

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. Due *Box* sono centrati sulla modalità di intervento costituita da progetti personalizzati, sostenuti da una componente economica, i “Budget di Salute”. Il primo *Box* fornisce un inquadramento generale di questo tipo di intervento che prevede modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie anche 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 “Budget di Salute” 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; il secondo *Box* fornisce una valutazione degli esiti e dei profili di bisogno associati a questa forma di intervento nell'esperienza del Friuli Venezia Giulia. Il terzo *Box* pone l'accento sull'importanza della prevenzione del disagio mentale della madre e della diade genitoriale nel periodo perinatale e inquadra i sintomi depressivi e ansiosi nel periodo perinatale come indicatore di disagio che può essere anche determinato o aggravato dalla violenza interpersonale e dall'abuso di sostanze. Il quarto *Box*, infine, si sofferma proprio sull'aspetto della *Intimate Partner Violence* e degli effetti di questa sulla salute della donna.

Una lettura complessiva dei risultati relativi ai *core indicators* presentati nel Capitolo evidenzia alcune aree critiche. La Sardegna e PA di Bolzano presentano valori elevati per quasi tutti gli indicatori considerati (solo il tasso di mortalità per omicidio tra gli uomini è inferiore alla media nazionale nella PA di Bolzano). La mortalità per omicidio tra gli uomini è superiore alla media nazionale in Puglia, Campania, Sicilia, Calabria e Sardegna mentre per le donne si registrano tassi elevati in Veneto, Toscana, Piemonte, Sardegna ed Emilia-Romagna. In Emilia-Romagna risultano elevati anche il consumo di farmaci antidepressivi, le ospedalizzazioni per disturbi psichici e il tasso di mortalità per suicidio per entrambi i generi. La Valle d'Aosta presenta il tasso di mortalità per suicidio più elevato tra gli uomini. Una mortalità per suicidio elevata si registra anche nelle PA di Trento e Bolzano e in Umbria per entrambi i generi. La Toscana si conferma la regione con i livelli più elevati di consumo di farmaci antidepressivi.

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” 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. La salute mentale non è una tra le tante componenti giustapposte del concetto generale di “salute”, ma è parte integrante di ogni aspetto della vita della persona, senza la quale non c’è salute ma solo “assenza di malattia”.

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 (2018), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319).

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

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

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

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

x 10.000

*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 2018, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico si è confermato lievemente maggiore nel genere maschile rispetto a quello femminile, con dei tassi più elevati nelle fasce di età giovane ed adulta (0-18 e 19-64 anni); al contrario tassi più alti sono presenti nel genere femminile nelle fasce di età più avanzate.

A livello regionale i tassi di ospedalizzazione maggiori si registrano nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta e Sardegna, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1, Tabella 2) in quasi tutte le fasce di età. Sono presenti delle eccezioni, infatti, nella fascia di età 0-18 anni, si registrano dei tassi molto elevati nel Lazio e in Abruzzo, mentre l'Emilia-Romagna risulta essere seconda per tasso di ospedalizzazioni nella fascia di età 75 anni ed oltre.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2018 mostra un trend in costante decremento, per entrambi i generi, nelle fasce di età 19-64 e 65-74 anni; la classe di età 75 anni ed oltre torna a diminuire nell'ultima rilevazione, mentre è presente un trend in lieve, ma costante, aumento 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 2001-2018, mostra una continua flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (46,2 per 10.000) nella rilevazione di quest'anno (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 2018

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	24.12	33.48	45.22	148.59	45.08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23.04	37.89	65.34	311.59	66.19
Lombardia	23.61	27.79	30.85	112.35	35.99
Bolzano-Bozen	49.22	51.51	72.91	241.06	73.00
Trento	20.39	27.43	43.13	183.27	44.28
Veneto	18.74	25.76	39.98	190.68	43.29
Friuli Venezia Giulia	43.08	27.15	48.38	206.23	50.97
Liguria	64.58	33.04	41.69	146.74	51.88
Emilia-Romagna	26.76	30.15	49.97	274.26	56.83
Toscana	66.56	33.00	44.47	166.17	54.24
Umbria	37.22	28.65	45.33	184.46	47.86
Marche	44.01	39.22	47.25	159.73	53.67
Lazio	103.40	33.68	41.26	115.35	55.71
Abruzzo	88.43	36.90	42.11	135.46	57.77
Molise	50.38	37.38	51.47	138.23	52.21
Campania	61.42	24.02	33.26	78.05	37.78
Puglia	64.77	35.72	42.50	127.50	51.60
Basilicata	62.98	30.49	49.09	141.17	49.75
Calabria	60.58	35.24	50.93	119.27	50.71
Sicilia	68.41	35.99	35.58	83.14	46.85
Sardegna	72.39	38.21	55.60	206.58	63.65
Italia	50.72	31.35	41.14	147.76	48.11

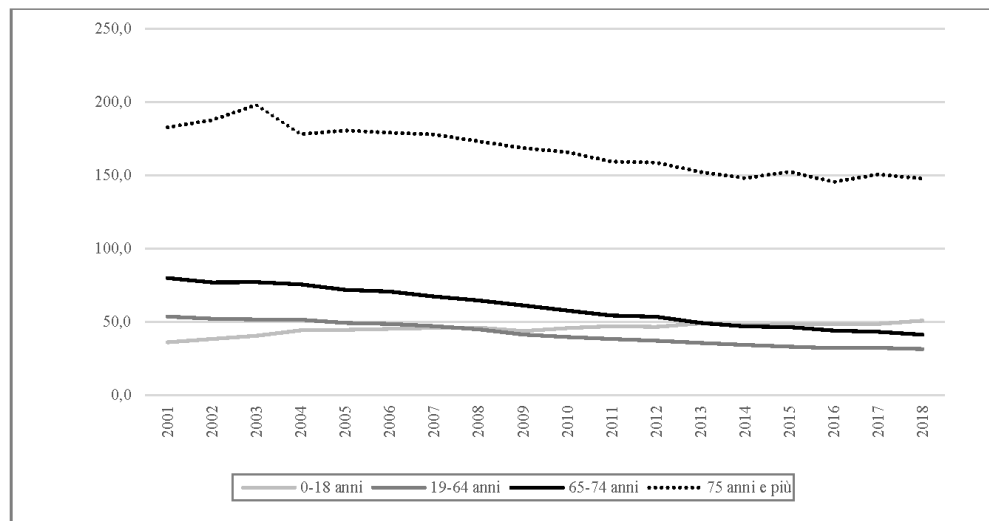
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

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 2018

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	23,03	32,99	46,48	129,57	42,59
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,29	44,37	86,33	288,39	70,64
Lombardia	24,10	26,69	31,24	96,24	33,14
Bolzano-Bozen	54,03	48,03	71,98	226,07	69,76
Trento	23,17	25,59	38,72	176,27	41,30
Veneto	18,01	26,82	44,26	185,24	43,17
Friuli Venezia Giulia	34,32	25,85	45,48	206,11	47,32
Liguria	39,42	31,92	48,09	153,37	47,62
Emilia-Romagna	23,23	29,33	55,19	270,20	55,38
Toscana	40,16	32,61	48,17	177,46	50,13
Umbria	31,57	31,56	46,74	187,68	49,32
Marche	31,92	35,62	47,75	162,66	48,71
Lazio	66,95	30,73	43,88	130,35	48,57
Abruzzo	51,29	28,27	49,68	140,14	46,55
Molise	21,91	32,87	63,60	147,58	46,47
Campania	38,98	21,79	33,81	86,56	33,09
Puglia	38,28	30,93	49,87	143,18	45,90
Basilicata	29,87	27,02	47,42	139,58	41,86
Calabria	36,88	35,62	52,82	129,41	47,58
Sicilia	38,44	32,19	46,10	94,72	41,30
Sardegna	48,59	33,91	65,76	233,93	60,41
Italia	34,96	29,47	44,62	148,53	44,15

