0,42
Liguria	0,16	0,00	0,11	0,25	0,00	0,13
Emilia-Romagna	0,50	0,81	0,58	0,56	0,62	0,57
Toscana	0,64	0,70	0,66	0,76	0,55	0,64
Umbria	0,63	0,68	0,64	0,67	0,61	0,63
Marche	0,26	0,00	0,19	0,31	0,07	0,19
Lazio	0,44	0,69	0,50	0,75	0,28	0,50
Abruzzo	0,59	0,49	0,56	0,72	0,42	0,54
Molise	0,25	0,00	0,18	0,39	0,00	0,19
Campania	1,06	0,29	0,90	1,50	0,25	0,88
Puglia	0,96	0,59	0,87	1,56	0,22	0,87
Basilicata	0,13	0,40	0,20	0,18	0,19	0,18
Calabria	1,16	0,74	1,06	1,44	0,68	1,06
Sicilia	0,78	0,78	0,78	1,28	0,29	0,77
Sardegna	1,19	1,23	1,20	2,01	0,40	1,19
Italia	0,64	0,58	0,62	0,87	0,40	0,62

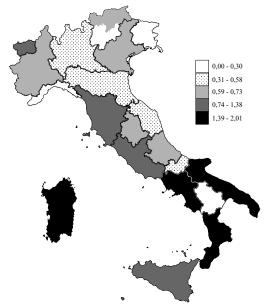
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2019.





Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2015-2016





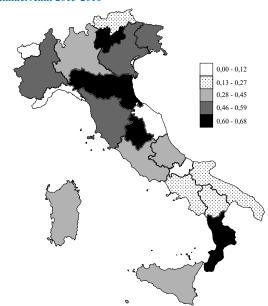


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2015-2016

Maschi

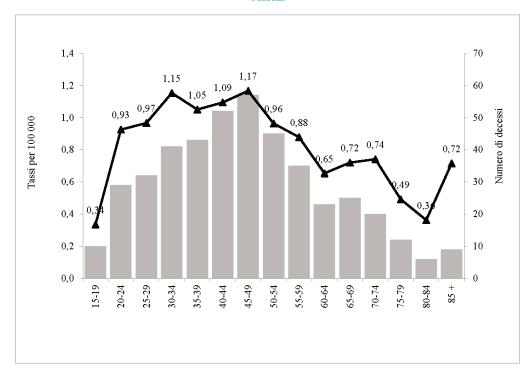
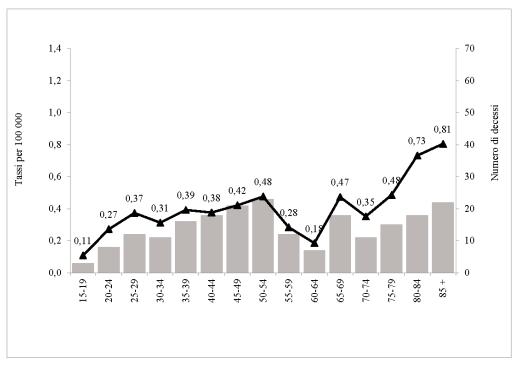




Grafico 1 - (segue) Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2015-2016

Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'omicidio, e più in generale la violenza, non si distribuisce in modo casuale, ma si concentra in particolari sottogruppi di popolazione e 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 49th World Health Assembly ("Prevention of violence: a public health priority") riconosce la violenza come problema di Sanità Pubblica e afferma l'importante concetto che la violenza si può prevenire (5). Nel 2002, l'approccio alla violenza in termini di Public Health viene formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la pubblicazione del "World Report on violence and health" (5). Il concetto viene 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 (5, 6). Nel settembre del 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite approvano la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i relativi "Obiettivi" (Sustainable Development Goals) da raggiungere entro il 2030; la "riduzione significativa di tutte le forme di violenza e dei relativi tassi di mortalità" è uno dei fondamentali target per il raggiungimento dell'Obiettivo di "promuovere società inclusive e pacifiche" (Obiettivo 16-Target 16.1).

Nel nostro Paese il tasso di omicidio manifesta a partire dagli anni Novanta, per entrambi i generi ma in misura maggiore per gli uomini, un trend in riduzione che porta l'Italia a collocarsi tra i Paesi europei con il più basso livello di omicidi (7). La riduzione del tasso di omicidio è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime maschili e questo ha determinato un aumento percentuale delle vittime femminili: le donne, attualmente, rappresentano circa un terzo del totale delle vittime di omicidio (1).

Il fenomeno presenta una marcata variabilità regionale e i tassi, soprattutto per gli uomini, si mantengono ancora su valori elevati in molte regioni meridionali dove è storicamente presente la criminalità organizzata (Mafia, Camorra, 'Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (7). Inoltre, sebbene il tasso complessivo di omicidi femminili nel nostro Paese sia tra i più bassi d'Europa, in alcune regioni si registrano valori piuttosto alti e questo dato indica indirettamente che l'uxoricidio/femminicidio si pone ancora come elemento di allarme da ascrivere a una perdurante difficoltà nell'affrontare il mutamento sociale e l'adeguamento dei rapporti tra generi (1).

Il contrasto alla criminalità organizzata resta al 1° posto tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di omicidio; tuttavia, è auspicabile e necessario affrontare il fenomeno della violenza anche in un'ottica di *Public Health*. L'omicidio non si distribuisce casualmente,

ma si concentra in alcune aree e in alcuni sottogruppi di popolazione; è, quindi, fondamentale conoscere le caratteristiche delle vittime e degli autori di violenza e individuare i possibili fattori di rischio, individuali, familiari e di contesto. L'individuazione dei gruppi e delle aree a maggior rischio costituisce la base per affrontare il problema della violenza non solo in termini di repressione, ma anche di prevenzione progettando interventi multisettoriali che includano non solo la giustizia ma anche la sanità, la scuola, il lavoro e le politiche sociali.

Una ulteriore riduzione del tasso di mortalità per omicidio potrà essere ottenuta investendo su politiche di prevenzione che mirino alla riduzione delle disuguaglianze (anche di genere), all'aumento della scolarizzazione e all'accesso al mondo del lavoro. Di particolare rilievo sono le politiche dirette soprattutto ai giovani volte a ridurre l'abbandono scolastico e ad incrementare l'offerta educativa scolastica e extra-scolastica: l'educazione, infatti, risulta essere un elemento chiave per ridurre la violenza sia attraverso un aumento della resilienza, sia aumentando le opportunità di accesso al mondo del lavoro.

Riferimenti bibliografici

(1) United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). UNODC, Vienna 2019. Disponibile sul sito: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-

on-homicide.html.

(2) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN

10/26). Appendice B.
(3) 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.

(4) 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/201/ 24 05/en.

(5) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_r eport/chapters/en.

(6) 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/glo-

bal-plan-of-action/en.
(7) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito: www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013.









Azione istruttiva o permissiva: una nuova ipotesi per comprendere e migliorare l'efficacia degli antidepressivi serotoninergici

Dott. Igor Branchi

La neuropsicofarmacologia sta esplorando nuove strade concettuali per migliorare l'efficacia e la selettività dei trattamenti farmacologici. Lo sviluppo di trattamenti innovativi per le malattie mentali è stato perseguito principalmente sfruttando un approccio riduzionista considerando, quindi, il cervello come un sistema meccanico in cui componenti indipendenti e con funzioni distinte possono essere selettivamente controllate e manipolate (1, 2). Secondo questa visione, quando uno specifico componente smette di funzionare, la somministrazione di un farmaco può ripristinare la funzione persa, promuovendo in tal modo la salute mentale.

Modelli di causalità di questo tipo sono soddisfacenti perché sposano la nostra visione meccanicistica del mondo e rispecchiano il disegno di sistemi artificiali costruiti dall'umano, come le macchine o i circuiti elettronici. Tuttavia, come elegantemente descritto nell'articolo di Wolff e lveczky (3), vi è una crescente consapevolezza che sistemi altamente complessi come la mente umana non possono essere facilmente scomposti in moduli discreti che eseguono operazioni sequenziali e causalmente collegate tra loro. Al contrario, la struttura del cervello comprende sistemi caratterizzati da ricorrenze, *feedback*, interconnettività e interdipendenze che rendono la localizzazione di specifiche funzioni in determinate aree cerebrali e le relazioni di causalità tra esse complesse e non dirette. Pertanto, anche se l'approccio riduzionista continua a fornire risultati eccezionali nella comprensione di molti disturbi umani, la complessità della mente sembra richiedere un cambiamento paradigmatico nel campo della psichiatria e della salute mentale in generale (4).

Nel campo della psichiatria e delle neuroscienze, la causalità è comunemente descritta in termini di relazione tra attività neurale e comportamento: una specifica attività in una parte distinta del sistema nervoso (ad esempio cellule, circuiti e aree cerebrali) controlla un aspetto del comportamento (3). Tuttavia, tale visione della causalità è anche essa figlia di un modello meccanicistico, risultando spesso troppo riduttiva.

Per affrontare la complessità della mente umana, un primo passo è fare una distinzione tra causalità istruttiva e permissiva (5). Si considera attività con causalità istruttiva quella che determina le caratteristiche del fenotipo di interesse. Una attività con causalità permissiva, invece, è necessaria affinché l'attività istruttiva possa agire, ma non determina direttamente le caratteristiche del fenotipo.

La distinzione tra causalità istruttiva e permissiva viene comunemente sfruttata per descrivere processi complessi in numerosi campi, dalla genetica alla filosofia (5-7). Sebbene sia stato applicato raramente allo studio dei processi cerebrali e della salute mentale, a nostro avviso, è necessario che questo quadro concettuale sia conosciuto e adottato quanto prima, al fine di comprendere meglio l'azione dei trattamenti psichiatrici e perfezionarne e migliorarne l'efficacia.

Un numero crescente di studi indica come l'azione dei farmaci psicoattivi sia, almeno in parte, permissiva, favorendo più che definendo il verificarsi di cambiamenti specifici (8, 9). Questo tipo di azione, che potenzialmente concerne diverse classi di farmaci, è stata descritta per i composti che agiscono sul sistema serotoninergico.

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*-SSRI) rappresentano il trattamento di elezione per il disturbo depressivo maggiore. Tuttavia, la loro efficacia è variabile e incompleta: circa il 60% dei pazienti depressi non ha remissione e circa il 30% non mostra una risposta significativa al trattamento (10). Uno dei motivi principali della efficacia incompleta è la scarsa comprensione dei loro meccanismi di azione. Recentemente, è stato mostrato come parte dell'azione degli SSRI sia di tipo permissivo, ovvero favoriscono un cambiamento dell'umore definito da fattori terzi. Questa nuova ipotesi sull'azione degli SSRI, denominata modello della "suscettibilità al cambiamento non direzionato", prevede che il trattamento con gli SSRI non definisca i cambiamenti dell'umore ma, aumentando la plasticità cerebrale, crei una finestra di opportunità per un cambiamento dell'umore che è definito da fattori terzi, come la qualità delle condizioni di vita. In altre parole, il trattamento amplifica l'influenza dell'ambiente sull'umore (8). La conseguenza principale è la mancanza di un effetto univoco dovuto alla somministrazione degli SSRI.

Sebbene siano necessari studi ulteriori per confermare il ruolo degli antidepressivi serotoninergici come potenziali amplificatori dell'influenza dell'ambiente di vita, una serie di articoli scientifici ha recentemente prodotto risultati a favore di questa ipotesi (8, 10, 11). Tali studi hanno analizzato il *dataset* relativo a uno dei più importanti studi clinici in campo psichiatrico, lo *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*, condotto negli Stati Uniti con l'obiettivo di confrontare l'efficacia delle diverse strategie terapeutiche nel trattamento della depressione maggiore.