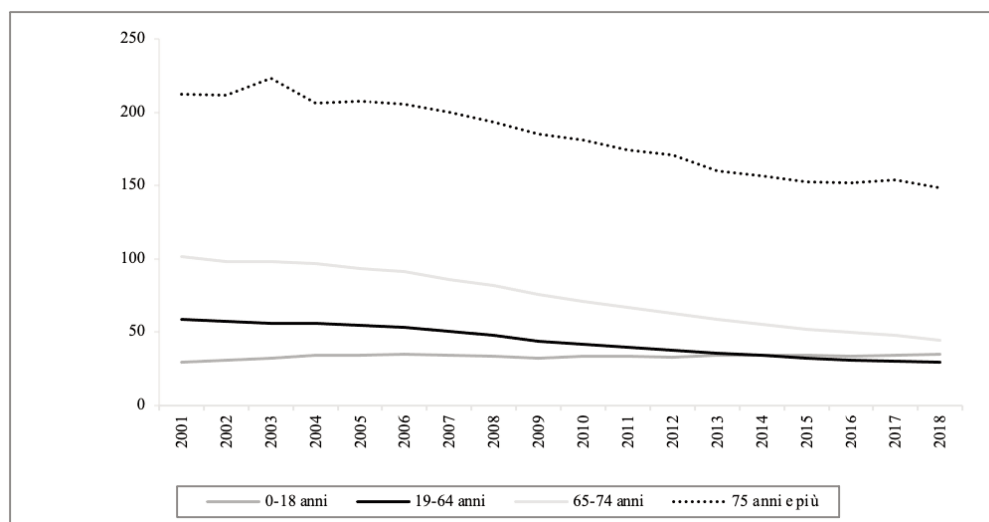
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2018



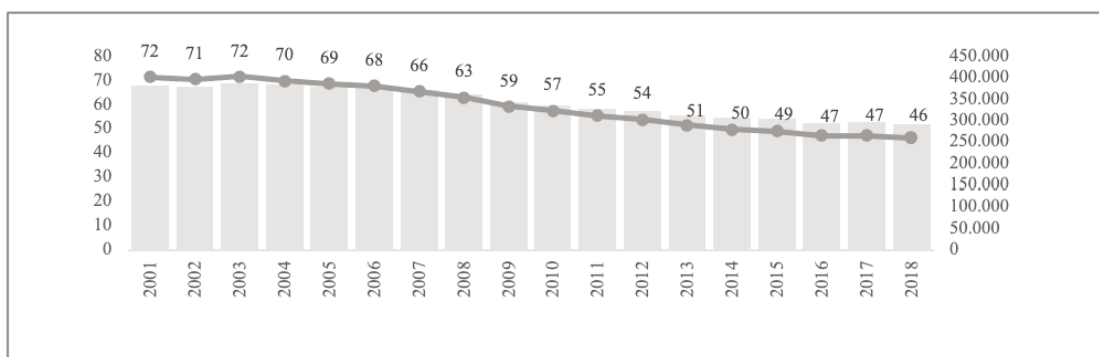
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

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 2001-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, relativi al periodo 2001-2018, 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, anche se la fascia di età 0-18 anni, seppur in modo lieve, sembra aver avuto un trend in aumento, accompagnata in quest'ultima rilevazione anche dall'aumento nella fascia di età 75 anni ed oltre. Sembra proprio che siano queste le fasce più vulnerabili e fragili a cui dovrebbe essere rivolta un'attenzione maggiore.

Questo risultato, che si inserisce all'interno di una riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, sembrerebbe dimostrare come alcuni cambiamenti verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione delle problematiche inerenti la sfera della salute mentale stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati (1, 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.

Come già riportato dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (3), la disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale e la mancanza di un sistema informativo standardizzato per il moni-

toraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione possono essere alla base delle differenze territoriali nei tassi di ospedalizzazione.

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

Infine, ulteriori risultati positivi potrebbero derivare dall'implementazione di strategie di promozione della salute mentale e di interventi di prevenzione in tutte le fasce di età, soprattutto quelle più vulnerabili. Inoltre, il potenziamento dell'assistenza primaria e dei rapporti Ospedale-Territorio per questa tipologia di pazienti, garantendo una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti potrebbe ulteriormente ridurre le ospedalizzazioni.

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_paragrapho_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&id=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

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata}^{**} \times 365} \times 1.000$$

*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.

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

Un primo elemento da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Un'ulteriore limitazione è legata al fatto che i dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi considerano i farmaci prescritti e non i farmaci effettivamente consumati dalla popolazione. Infatti, non è possibile quantificare la discrepanza tra i due dati in quanto potrebbe essere causata, ad esempio, da scarsa *compliance* o dalla interruzione della terapia anche per l'insorgenza di effetti collaterali. Inoltre, l'indicatore include soltanto i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con la *Defined Daily Dose* (DDD) (1), una metodologia standard internazionale. Sebbene 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 costituisce, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; in aggiunta, rappresenta 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 (1). Tali variazioni e il conseguente aggiornamento dell'anagrafica possono comportare lievi differenze nei valori pubblicati nei precedenti Rapporti.

Per tenere conto della diversa struttura demografica delle regioni, la popolazione residente (fonte Istituto Nazionale di Statistica) è stata ricalcolata utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

A partire dal 2011, i dati di consumo 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

Dopo l'incremento registrato nel decennio precedente, il trend di consumo relativo al volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi si è stabilizzato negli anni 2011 e 2012 (rispettivamente, 38,5 e 38,6 DDD/1.000 ab die), per poi aumentare nuovamente in misura lieve, ma costante, dal 2013 al 2016 (da 39,0 a 39,7 DDD/1.000 ab die). Dal 2017 si è assistito, invece, a un incremento più rapido (da 40,4 DDD/1.000 ab die del 2017 a 42,4 DDD/1.000 ab die del 2019) (Tabella 1).

I consumi più elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2019) si sono registrati in Toscana, Liguria, PA di Bolzano, Umbria ed Emilia-Romagna (rispettivamente, 63,1; 56,2; 56,0, 54,5 e 53,3 DDD/1.000 ab die), aree geografiche che hanno registrato il maggior consumo di farmaci antidepressivi anche l'anno precedente. Inoltre, come nel 2018, i valori di consumo più bassi si confermano principalmente nelle regioni del Sud e nelle Isole, ad eccezione della Sardegna che evidenzia un valore superiore alla media nazionale (45,1 DDD/1.000 ab die). Nello specifico, in Basilicata, Campania, Puglia,

Sicilia e Molise si sono registrati, rispettivamente, 32,9, 32,9, 33,7, 33,8 e 35,5 DDD/1.000 ab die. In generale, vi è una elevata variabilità tra le regioni: il valore della Toscana, ad esempio, è quasi il doppio di quello della Basilicata (Tabella 1).