Lo studio clinico ha coinvolto oltre 4.000 pazienti trattati con citalopram, uno degli SSRI più comuni (10). Gli studi, pubblicati nel 2017 in *Translational Psychiatry* e nel 2019 in *The Pharmacogenomics Journal*, riportano





come, aumentando la dose di SSRI, lo stato depressivo sia sempre più dipendente dalla qualità dell'ambiente di vita del paziente (11,12). In altre parole, come previsto dal modello della "suscettibilità al cambiamento non direzionato", il trattamento con antidepressivi serotoninergici produce una amplificazione dell'influenza dell'ambiente sull'umore. In linea con questi risultati, un numero crescente di articoli nella letteratura scientifica suggerisce di utilizzare l'interazione tra la maggiore plasticità neurale e comportamentale indotta dal trattamento con gli SSRI e la qualità dell'ambiente di vita al fine di migliorare l'esito clinico nella depressione maggiore (13).

Il cambiamento concettuale nell'interpretazione dell'azione dei farmaci antidepressivi serotoninergici da fattore non solo causale, in grado di determinare di per sé il miglioramento dello stato depressivo, a fattore anche permissivo, che consente all'ambiente di vita di influenzare la psicopatologia (8), apre interessanti prospettive, in quanto suggerisce da un lato strategie potenziali per migliorare la pratica clinica e, dall'altro, chiarisce delle incongruenze nell'osservazione clinica che non possono essere spiegate altrimenti.

Fornire ai pazienti gli strumenti concettuali per affrontare meglio condizioni di vita difficili può potenziare l'efficacia degli SSRI, considerata anche la limitata capacità di cambiare rapidamente ed efficacemente il proprio ambiente di vita. Ciò può essere ottenuto mediante diverse forme di psicoterapia come, ad esempio, la terapia comportamentale cognitiva (14), che aiutano il paziente a fronteggiare specifiche difficoltà. Infatti, è stato ampiamente dimostrato come la combinazione del trattamento con gli SSRI e con psicoterapia sia spesso più efficace del solo trattamento farmacologico (15). Altre forme di supporto, quali la presa in carico del paziente attraverso servizi specializzati, si sono anche esse dimostrate efficaci nel ridurre le conseguenze di un ambiente di vita avverso (16).

In aggiunta, i farmaci SSRI non presentano un chiaro andamento dose-risposta: cioè dosi più elevate non sono sempre più efficaci di dosi più basse (17, 18) con l'eccezione di alcuni studi che suggeriscono il contrario (19). Al fine di giustificare tale andamento è stato ipotizzato come, con l'aumentare della dose, si verifichi un diverso bilanciamento tra effetti benefici ed effetti collaterali (17). Tuttavia, una spiegazione chiara e definitiva di questo fenomeno non è stata ancora trovata. L'ipotesi dell'azione degli SSRI come permissiva, ossia in grado di favorire i cambiamenti senza dare istruzioni su quale forma tali cambiamenti dovrebbero prendere costituisce, invece, un quadro teorico che permette di spiegare una curva dose-risposta piatta. Come detto in precedenza, le azioni permissive non forniscono le istruzioni che definiscono la qualità del cambiamento. Pertanto, un aumento della dose non produce un cambiamento maggiore di per sé, ovvero un miglioramento più marcato del profilo depressivo, ma amplifica la possibilità che un dato cambiamento si verifichi in seguito alla azione combinata con un fattore terzo, quale l'influenza delle condizioni di vita. Gli studi sopra menzionati confermano questa spiegazione mostrando come, per lo SSRI citalopram, l'aumento della dose induca una maggiore opportunità di cambiamento, ovvero una maggiore amplificazione dell'influenza dell'ambiente sull'umore (11, 12). Questo quadro teorico permette allo stesso modo di spiegare la limitata efficacia della strategia di aumento del dosaggio nel trattamento della depressione maggiore (20).

L'ipotesi degli SSRI come farmaci che hanno, almeno in parte, una azione permissiva, richiama la necessità di monitorare le caratteristiche psicosociali ed economiche dell'ambiente di vita del paziente al fine di determinare l'esito del trattamento con farmaci psichiatrici. In futuro, studi clinici, inclusi i *trial* clinici volti a valutare l'efficacia di antidepressivi, dovrebbero tenere in considerazione informazioni quali il reddito, il grado di istruzione, l'occupazione e i rapporti familiari, sociali e lavorativi.

In conclusione, questa nuova interpretazione dell'azione dei farmaci antidepressivi permette di costruire un quadro teorico innovativo in grado di integrare e conciliare due delle principali ipotesi sul disturbo depressivo maggiore: la prima, secondo cui meccanismi alla base della psicopatologia e del suo trattamento siano da ricercare tra le caratteristiche neurobiologiche del paziente, quali la plasticità neurale; la seconda che riconduce la patologia a fattori psicosociali.

Come nota di cautela, è importante sottolineare che, sebbene questo approccio ampli la nostra conoscenza dei fattori e meccanismi che potenzialmente determinano l'efficacia degli antidepressivi serotoninergici, esso non giustifica la sospensione o la modifica del trattamento farmacologico se non dietro indicazione di uno psichiatra.

Riferimenti bibliografici

- (1) Van Regenmortel MH. Reductionism and complexity in molecular biology. Scientists now have the tools to unravel biological and overcome the limitations of reductionism. EMBO reports 2004; 5: 1.016-1.020.
- (2) Maggiora GM. The reductionist paradox: are the laws of chemistry and physics sufficient for the discovery of new drugs? Journal of computer-aided molecular design 2011; 25: 699-708.
- (3) Wolff SB, Olveczky BP. The promise and perils of causal circuit manipulations. Current opinion in neurobiology 2018; 49: 84-94.
- (4) Bassett DS, Gazzaniga MS. Understanding complexity in the human brain. Trends in cognitive sciences 2011; 15: 200-209.

(5) Woodward J. Causation in biology: stability, specificity, and the choice of levels of explanation. Biol Philos 2010; 25:

- (6) Calcott B. Causal specificity and the instructive-permissive distinction. Biol Philos 2018; 32: 481-505.
- (7) Bourrat P. On Calcott's permissive and instructive cause distinction. Biol Philos 2019; 34.
- (8) Branchi I. The double edged sword of neural plasticity: increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability
- (8) Branchi I. The double edged sword of neural plasticity: increasing serotolini levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. Psychoneuroendocrinology 2011; 36: 339-351.

 (9) Carhart-Harris RL, Roseman L, Haijen E, Erritzoe D, Watts R, Branchi I, Kaelen M. Psychedelics and the essential importance of context. Journal of psychopharmacology 2018; 32: 725-731.

 (10) Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasuberian GK, Fava M, Team SDS. Evaluation of outcomes with citalogue and the context of th McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M, Team SDS. Evaluation of outcomes with charpram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. The American journal of psychiatry 2006; 163: 28-40.

 (11) Chiarotti F, Viglione A, Giuliani A, Branchi I. Citalopram amplifies the influence of living conditions on mood in depressed patients enrolled in the STAR*D study. Translational psychiatry 2017; 7: e1066.

 (12) Viglione A, Chiarotti F, Poggini S, Giuliani A, Branchi I. Predicting antidepressant treatment outcome based on socioe-
- conomic status and citalopram dose. The pharmacogenomics journal 2019.

 (13) Wilkinson ST, Holtzheimer PE, Gao S, Kirwin DS, Price RB. Leveraging Neuroplasticity to Enhance Adaptive
- Learning: The Potential for Synergistic Somatic-Behavioral Treatment Combinations to Improve Clinical Outcomes in
- Depression. Biological psychiatry 2019; 85: 454-465.
 (14) Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, Garland A, Hollinghurst S, Jerrom B, Kessler D, Kuyken W, Morrison J, Turner K, Williams C, Peters T, Lewis G. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomised controlled trial. Lancet 2012.
- (15) Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF, 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association 2014; 13: 56-67.
- (16) Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2012; 169: 790-804.
- 17) Jakubovski E, Varigonda AL, Freemantle N, Taylor MJ, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Dose-Response Relationship of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Major Depressive Disorder. The American journal of psychiatry 2016; 173: 174-183.
- (18) Furukawa TA, Cipriani A, Cowen PJ, Leucht S, Egger M, Salanti G. Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. The lancet Psychiatry 2019; 6: 601-609.
- (19) Hieronymus F, Nilsson S, Eriksson E. A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. Translational psychiatry 2016; 6:
- (20) Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose Increase Versus Unchanged Continuation of Antidepressants After Initial Antidepressant Treatment Failure in Patients With Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Double-Blind Trials. The Journal of clinical psychiatry 2018; 79.

278



L'impiego del *Budget* di Salute nei Dipartimenti di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia: progetti in partenariato con gli Enti del Terzo Settore per la costruzione di opportunità inclusive

Dott.ssa Morena Furlan, Dott.ssa Sari Massiotta, Sig. Tobia Miccoli, Dott. Giulio Castelpietra

L'impiego dello strumento di integrazione socio-sanitaria del *Budget* Individuale di Salute (BIS) in Friuli Venezia Giulia sta contribuendo a realizzare interventi e programmi personalizzati e connessi alla comunità, in una logica di riorientamento della rete del sistema di offerta dei servizi in salute mentale, come in altre regioni (1-4).

Il *budget* complessivo attribuito ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) regionali per i BIS ammonta a circa 19 milioni di € annui, cioè il 25% delle risorse complessive dei DSM, e viene utilizzato in progetti cogestiti in partenariato a una vasta rete di cooperative sociali presenti sul territorio.

Lo strumento è in fase di sperimentazione anche per diversi *target* di popolazione nelle aree che necessitano di elevata integrazione socio-sanitaria, quali quella degli anziani, delle disabilità, delle dipendenze e dei minori. Questo a conferma di come la metodologia del progetto personalizzato, in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia, nonché con le attività di programmazione locali, stia divenendo, in partenariato con il Terzo Settore, operatività e pratica dei servizi nell'individuazione di risposte e interventi maggiormente appropriati. Tale utilizzo non può prescindere dall'aspetto culturale e valoriale degli stili di lavoro, dall'esercizio permanente della riflessione critica a contrasto di nuove forme di istituzionalizzazione e dall'assetto organizzativo territoriale dei servizi per la presa in carico che devono configurarsi come prossimi, proattivi e a bassa soglia. Il BIS può, quindi, rappresentare il contesto tecnico professionale e amministrativo capace di dare operatività concreta ad assetti di *governance* multisettoriale e partecipata e a meccanismi di coproduzione di servizi orientati a costruire nuovi scenari di *welfare*, più efficaci e sostenibili.

A tal fine, gli elementi di innovazione su cui l'utilizzo dello strumento punta maggiormente sono i fattori di riconversione delle risorse istituzionali, nonché la possibilità di far convergere differenti risorse e competenze a supporto dello sviluppo dei sistemi locali di opportunità e dei processi di "capacitazione" (5), autodeterminazione e scelta delle persone destinatarie.

Il BIS, inteso come l'insieme delle attività realizzate dal *partner* del privato sociale a favore delle persone in carico ai DSM beneficiarie di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (6) consiste in:

- co-progettazione dell'intervento;
- costruzione di opportunità nei tre principali assi del funzionamento sociale: abitare, lavoro e socialità;
- sostegno competente alla fruizione delle opportunità, attraverso interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi sia a livello individuale che in una dimensione di gruppo/rete, volti a favorire la ripresa dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.