Il trend nazionale in ascesa negli ultimi anni (Grafico 1) può attribuirsi a numerose concause, tra cui: un diverso approccio culturale e una maggiore sensibilità della società nei confronti dei disturbi depressivi, con conseguente riduzione di una cosiddetta “stigmatizzazione” che caratterizzava tali patologie; una maggiore attenzione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia, con conseguen-

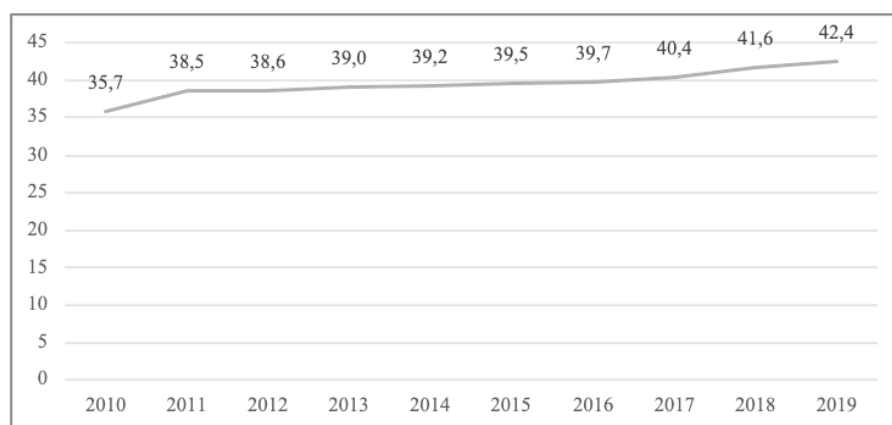
te miglioramento dell’accuratezza diagnostica; l’arrivo sul mercato farmaceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia). Un’ulteriore causa di aumento di consumo di tali farmaci può essere l’impiego sempre più cospicuo dei farmaci antidepressivi come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, è da notare come mutamenti del contesto economico e sociale, come 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 2010-2019

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	39,1	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3	48,5
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	34,0	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0	41,5
Lombardia	32,4	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5	39,9
Bolzano-Bozen	43,3	51,1	51,8	51,7	52,1	53,0	53,5	53,6	54,5	56,0
Trento	32,7	36,8	37,2	37,5	38,1	38,4	38,9	39,6	41,5	42,6
Veneto	33,0	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3	41,2
Friuli Venezia Giulia	28,6	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4	35,7	36,4
Liguria	48,1	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2	56,2
Emilia-Romagna	41,7	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1	53,3
Toscana	55,7	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2	63,1
Umbria	42,2	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9	54,5
Marche	37,4	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6	44,9
Lazio	33,6	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7	37,7
Abruzzo	34,8	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1	41,3
Molise	30,0	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4	35,5
Campania	28,2	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1	32,9
Puglia	29,6	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6	33,7
Basilicata	28,2	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9	32,9
Calabria	32,6	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8	39,5
Sicilia	30,9	32,1	31,5	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0	33,8
Sardegna	42,4	44,3	44,1	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1	45,1
Italia	35,7	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4	41,6	42,4

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2020.

Grafico 1 - Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2010-2019



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2020.

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 a una relativa facilità di utilizzo e di prescrizione di tale classe farmaceutica sia da parte degli specialisti che da parte dei MMG, quest'ultimi, a volte, senza l'adeguato supporto di uno specialista. In tale contesto, la valutazione in termini di qualità ed appropriatezza dei servizi erogati dalle strutture territoriali che si occupano della diagnosi e della cura dei disturbi psichiatrici, va supportata allo scopo di limitare le problematiche legate alla inappropriata prescrizione e alla spesa sanitaria associata al consumo di farmaci antidepressivi.

È da sottolineare, infine, come la depressione rappresenti il problema di salute mentale più diffuso nella popolazione e in Italia si stima una prevalenza di quasi il 6% nelle persone di età 15 anni ed oltre (2, 3). I dati presentati in questo Capitolo suggeriscono che poco più della metà dei soggetti con depressione riceve una prescrizione per farmaci antidepressivi. Va ribadito, peraltro, che le patologie che necessitano di farmaci antidepressivi, a causa del loro aumento registrato a livello non solo europeo ma internazionale, anche nei cosiddetti Paesi dalle economie emergenti, rivestono un ruolo sempre più prioritario. In aggiunta, la depressione rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nel mondo e contribuisce in maniera importante al carico di malattia globale (4).

Una recente revisione sistematica ha esaminato lo stato psicologico della popolazione generale durante la pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) e ha evidenziato che nella maggioranza degli studi esaminati è stata riportata un'alta prevalenza di sintomi psichiatrici (5, 6). Inoltre, in base ad una recente *survey*, i sottogruppi di popolazione a maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi sono stati donne, giova-

ni, in particolare gli studenti, single e i residenti nel Nord-Italia. Pertanto, in considerazione dell'attuale pandemia di SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), appare ancora più cruciale il monitoraggio di indicatori di salute mentale della popolazione generale (7). Recentemente, il Rapporto Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali sull'uso dei farmaci durante la pandemia ha sottolineato come ci sia stato un incremento nel consumo di antidepressivi nel mese di marzo, seguito da una riduzione nel mese successivo (8). Sarà, quindi, fondamentale una analisi a lungo termine del consumo di antidepressivi per dare una valutazione completa dell'impatto sulla salute mentale non solo della pandemia di per sé, ma anche delle conseguenze socio-economiche e delle misure di prevenzione e di controllo della trasmissione messe in atto (5). Dunque, un potenziamento dei flussi informativi, a livello regionale e nazionale, sembra essenziale 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.
- (5) Jiaqi Xiong, Orly Lipsitz, Flora Nasri, Leanna M.W. Lui, Hartej Gill, Lee Phan, David Chen-Li, Michelle Iacobucci, Roger Ho, Amna Majeed, Roger S. McIntyre, Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*. Volume 277, 2020. Pages 55-64.
- (6) Balsamo M and Carlucci L (2020) Italians on the Age of COVID-19: The Self-Reported Depressive Symptoms Through Web-Based Survey. *Front. Psychol.* 11:569276. doi: 10.3389/fpsyg.2020.569276.
- (7) Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G et al. Monitoring the impact of COVID-19 pandemic on mental health: a public health challenge? Reflection on Italian data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2020; 1-3. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01971-0>.
- (8) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (2020) Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19 Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco.

Ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Significato. Molti studi hanno dimostrato che esistono forti associazioni tra uso di sostanze, abuso e dipendenza e una vasta gamma di disturbi mentali (1-3). 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 (4). 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. Più di un adulto su quattro che convive con gravi problemi di salute mentale tra cui depressione, disturbi d'ansia, schizofrenia e disturbi della personalità ha anche un problema di uso di sostanze (5).

L'indicatore qui presentato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2018) 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
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

*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).

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 ed oltre. 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 2018 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. A fronte dell'incremento registrato tra il 2015 e il 2017, il tasso è leggermente diminuito nel corso dell'ultimo anno passando da 56,70 per 100.000 dimissioni nel 2017 a 55,29 per 100.000 nel 2018.

L'analisi per tipologia di sostanza mostra 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 abitanti del 2001 a 25,89 per 100.000 nel 2018. Nel secondo caso, invece, il tasso è lievemente aumentato tra il 2001 (30,73 per 100.000) e il 2007 (34,85 per 100.000), ha subito delle oscillazioni tra il 2008 e il 2015 ed è nuovamente aumentato nel corso degli ultimi anni, stabilizzandosi nel 2018 a 34,24 per 100.000. La riduzione del tasso complessivo osservata tra il 2017 e il 2018 è ascrivibile alla diminuzione del tasso per ricovero con diagnosi da consumo di alcol che è passato da 27,30 a 25,89 per 100.000 a fronte di una sostanziale stabilità dei tassi di ricovero per droga. Va, infine, segnalato che dal 2015 si è osservata un'inversione dei tassi standardizzati per tipologia di sostanza consumata in quanto i ricoveri con diagnosi da uso di droga hanno superato quelli con diagnosi da consumo di alcol (Grafico 1).

Nel 2018, il tasso standardizzato di ricovero tra gli uomini di età 15 anni ed oltre è più del doppio rispetto a quello rilevato per le donne e, rispetto al 2017, si registra una diminuzione del 2,42% e del 3,31%,

rispettivamente. La classe di età 19-64 anni è quella che presenta a livello nazionale sia per gli uomini (89,07 per 100.000) che per le donne (37,24 per 100.000) i valori più elevati del tasso di dimissioni per ricoveri causati dall'uso di sostanze psicoattive (Tabella 1, Tabella 2); tuttavia, in alcune regioni sono le classi di età più anziane quelle in cui si registrano i tassi più elevati: per gli uomini di età 65-74 anni troviamo la PA di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia e tra le coetanee la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta. Infine, nella PA di Trento, Abruzzo, Molise e Sardegna si osservano tassi più elevati tra le ragazze (15-18 anni) rispetto alle altre classi di età.