Le attività del gruppo tecnico di accompagnamento all'implementazione della metodologia, costituito nel 2018 a livello regionale con rappresentanti delle varie Azienda Sanitarie, unitamente a percorsi formativi realizzati nel 2019, hanno rappresentato una occasione di riflessione e confronto sulle pratiche, per identificare quegli elementi che maggiormente qualificano le opportunità sviluppate attraverso i meccanismi di co-progettazione e cogestione con gli Enti del Terzo Settore (7).

In relazione ai programmi attivati sulle tre aree di intervento, si è osservata una offerta qualitativamente più rispondente agli obiettivi dei Progetti personalizzati, centrati su percorsi di *recovery* e orientati alla comunità. Circa il 65% della risorsa investita dai DSM nello strumento del BIS viene impiegata a supporto di forme di domiciliarità e *co-housing*, che prevedono nuclei abitativi di massimo 5 persone o soluzioni a *cluster* (appartamenti singoli contigui, con presenza di supporto condiviso e programmi di domiciliarità personalizzata).

Per fare un esempio sulle esperienze significative di riconversione e riorientamento delle risorse, il DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ha avviato il Progetto "Recovery House" nel 2015. Esso si configurava inizialmente come un esperimento di coabitazione, rivolto in un primo momento a 6 giovani, poi 4, per un tempo di 6 mesi. Nella seconda fase si è individuata una nuova collocazione presso un appartamento ubicato in uno dei rioni centrali di Trieste. Il Progetto ha visto la partecipazione in 3 anni di 24 persone, ciascuna supportata da un BIS di elevata intensità, per un periodo di 6 mesi, restituendo maggiore dinamicità alla risorsa investita. Il *team* dedicato, costituito da operatori dei servizi, dalla cooperazione sociale, da figure di supporto tra pari, nonché dalle stesse persone accolte e i loro familiari, rimane in ogni caso punto di riferimento e di reciproco aiuto anche una volta concluso il percorso supportato (8). Il percorso si basa su alcuni presupposti:

- intenzioni e obiettivi espliciti all'ingresso, per favorire candidature consapevoli e responsabili, condivise con le famiglie in un costante rapporto di collaborazione e negoziazione;





- ricerca di percorsi altamente personalizzati per la costruzione di supporti utili al proprio percorso di recovery; - rafforzamento delle proprie consapevolezze e competenze nell'attraversare l'esperienza della sofferenza men-

tale, ricercando attivamente proprie strategie di guarigione, e la realizzazione di aspirazioni e desideri.

Nell'area della formazione e dell'inserimento lavorativo, il valore aggiunto del rapporto di collaborazione e partenariato con la cooperazione sociale è rappresentato da una maggiore propensione alla creazione di possibilità di inserimento lavorativo in contesti produttivi e di mercato, nonché allo sviluppo di forme anche sperimentali di micro imprenditorialità, valorizzando potenzialità presenti nei contesti locali.

L'impiego dello strumento del BIS intrecciato alla realizzazione di percorsi formativi qualificanti, appositamente co-progettati con gli Enti di formazione, ha reso possibile introdurre nel sistema la collaborazione di figure formate come *Peer Support Workers*, che attualmente prestano la loro attività presso i Centri di Salute Mentale e a sostegno di alcuni programmi di supporto alla creazione di reti inclusive (9).

I risultati di queste e altre progettualità confermano la necessità di proseguire nella ricerca e costruzione di modelli regolativi conseguenti sempre più ad attività di co-programmazione e co-progettazione e di una attenzione alle attività capaci di generare opportunità e incorporare le diversità all'interno di nuovi profili di sviluppo locale in una prospettiva multisettoriale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Castelpietra G., Furlan M., Massiotta S., "Il budget di salute: strumento per promuovere culture inclusive e pratiche possibili", Welfare oggi, n. 6, 2018, pp. 21-28.
- (2) Ridente G, Furlan M. Applicazione dei PTRI-Budget di salute nel Dipartimento di salute mentale di Trieste. In Starace F., Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma: Carocci; 2011.
- (3) Mosca M. "Sviluppo umano e budget di salute", Franco Angeli, 2018.
 (4) Pellegrini P, Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C. "Soggetto Persona Cittadino- Il Budget di salute, esperienze in Emilia-Romagna", Ed. Alpha beta Verleg, Collana 180, 2019.
 (5)Sen A.K. e Nussbaum M.C, "The quality of life", Oxford University Press, 1993.Sen A.K. "The idea of justice, Harvard
- University Press, 2009.
- (6) DGR del 25 gennaio 2018, n.122, Regione Friuli Venezia Giulia, "Piano regionale salute mentale Infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020'
- (7) La procedura di affidamento della realizzazione di Budget Individuali di Salute (BIS) a sostegno di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) è stata espletata dall'Ente regionale per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS), tra il 2015 e 2017, a favore di tutte e 5 le Aziende del Sistema Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia.
- (8) Casadio R., Marin I., Oliviera Thais T., Mezzina R, Baker P., Jenkins J., Pérez M. P., Pocobello R., "The Recovery House in Trieste: rational, participants, intervention as the "work", Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, Vol. 39 Issue: 4, pp.149-161. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1108/TC01-2018-00. (9) Peer to peer, Rivista semestrale Sconfinamenti, n.30 Editore 2001 Agenzia Sociale, dicembre 2016. Disponibile sul sito:
- www.2001agsoc.it/materiale/sconfinamenti/Sconfinamenti.N30.pdf.



Sintomi depressivi negli over 50 anni tra perdita di autonomia e sostegno percepito

Dott.ssa Rita De Carli, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci, Prof. Maurizio Pompili

Il tema della salute mentale è ormai da tempo nell'Agenda politica dei vari Paesi europei, nella consapevolezza che ogni investimento per migliorare e promuovere la salute mentale può incidere sensibilmente nelle scelte di politiche socio-sanitarie.

In Italia, nell'ultimo decennio, si è registrato un peggioramento del disagio mentale nella popolazione giovane e adulta. Nei soggetti più anziani l'allungamento della speranza di vita, pur rappresentando un successo del nostro sistema sanitario, ha, tuttavia, prodotto un incremento di patologie che compromettono anche la sfera mentale, quali Alzheimer e demenze senili, nonché sindromi depressive (1).

La depressione costituisce un problema di salute mentale tra i più diffusi nella popolazione e oggetto di attenzione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il notevole impatto sulla qualità della vita e sullo svolgimento delle normali attività quotidiane (lavoro, studio, relazioni sociali etc.).

I sintomi depressivi, analizzati in questo lavoro, sono stati rilevati attraverso il questionario psicometrico *Patient Health Questionnaire*, *Depression Scale* inserito nell'indagine *European Health Interview Survey*, con 8 quesiti. La presenza di alcuni sintomi, che compaiono per la maggior parte del tempo nelle ultime 2 settimane, permette di elaborare l'indicatore di prevalenza dei sintomi depressivi, differenziando tra depressione maggiore (almeno 5 sintomi, tra cui umore depresso e/o perdita di interesse o piacere) e altri sintomi depressivi (2-4 sintomi). Chi presenta i sintomi della depressione maggiore sperimenta intensi stati di insoddisfazione e tristezza, tende a non provare piacere o interesse nelle comuni attività quotidiane, con ricadute fisiche talvolta anche gravi, come diminuzione o aumento dall'appetito, disturbi del sonno, faticabilità, difficoltà di concentrazione e pensieri estremamente pessimisti circa se stessi e il proprio futuro.

Complessivamente, i sintomi depressivi riguardano l'8,7% della popolazione adulta di età 50 anni ed oltre, con differenze di genere a svantaggio delle donne (10,9% donne vs 6,1% uomini) che aumentano all'avanzare dell'età. La diffusione dei disturbi depressivi mostra differenze territoriali, con le regioni del Centro e del Mezzogiorno maggiormente sfavorite. Nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno le prevalenze sono, infatti, significativamente superiori a quelle registrate nella gran parte delle regioni del Nord. In Umbria e Sardegna si è osservata la quota più elevata di persone con sintomi depressivi (9,5% e 7,3%, rispettivamente). Le differenze di genere sono più evidenti in Sardegna, con le donne che mostrano prevalenze maggiori di 6,3 punti percentuali rispetto a quelle osservate per gli uomini (10,4% donne vs 4,1% uomini), mentre in più della metà delle regioni queste differenze, sebbene presenti, non risultano statisticamente significative (vedi Rapporto Osservasalute Edizione 2018).

I valori di prevalenza, come è atteso, aumentano con l'età, soprattutto dopo i 75 anni, dove quasi un anziano su cinque (19,2%) riferisce sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista. In questa fascia di popolazione più anziana, si è oltretutto riscontrata una maggiore frequenza di sintomi depressivi associati a peggiori condizioni di salute, fragilità fisica e a scarso supporto sociale percepito (2). Peraltro, l'isolamento e l'esclusione sociale, secondo alcuni studi, aumenterebbe la probabilità di sperimentare peggiori livelli di benessere, di soffrire di sintomi depressivi e di incrementare il rischio di contrarre malattie croniche (3).

Per studiare, quindi, l'associazione tra sintomi depressivi e percezione di protezione fornita dalle reti di supporto, anche considerando i livelli di compromissione dell'autonomia personale e gestione delle attività quotidiane, la popolazione di età 50 anni ed oltre è stata suddivisa in tre gruppi per classe di età: "grandi adulti" (50-64 anni), "giovani anziani" (65-74 anni) e "anziani" (75 anni ed oltre) (4). Per la misurazione del supporto sociale è stata utilizzata la "Oslo-3 Social Support Scale", che consente di differenziare il livello del supporto tra "debole", "moderato" e "forte", sulla base della presenza di persone su cui si ritiene di poter contare o da cui poter ricevere aiuto pratico in caso di necessità (5). Per studiare il livello di autonomia nella cura della persona si è ricorso a due note scale: l'*Activities of Daily Living* (ADL), che misura il grado di difficoltà a svolgere senza aiuto attività quali mangiare da solo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia; l'*Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) per misurare l'autonomia nelle attività domestiche, che misura il grado di difficoltà allo svolgimento senza aiuto di attività necessarie per vivere in modo autonomo quali preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti e gestire le proprie risorse economiche.

Da una preliminare analisi di tale associazione, si osserva che, a tutte le età, la riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona (ADL) evidenzia un incremento della prevalenza dei sintomi depressivi, che passa da 2,1% nei soggetti senza limitazioni a 36,5% tra i soggetti con limitazioni, ancor più elevata se ultra 65enni





(39,7%) (Grafico 1). Per quanto riguarda l'autonomia nello svolgimento di attività domestiche (IADL), queste sono accompagnate da prevalenze più elevate di sintomi depressivi soprattutto tra i "grandi adulti", che raggiungono un valore dell'12,2% vs 8,2% degli "anziani". La percezione di poter contare su una forte rete sociale di supporto mitiga la presenza dei sintomi depressivi riducendola, complessivamente, da 8,7% a 6,7% e questo soprattutto tra i "giovani anziani" dove questo indicatore si dimezza passando dal 6,4% in chi dichiara una rete di supporto debole al 3,2% in chi riconosce una rete di supporto forte.

Focalizzando l'attenzione sulle differenze di genere, quando viene compromessa l'autonomia nelle attività domestiche (IADL) si inverte lo svantaggio di genere, con gli uomini "grandi adulti" che mostrano prevalenze dei sintomi depressivi superiori a quelle delle coetanee donne (14,3% vs 11,0%). Nei casi di perdita dell'autonomia nella cura di sé (ADL) permane, comunque, lo svantaggio femminile, particolarmente accentuato nelle donne ultra 75enni che mostrano prevalenze di sintomi depressivi maggiori rispetto agli uomini del 14,4% (41,2% vs 36,0%).