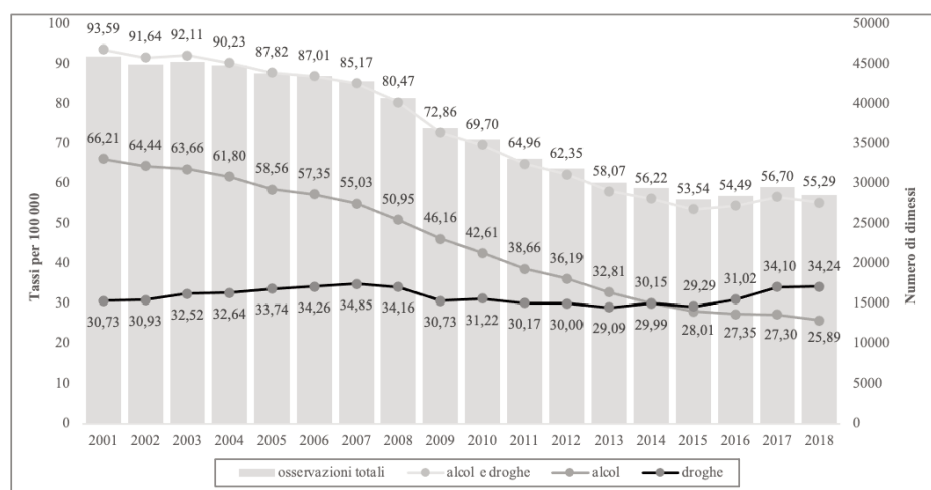
Nel 2018, il tasso standardizzato più elevato di dimissione tra le persone di età 15 anni ed oltre è stato registrato nella PA di Bolzano (M = 226,41 per 100.000; F = 94,57 per 100.000) e in Valle d'Aosta (M = 125,70 per 100.000; F = 65,75 per 100.000) oltre che in Sardegna per i soli uomini (125,36 per 100.000). Per entrambi i generi i valori più bassi del tasso si registrano in Campania e Sicilia. Tra gli uomini si rileva, infine, una maggiore variabilità territoriale rispetto alle donne e si osservano poche altre regioni con valori inferiori alla media nazionale (Veneto, Umbria, Calabria).

L'analisi dei tassi per genere e classe di età evidenzia una consistente variabilità regionale. Tra i giovani, tassi di dimissione particolarmente elevati si registrano per entrambi i generi in Sardegna e nella PA di Bolzano, mentre i valori più bassi si registrano in Campania. Nella classe di età adulta (19-64 anni) i tassi più elevati di dimessi con una diagnosi di dipendenza da alcol e droghe si registrano per entrambi i generi nella PA di Bolzano e in Valle d'Aosta oltre che in Sardegna per i soli uomini mentre, come già rileva-

to per i giovani, i tassi più bassi si registrano in Campania per entrambi i generi oltre che in Basilicata e Sicilia per le sole donne. Tra gli ultra 65enni (sia 65-74enni che ultra 75enni) la PA di Bolzano è per entrambi il luogo in cui si registra il più elevato tasso di dimessi con diagnosi di dipendenza sia di genere maschile che femminile. Analizzando nel dettaglio i due sottogruppi di anziani si osserva che, tra i 65-74enni, valori elevati del tasso si segnalano anche in Friuli Venezia Giulia per gli uomini e in Valle d'Aosta per le donne mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia per entrambe i generi oltre alle regioni del Sud per le donne; tra gli ultra 75enni valori elevati del tasso di dimissione per diagnosi di dipendenza di alcol e droga si registrano per gli uomini in Valle d'Aosta e Basilicata e per le donne in Sardegna e Friuli Venezia Giulia, mentre i tassi più bassi si registrano per entrambi i generi in Sicilia e in Calabria per le sole donne (Tabella 1, Tabella 2).

Rispetto alla precedente rilevazione nella PA di Bolzano si registra tra gli uomini una consistente diminuzione del tasso in tutte le fasce di età ad eccezione dei 65-74enni; nella stessa area, tra le donne, a fronte di una diminuzione tra le giovani si registra invece un incremento tra le anziane 65-74enni. Una riduzione dei tassi si osserva, inoltre, in Liguria per tutte le fasce di età e in Emilia-Romagna per gli uomini di età >19 anni e per le donne ultra 75enni. Un incremento dei tassi si registra per entrambi i generi tra gli anziani di età 65-74 anni in Sardegna e, per il secondo anno consecutivo, tra gli uomini in Basilicata; tra le donne, infine, si registra un incremento tra le ultra 75enni in Molise e Umbria e nella fascia di popolazione adulta in Friuli Venezia Giulia (Tabella 1, Tabella 2).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive per tipo di sostanza - Anni 2001-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della salute "SDO" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2020.

Tabella 1 - 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 2018

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	23,97	103,60	71,46	37,07	89,22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,33	145,39	81,33	149,45	125,70
Lombardia	47,84	105,92	58,03	37,95	89,56
Bolzano-Bozen	92,00	234,80	282,91	153,82	226,41
Trento	52,51	84,72	76,99	42,19	79,48
Veneto	35,53	55,18	46,57	29,79	50,78
Friuli Venezia Giulia	23,05	104,48	137,03	103,74	106,95
Liguria	33,69	116,44	44,70	27,64	95,36
Emilia-Romagna	50,08	93,02	62,13	33,88	80,09
Toscana	28,24	106,58	61,55	42,52	91,82
Umbria	44,01	68,60	26,20	20,36	56,38
Marche	20,92	114,30	76,54	45,00	98,76
Lazio	29,83	97,25	72,52	49,55	87,53
Abruzzo	57,30	131,41	48,13	36,49	109,59
Molise	17,46	91,14	62,55	64,31	85,18
Campania	11,01	37,60	33,52	14,60	34,20
Puglia	35,57	97,15	55,14	26,32	83,15
Basilicata	17,06	86,81	112,74	121,02	93,43
Calabria	18,05	60,93	30,66	18,95	51,27
Sicilia	19,21	56,21	13,53	6,57	43,85
Sardegna	136,90	142,77	93,48	59,63	125,36
Italia	34,86	89,07	57,90	36,82	77,68

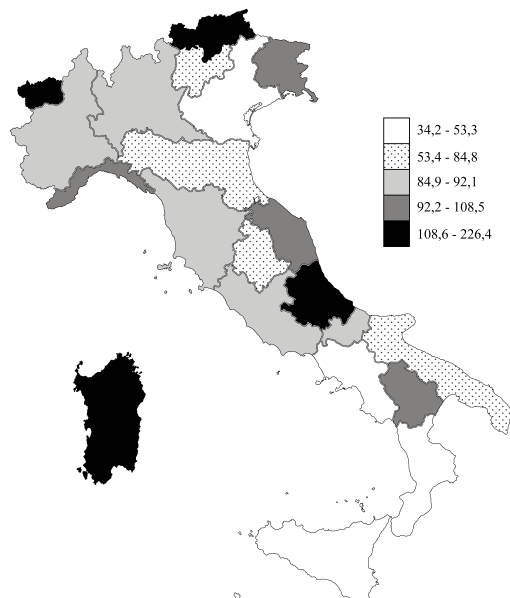
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2020.