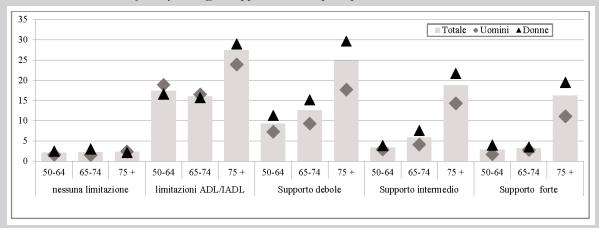
L'analisi multivariata, realizzata attraverso modelli logistici, conferma la forte associazione tra presenza di sintomi depressivi e le altre variabili utilizzate come covariate (presenza di ADL e IADL, percezione di disporre di una rete di sostegno, classe di età e genere). Si osserva, infatti, che a parità di genere e classe di età, il rischio di soffrire di sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista risulta sensibilmente superiore in presenza di limitazioni gravi nelle attività di cura della persona (ADL) e nello svolgimento di attività domestiche (IADL) e che, viceversa, una solida rete di supporto sociale riduce questo rischio.

In particolare, le gravi limitazioni di autonomia nella cura della persona (ADL) risultano tra i fattori più associati, con un rischio stimato elevato di oltre venti volte ($Odds\ Ratio$ -OR = 22,1) rispetto a chi non riferisce difficoltà né nelle ADL, né nelle IADL. Quando le limitazioni riguardano esclusivamente lo svolgimento delle attività domestiche, il suddetto rischio si riduce, pur mostrandosi quattro volte superiore rispetto a chi non dichiara problemi nelle IADL. La percezione di non poter disporre di una solida rete di supporto sociale raddoppia il rischio di incorrere in sintomi depressivi (OR = 2,3).

A parità di queste condizioni, le donne presentano un rischio superiore del 20% circa rispetto agli uomini di riferire sintomi depressivi (OR = 1,2) e un analogo aumento del rischio si riscontra per gli ultra 75enni rispetto agli adulti di età 50-64 anni.

Le altre covariate, che si è provato ad inserire congiuntamente nel modello (contesto familiare, territorio e ampiezza del nucleo familiare), non hanno mostrato un impatto significativo sulla stima del rischio di soffrire di sintomi depressivi.

Grafico 1 - Persone (valori per 100) di età 50 anni ed oltre con sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista per genere, classe di età, limitazioni nelle attività quotidiane (Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living) e supporto sociale percepito - Anno 2015



Fonte dei dati: Istat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.







Tabella 1 - Stime puntuali (valori assoluti) e Limiti di Confidenza di Wald (valori al 95%) in persone di età 50 anni ed oltre con sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista per genere, classe di età, limitazioni nelle attività quotidiane (Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living) e supporto sociale percepito - Anno 2015

Caratteristiche	Stime puntuali	Limiti di Confiden	za di Wald al 95%
Genere (F vs M)	1,21	1,045	1,401
Età (65-74 vs 50-64)	0,916	0,747	1,123
Età (75+ vs 50-64)	1,239	1,031	1,489
Limitazioni (Activities of Daily Livingvs nessuna)	22,066	18,146	26,833
Limitazioni (Instrumental Activities of Daily Livingvs nessuna)	4,082	3,298	5,053
Supporto sociale percepito (debole vs forte)	2,285	1,87	2,792
Supporto sociale percepito (intermedio vs forte)	1,184	0,993	1,413

Fonte dei dati: Istat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Conclusioni

Le analisi sopra riportate suggeriscono che, a parità di limitazioni nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività domestiche (IADL), la percezione di sentirsi protetti con una adeguata rete di supporto mitiga notevolmente il rischio di soffrire di sintomi depressivi. Ciò è particolarmente vero nelle fasce di età meno anziane, mentre tra i gruppi più anziani è la perdita di autonomia nelle attività quotidiane ad avere un impatto molto rilevante. I sintomi depressivi, com'è noto, possono compromettere anche la *compliance* nella cura di sé stessi innescando, quindi, un processo a catena di compromissione dei livelli di autonomia e di relazione sociale. È, quindi, importante far emergere la complessità dei fattori in campo, per tarare al meglio i possibili interventi di promozione del benessere psicologico adeguando gli interventi sia di tipo sanitario che non sanitario di supporto al contesto socio-relazionale della persona.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, La salute mentale nelle varie fasi della vita, comunicato stampa 25 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.
- (2) OECD, Health at a Glance: Europe 2018.State Of Health In The Eu Cycle. Disponibile sul sito:
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018 healthatglance rep en.pdf.
- (3) Wilkinson R, Marmot M, Eds. Social Determinants of Health The Solid Facts, Second Edition. WHO-EURO 2003. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0005/98438/e81384.pdf.
- (4) Rosina A. "Anziano a chi?". Le nuove età della vita. Disponibile sul sito: www.italianieuropei.it/italianieuropei-5-6-2013/item/3060-anziano-a-chi.
- (5) Dalgard OS. Explanation of OSS-3. Bilthoven 2008. Disponibile sul sito: www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.news.222.

Salute Mentale Perinatale: l'importanza dei primi 1.000 giorni di vita

Dott.ssa Gabriella Palumbo, Dott. Fiorino Mirabella, Dott.ssa Laura Camoni, Dott.ssa Isabella Cascavilla, Dott.ssa Debora Del Re, Dott.ssa Antonella Gigantesco

"Non c'è salute senza salute mentale perinatale" (1)

Il periodo perinatale (generalmente indicato dal concepimento a 18 mesi di vita) è un periodo di delicata transizione per le donne, per il *partner* e per le loro famiglie. Questa transizione può essere una felice fase della vita piena di aspettative positive per i genitori, ma può anche essere fonte di angoscia e di difficoltà che può manifestarsi come "baby blues". Il "baby blues" è una fase di breve durata, caratterizzata da sintomi lievi, con un impatto minimo sul funzionamento sociale e personale delle donne, che tende a risolversi in modo naturale (entro i primi 10-15 giorni dopo il parto). Tuttavia, se c'è un ampio divario tra le aspettative o le risorse e la realtà della maternità, si possono verificare situazioni di sofferenza psichica per la donna e la coppia che, talvolta, possono portare alla comparsa di sintomi psicopatologici nella madre e ad effetti a breve/lungo termine sulla salute del bambino (2, 3).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 10% di donne in gravidanza e il 13% di donne dopo il parto soffrono di un disturbo mentale. Nei Paesi in via di sviluppo la prevalenza è anche superiore: il 16% durante la gravidanza e il 20% dopo il parto (4).

I più comuni disturbi mentali nelle donne durante la gravidanza e il *post-partum* sono le sindromi depressive e di ansia, disturbi non psicotici spesso associati alla presenza di sentimenti e pensieri specifici del ruolo genitoriale. La psicosi *post-partum*, decisamente più grave, ha una prevalenza molto bassa (0,1-0,2%), ma è associata ad un aumento del rischio di suicidio e infanticidio (5).

La Depressione *Post-Partum* (DPP) è oggetto di attenzione non solo perché comporta serie compromissioni del funzionamento sociale e personale delle donne che ne soffrono, ma anche perché può avere ripercussioni sul *partner* e sull'interazione madre-bambino (6). La DPP è associata a impoverimento della qualità di vita familiare e dello sviluppo emozionale, intellettuale e cognitivo del bambino; infatti, le madri che soffrono di DPP più frequentemente sospendono precocemente l'allattamento al seno, si attengono meno all'adozione di misure di sicurezza (come usare seggiolini per bambini in automobile) e i loro figli presentano tassi inferiori di utilizzazione dei servizi di assistenza sanitaria preventiva e vaccinale. Inoltre, questa condizione può interferire nella relazione madre-bambino con il rischio di conseguenze importanti nel corso degli anni. In questo campo, numerosi studi hanno messo in luce l'importanza di un adeguato scambio madre-figlio nel prevenire conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (7).

Situazioni psichiche ansiose e depressive si possono verificare anche nei padri (8). La situazione psichica in cui si trovano i genitori (e/o altri *caregiver*) ha conseguenze sullo sviluppo neuro mentale del bambino: tali effetti possono evidenziarsi a breve termine nel comportamento o nell'umore del neonato, così come, talora imprevedibilmente, a lungo termine in età scolastica, con ripercussioni fino all'età adolescenziale.

Molti determinanti sociali, psicologici, comportamentali, ambientali e biologici influenzano la gravidanza e il percorso *post*-natale. Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, precedenti malattie psichiatriche, problemi di relazione con il *partner*, mancanza di supporto sociale, problemi economici, violenze subite ed eventi stressanti sono tra i più importanti fattori di rischio (9). È, pertanto, fondamentale identificare le complicazioni perinatali fin dall'inizio della gravidanza, al fine di progettare interventi in grado di prevenire l'insorgenza della DPP anche attraverso lo sviluppo di percorsi individualizzati dedicati a promuovere la salute mentale della diade mamma-bambino, che tengano conto anche del *partner* e del contesto familiare e sociale in cui sono inseriti

Una visione così complessa del problema richiede un intervento altrettanto complesso, che faccia entrare in campo *équipe* composte da più figure professionali. Particolare attenzione è stata posta, in questi ultimi anni, allo studio di un modello interpretativo bio-psico-sociale, che prevede la contemporanea considerazione di fattori biologici, psicologici e sociali nella valutazione della condizione di vulnerabilità psicologica della madre nel periodo perinatale.

In Italia, studi recenti suggeriscono l'importanza di uno screening e un intervento precoce (10) e, attualmente, sono in corso diversi programmi di ricerca e intervento a livello regionale, seppur non ancora adeguatamente integrati nella pianificazione delle cure e nella valutazione degli esiti. Inoltre, c'è una formazione limitata tra gli operatori sanitari e l'attenzione è ancora diretta in modo quasi esclusivo alla salute fisica della donna, mentre è meno sistematico e strutturato l'interesse nei confronti del suo benessere psichico. Ciò è dovuto anche all'assenza di Linee Guida nazionali per gli operatori sanitari riguardo l'approccio e la gestione della salute mentale perinatale, la cui messa a punto è quanto mai urgente e necessaria.







284

Alla luce della crescente evidenza che le esperienze nei primi anni di vita sono cruciali per un sano sviluppo e una vita produttiva, interventi e strategie di prevenzione dedicati a questo target dovrebbero essere tra le priorità in Sanità Pubblica.

- (1) Louise M Howard, Peter Piot, Alan Stein. No Health without Perinatal Mental Health. The Lancet, Vol 384 November 15, 2014.
- (2) Milgrom J, Ericksen JM, Mccarthy R, et al. Stressful impact of depression on early mother infant relations. Stress and health 2006; 22: 229-38.

- health 2006; 22: 229-38.

 (3) Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 173-81.

 (4) WHO-Mental Health Action Plan 2013-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/maternal-child/en.

 (5) Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatr Clin N Am 2010; 33: 273-93.

 (6) Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori, Springer, Milan.

 (7) Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Ante partum and post partum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Oct; 49 (10): 1.079-88.
- (8) Mahon C, Agius M The wider effects of Paternal Post Natal Depression: An overview. Psychiatr Danub. 2019 Sep; 31 (Suppl 3): 613-614.
 (9) Palumbo G. Mirabella F, Gigantesco A. Positive Screening and Risk Factors for Postpartum Depression. Eur Psychiatry
- a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression. Riv Psichiatr. 2016; 51 (6): 260-269. (10) Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Palumbo G, Gigantesco A. Effectiveness of