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. Femmine - Anno 2018

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	25,58	48,18	38,37	23,34	44,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,52	64,35	90,29	33,08	65,75
Lombardia	35,34	53,93	26,99	19,83	45,16
Bolzano-Bozen	53,60	100,17	96,10	63,18	94,57
Trento	47,12	35,13	30,28	23,90	32,00
Veneto	25,62	27,10	20,02	23,03	26,06
Friuli Venezia Giulia	19,84	46,39	45,10	35,84	41,17
Liguria	44,44	55,45	33,12	15,91	47,78
Emilia-Romagna	22,44	44,10	27,09	21,79	38,88
Toscana	33,61	48,55	34,45	31,72	45,09
Umbria	26,76	45,22	20,15	34,54	42,09
Marche	18,87	51,28	28,27	14,52	41,58
Lazio	22,24	31,62	30,66	30,00	31,08
Abruzzo	44,39	39,27	27,45	16,63	36,32
Molise	37,30	34,39	34,26	19,55	31,08
Campania	7,01	15,53	14,22	11,24	14,89
Puglia	23,07	25,99	10,68	10,00	22,54
Basilicata	0,00	16,24	23,89	11,69	16,63
Calabria	24,93	25,23	14,54	4,55	22,55
Sicilia	7,84	16,30	8,69	3,87	13,21
Sardegna	66,30	48,95	30,93	36,73	46,25
Italia	25,00	37,24	25,44	20,57	33,50

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 2020.

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 2018



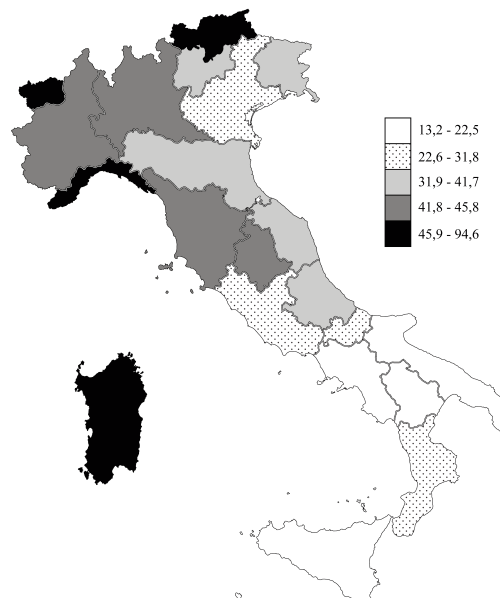
Raccomandazioni di Osservasalute

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 (6).

Il numero di soggetti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze o Servizi per le Dipendenze patologiche o ai Servizi per le Dipendenze patologiche dovrebbe riflettere la capacità organizzativa socio-sanitaria nell'identificare e gestire precocemente l'individuo potenzialmente a rischio, sensibilizzandolo ad interventi di informazione, di identificazione ed, eventualmente, di indirizzamento a strutture specializzate nel recupero e nella cura. Il miglioramento del livello di efficienza della rete dei servizi, quindi, dovrebbe portare a una riduzione dei ricoveri riducendo, quindi, l'impatto di queste patologie sul sistema sanitario. Molto spesso, tuttavia, la riduzione nei ricoveri alcol e droga correlati è espressione della continua e costante incapacità da parte del sistema di intercettare i consumi dannosi e le dipendenze, con conseguente mancato o tardivo intervento. La variabilità regionale del tasso di dimessi è fortemente legata alla differente organizzazione dei servizi per le dipendenze e di quelli alcolologici, della diversa accessibilità e fruibilità territoriale e aziendale, delle diverse procedure e dell'identificazione tardiva dei comportamenti a rischio.

La situazione che il mondo sta attualmente attraversando a causa dell'epidemia da SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) è prevedibile che, come rilevato in esperienze di precedenti pandemie (ad esempio, SARS 2003), causerà un

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 2018



aumento a medio e lungo termine del consumo di alcol e droghe e conseguenti impatti negativi dopo la pandemia (6, 7).

È fondamentale, quindi, agire sull'incremento della consapevolezza del rischio, stigmatizzando la normalizzazione dell'uso di sostanze in particolare tra i più giovani, applicare le normative che richiamano il rispetto della legalità, fornire una corretta informazione sulle conseguenze dell'uso di cannabis e altre droghe, favorire l'identificazione precoce dei soggetti che necessitano di trattamento attraverso programmi e protocolli di "invio" alle strutture specialistiche e la creazione di reti Medici-Ospedali-Territorio e protocolli comuni di *case management*. La migliore gestione clinica dei soggetti in "need for treatment" permetterebbe ricoveri sicuramente più congrui ed omogenei su tutto il territorio eliminando, quindi, le disuguaglianze di salute attualmente presenti nel nostro territorio. Il potenziamento dell'assistenza primaria e dei rapporti Ospedale-Territorio per questa tipologia di pazienti garantirebbe una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali per la tutela della salute mentale e consentirebbe la riduzione del ricorso ai ricoveri ospedalieri, offrendo servizi ai pazienti in base agli effettivi bisogni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Magidson JF, Liu SM, Lejuez CW, Blanco C. Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res.* 2012; 46 (5): 659-666. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.011.
- (2) Conway KP, Compton WM, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67: 247-257.

- (3) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 566-76.
- (4) The European Mental Health Action Plan 2013-2020, World Health Organization 2015. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
- (5) NIDA. 2020, May 28. Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness. Disponibile sul sito: [www.drugabuse.gov/publications/research-reports/com-](http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/com-mon-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illnesson)

- [mon-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illnesson](http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/com-mon-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illnesson) 2021, January 5.
- (6) Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev*. 2020; dar.13074. doi:<https://doi.org/10.1111/dar.13074>.
- (7) López-Pelayo H, Aubin HJ, Drummond C, Dom G, Pascual F, Rehm J, Richard S, Scafato E, Gual A. The post-COVID era': Challenges in the treatment of substance Use Disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine*. 2020; 18 (241): 1-8.

Suicidi

Significato. Il suicidio è 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 psichia-

trico 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
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

*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).

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo l'*International Classification of Disease* (ICD-10; 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 (177 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 (21 casi registrati nel biennio 2016-2017). Nonostante questi limiti, l'indicatore proposto consente di monitorare l'andamento temporale del fenomeno nelle diverse realtà territoriali italiane in quanto utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD). 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 2016-2017 è stato pari a 7,26 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2016-2017, si sono suicidate 7.612 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,2% (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,94 per 100.000 per gli uomini e a 2,95 per 100.000 per le donne (Tabella 1). I valori dei tassi riferiti a tutte le età sono diminuiti per entrambi i generi rispetto ai valori del biennio 2014-2015 (uomini 12,61 per 100.000; donne 3,18 per 100.00) (vedere Rapporto Osservasalute Edizione 2018).

Per gli uomini si osserva un incremento costante del tasso fino all'età di 55-59 anni, dove il valore è pari a circa 14 casi per 100.000; tra i 55-59 anni e i 65-69 anni, il tasso rimane pressoché stabile intorno a questo valore per poi cominciare a salire esponenzialmente nelle classi di età più anziane, raggiungendo il massimo tra gli ultra 85enni (circa 31 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 in modo costante fino alla classe di età 50-54 anni raggiungendo il valore di circa 4 per 100.000; si osserva una lieve discesa nella classe di età successiva (55-59 anni), poi il tasso riprende a salire fino a raggiungere il valore massimo di quasi 5 casi per 100.000 tra le 75-79enni; oscilla poi tra un valore di 3/4 casi

per 100.000 nella classe di età 80 anni ed oltre (Grafico 1).

Sia per gli uomini che per le donne, quindi, la mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età. Per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale del tasso a partire dai 70 anni, soglia anagrafica che coincide in gran parte con l'attuale età al pensionamento e che si è spostata in avanti rispetto al passato. L'uscita dal mondo del lavoro è un evento particolarmente critico, soprattutto per gli uomini, in quanto comporta una riduzione dei ruoli sociali e un conseguente restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione. Per le donne, il tasso di mortalità per suicidio cresce in maniera quasi costante con l'avanzare dell'età; l'uscita dal mondo del lavoro non sembra avere le stesse implicazioni che ha per gli uomini e le oscillazioni osservate sembrano più facilmente attribuibili a eventi contingenti e fluttuazioni casuali. L'analisi territoriale mostra una marcata variabilità geografica, con tassi, in generale, più elevati nelle regioni Nord-orientali. I valori più elevati si registrano per gli uomini in Valle d'Aosta (24,31 per 100.000), Sardegna (18,49 per 100.000), PA di Trento (17,46 per 100.000), Emilia-Romagna (16,27 per 100.000) e PA di Bolzano (14,72); mentre Campania

(6,63 per 100.000), Liguria (7,40 per 100.000) (eccezione del Nord) e Lazio (9,19 per 100.000) registrano i valori più bassi di mortalità per suicidio maschile. Per le donne i valori più elevati si registrano nelle PA di Trento (4,45 per 100.000), PA di Bolzano (4,33 per 100.000), Friuli Venezia Giulia (4,26 per 100.000), Emilia Romagna (4,03 per 100.000) e Umbria (3,23 per 100.000); mentre i più bassi in Campania (1,61 per 100.000), Molise (2,23 per 100.000) e Sicilia (2,25 per 100.000).

Per gli uomini si rileva una riduzione dei tassi di mortalità rispetto al biennio precedente 2014-2015 che riguarda tutte le classi di età ma risulta essere più marcata per gli anziani. Per le classi di età centrali (tra i 35-69 anni) il confronto con la mortalità del biennio 2006-2007, precedente la crisi economico-finanziaria del 2008, e quelli successivi, mostra che l'aumento osservato a partire dal biennio 2008-2009 raggiunge il massimo nel biennio 2012-2013 e si riduce negli anni successivi ma, nel 2016-2017, in questa fascia di età i valori del tasso restano superiori a quelli rilevati precedentemente la crisi del 2008 (Grafico 1).

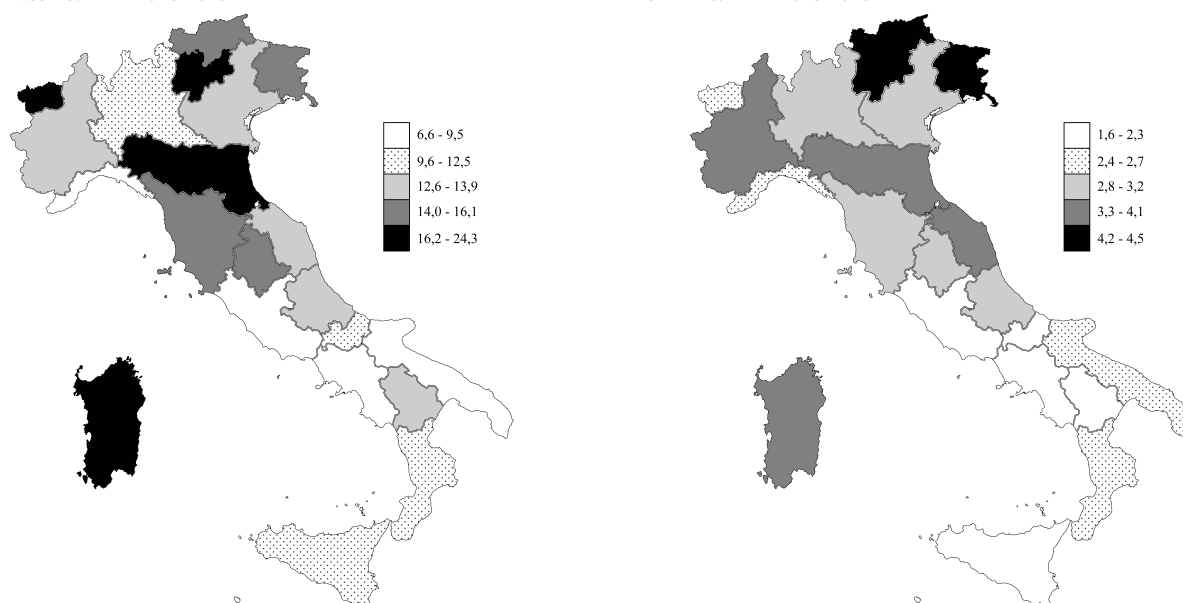
Per le donne la riduzione della mortalità per suicidio rispetto ai bienni precedenti ha riguardato in modo pressoché esclusivo le ultra 55enni (Grafico 1).

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 regione - Anni 2016-2017

Regioni	Tassi grezzi					Maschi 15+	Tassi std	Totale 15+
	15-18	19-64	65-74	75+	15+		Femmine 15+	
Piemonte	1.30	8.02	9.42	14.94	8.99	13.68	4.11	8.55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0.00	7.28	17.42	43.19	13.22	24.31	2.61	12.63
Lombardia	3.36	7.52	7.11	9.88	7.60	12.16	3.24	7.44
Bolzano-Bozen	4.27	8.53	13.08	11.66	9.18	14.72	4.33	9.14
Trento	0.00	9.31	13.17	19.68	10.66	17.46	4.45	10.54
Veneto	2.69	7.83	9.18	9.26	7.96	13.25	2.90	7.80
Friuli Venezia Giulia	2.40	10.22	11.86	10.19	10.15	15.60	4.26	9.74
Liguria	0.98	4.03	6.77	8.40	5.08	7.40	2.41	4.65
Emilia-Romagna	3.89	8.11	11.71	20.53	10.22	16.27	4.03	9.63
Toscana	1.96	6.72	12.09	14.91	8.51	14.18	2.75	8.01
Umbria	6.54	8.05	10.68	15.49	9.49	15.96	3.23	9.08
Marche	1.80	7.75	7.62	16.01	8.74	13.81	3.76	8.35
Lazio	1.18	4.75	7.15	9.71	5.51	9.19	2.30	5.42
Abruzzo	1.05	7.38	10.30	9.58	7.80	12.65	3.21	7.70
Molise	4.35	6.36	8.80	9.95	7.11	12.24	2.23	7.01
Campania	0.56	3.38	5.06	7.22	3.81	6.63	1.61	3.92
Puglia	0.87	5.48	6.22	8.60	5.72	9.49	2.49	5.77
Basilicata	2.21	6.56	5.08	14.71	7.30	12.61	2.30	7.09
Calabria	1.26	5.75	7.65	7.94	6.03	9.95	2.70	6.09
Sicilia	1.64	5.03	7.35	8.85	5.60	9.59	2.25	5.65
Sardegna	1.77	11.21	9.11	14.80	11.02	18.49	3.82	10.85
Italia	2.00	6.57	8.35	11.63	7.26	11.94	2.95	7.12

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 2020.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2016-2017



Maschi

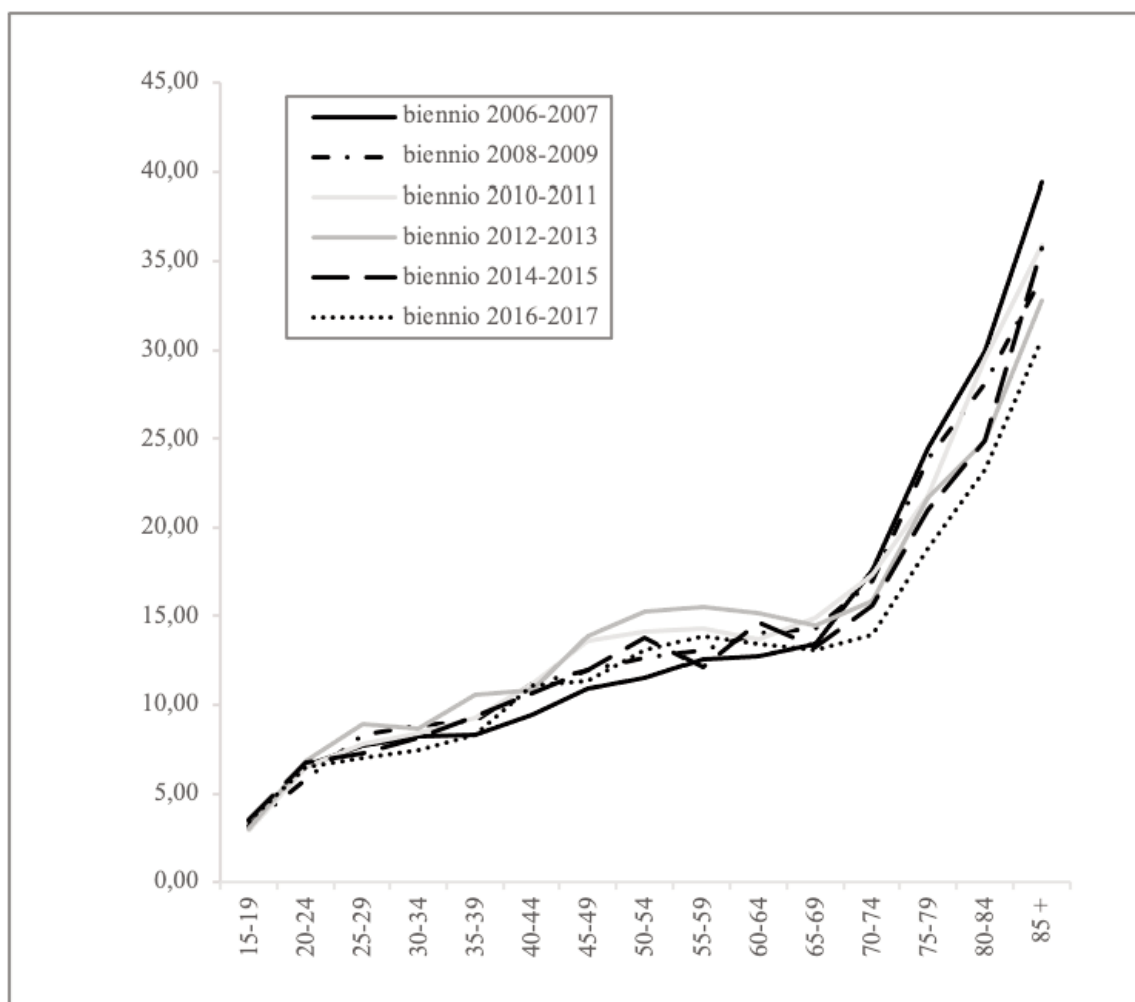
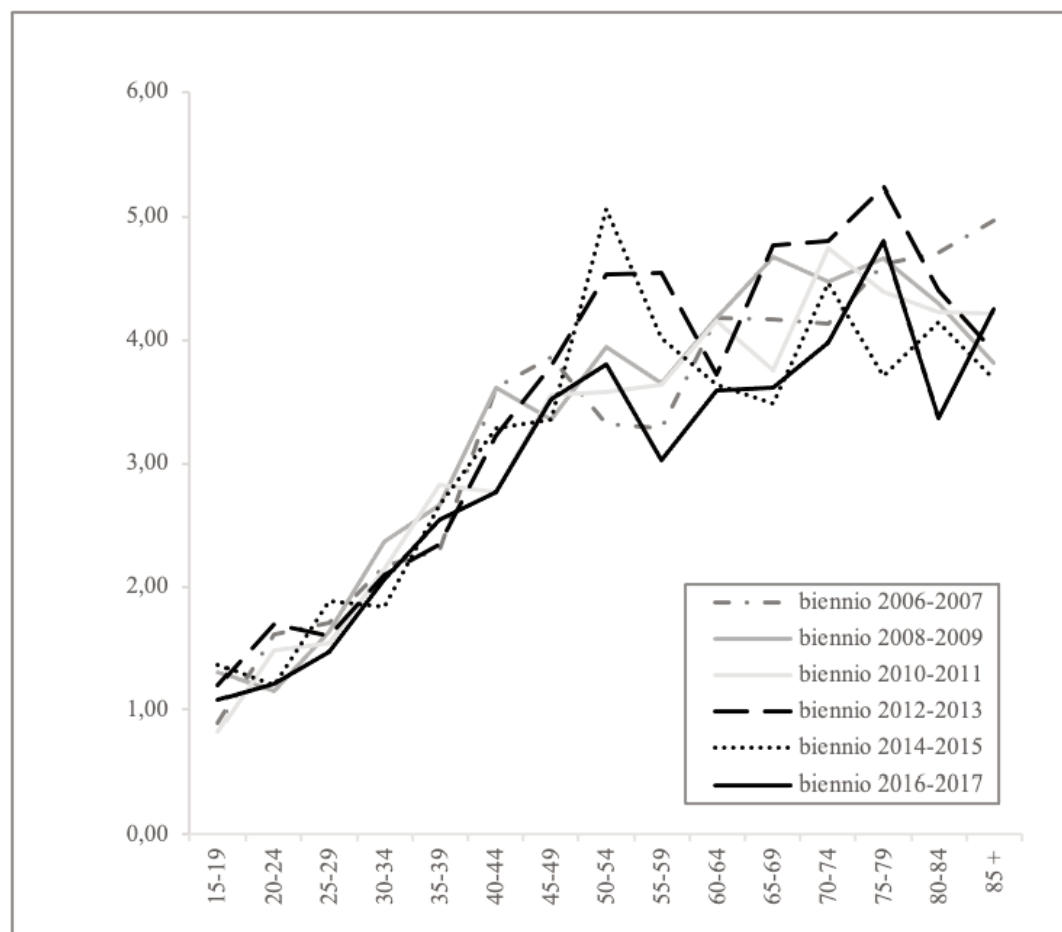


Grafico 1 - (segue) *Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017*

Femmine



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 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo sia 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 per il raggiungimento di questo Obiettivo mostrano una riduzione del tasso globale di suicidi che, tuttavia, rimane tra le prime tre cause più frequenti di mortalità tra le persone di età 15-29 anni a livello globale e in Italia (10).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra le azioni efficaci per la prevenzione considera fondamentale la restrizione della disponibilità e accesso ai mezzi utilizzati (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), i media dovrebbero, tra le altre cose, evitare l'uso di un linguaggio sensazionalistico, evitare di presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema e di mostrare immagini e/o descrivere il metodo utilizzato; occorrerebbe, invece, affiancare alle notizie relative a gesti suicidi indicazioni sulla prevenzione (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-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. 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).

Il suicidio, in un'ottica di programmazione sanitaria, 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.

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).

La crisi economico-finanziaria del 2007-2008 ha avuto un impatto molto forte, in termini di aumento dei suicidi sugli uomini, ma non sulle donne indicando una minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici".

L'attuale scenario determinato dalla pandemia di COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) del 2019-2020 si configura come "evento critico" di proporzioni ben maggiori di quello del 2008. Misure di quarantena collettiva sono state descritte come associate ad un aumento della rischiosità suicidaria. Il rischio che la crisi socio-sanitaria attuale possa causare anche un aumento dei suicidi è uno scenario molto probabile, ma forse non ineluttabile (14, 15). La situazione che il mondo sta attualmente attraversando è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti a lungo termine del "distanziamento sociale", del confinamento in casa, della convivenza con un familiare affetto da COVID-19, nonché delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di *routine* o di emergenza). I ceti sociali più svantaggiati, in particolare, vedono messi a rischio anche il soddisfacimento dei loro bisogni primari, a causa della perdita del lavoro o della riduzione del reddito dovuto al fermo delle attività produttive. Tutto questo, unito alla paura di essere positivi al SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) e di ammalarsi e/o di far ammalare i propri cari, genera un forte stato di ansia e preoccupazione per il futuro che si ripercuoterà inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione e che rischia di impattare anche sul rischio di

suicidio andando ad aggiungersi e interagendo con i fattori di rischio preesistenti. Va anche sottolineato che la crisi attuale non sta impattando in modo uniforme su tutti i settori della popolazione e i sottogruppi di popolazione più "fragili" (per caratteristiche individuali e/o sociali) ne risentiranno più di altri con un conseguente aumento delle disuguaglianze (16).

Riferimenti bibliografici

- (1) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (2) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).
- (3) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
- (4) Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbutto D and Pompili M (2018) Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front. Psychiatry* 9: 567. doi: 10.3389/fpsy.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/10665/75166/1/9789241503570_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.
- (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/10665/75166/1/9789241503570_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) Gunnell D, Appleby L., Arensman E. et. Al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* April 2020. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
- (15) Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.
- (16) Horton R. COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, Vol. 396, 10255, P874, September 26, 2020.

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 costituisce, infatti, un fattore di rischio per la salute mentale della rete familiare e sociale sia della vittima che dell'esecutore della violenza, con effetti destabilizzanti che si ripercuotono sulla comunità e sulla società nel suo complesso.

Sebbene non si possa escludere che fattori biologici e

genetici possano predisporre all'aggressività, è, però, indubbio che questi fattori di rischio si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento. Il tasso di omicidi riflette, quindi, anche il grado di sicurezza della società e il livello di conflittualità in atto e, in modo speculare al suicidio, può essere 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
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

*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).

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 l'*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 (86 casi nel biennio 2016-2017);
- non considera gli omicidi di bambini di età <15 anni (23 casi nel biennio 2016-2017) al fine di 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 (96,8%) l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima;
- i dati utilizzati sono esclusivamente di fonte sanitaria, tuttavia nei Paesi (come il nostro) con una elevata qualità dei dati, non ci sono rilevanti discrepanze tra le sta-

tistiche 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 (ICD). 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 2016-2017, il tasso grezzo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,56 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2016-2017 sono state uccise 590 persone e il rapporto di mascolinità del biennio è stato di 1,74. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,74 per 100.000 per gli uomini e a 0,38 per 100.000 per le donne e rispetto alla rilevazione del biennio precedente si osserva una diminuzione più consistente per il genere maschile (Tabella 1).

Per gli uomini il tasso età-specifico aumenta al crescere dell'età e raggiunge il suo massimo tra i 45-49 anni (1,22 per 100.000); successivamente, il tasso diminuisce rapidamente fino ai 69 anni, oscilla nelle classi di età anziane e aumenta nuovamente tra gli ultra 85enni. Per le donne, invece, il tasso età-specifico ha due picchi in corrispondenza delle classi di età 25-29 anni (0,41 per 100.000) e 45-49 anni (0,46 per 100.000); il valore diminuisce nell'età compresa tra 50-60 anni, aumenta nuovamente fino a raggiungere il valore massimo nella classe di età 75-79 anni (0,61 per 100.000) e rimane pressoché stabile nelle età più anziane (Grafico 1).

L'analisi territoriale 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 Puglia (2,04 per 100.000), seguita da Calabria, Sardegna, Sicilia e Campania, mentre per le donne è la Sardegna (0,72 per 100.000) seguita da Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte.

All'estremo opposto, le regioni in cui nel biennio

2016-2017 non sono stati rilevati omicidi sono Molise e Valle d'Aosta per entrambi i generi, la PA di Trento per gli uomini e la Basilicata per le donne (Tabella 1). L'analisi per classi di 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, i tassi sono più elevati solo tra i giovani (Tabella 1).

Nel corso degli ultimi 10 anni, il rapporto di genere (M/F) è diminuito e nel biennio 2016-2017 è stato pari a 1,74; il valore risulta essere molto più elevato nelle regioni del Sud e nelle Isole, rispetto a quelle del Nord (Tabella 1). Le regioni con il livello più basso del rapporto di mascolinità sono PA di Bolzano, Veneto e Friuli Venezia Giulia; viceversa, il rapporto più alto si rileva in Campania, Puglia e Sicilia. Non si registrano, infine, vittime di omicidio per entrambi i generi in Valle d'Aosta e Molise e tra gli anziani ultra 65enni in PA di Trento, Abruzzo e Basilicata (Tabella 1).

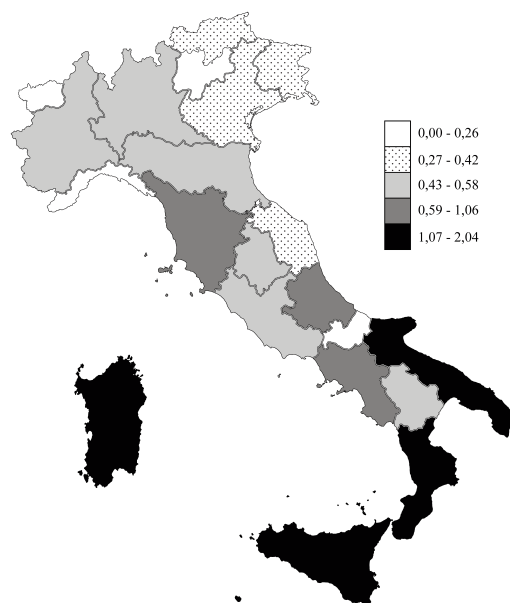
Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2016-2017

Regioni	Tassi grezzi			M/F	Maschi 15+	Tassi std Femmine 15+	Totale 15+
	15-64	65+	15+				
Piemonte	0,51	0,68	0,56	1,05	0,58	0,50	0,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	n.a.	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,44	0,34	0,41	1,09	0,44	0,38	0,41
Bolzano-Bozen	0,15	0,99	0,34	0,50	0,27	0,45	0,38
Trento	0,15	0,00	0,11	n.a.	0,00	0,22	0,11
Veneto	0,48	0,55	0,50	0,50	0,34	0,62	0,49
Friuli Venezia Giulia	0,26	0,48	0,33	0,75	0,28	0,42	0,33
Liguria	0,16	0,23	0,18	1,50	0,25	0,09	0,18
Emilia-Romagna	0,59	0,43	0,54	1,00	0,58	0,53	0,55
Toscana	0,62	0,64	0,63	1,05	0,68	0,51	0,61
Umbria	0,27	0,67	0,39	2,00	0,50	0,20	0,35
Marche	0,21	0,27	0,22	2,00	0,29	0,14	0,22
Lazio	0,33	0,64	0,40	1,56	0,54	0,29	0,40
Abruzzo	0,77	0,00	0,56	1,60	0,73	0,42	0,58
Molise	0,00	0,00	0,00	n.a.	0,00	0,00	0,00
Campania	0,69	0,24	0,59	3,92	0,94	0,24	0,59
Puglia	1,27	0,98	1,20	4,25	2,04	0,43	1,21
Basilicata	0,40	0,00	0,30	n.a.	0,57	0,00	0,29
Calabria	1,13	0,37	0,94	3,57	1,53	0,40	0,96
Sicilia	0,68	0,58	0,66	4,70	1,14	0,22	0,67
Sardegna	1,15	1,20	1,16	1,83	1,51	0,72	1,15
Italia	0,58	0,51	0,56	1,74	0,74	0,38	0,56

n.a. = non applicabile.

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 2020.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2016-2017



Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2016-2017

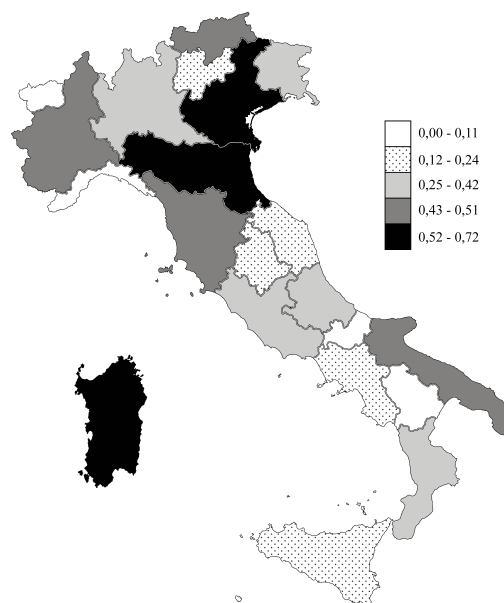


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2016-2017

Maschi

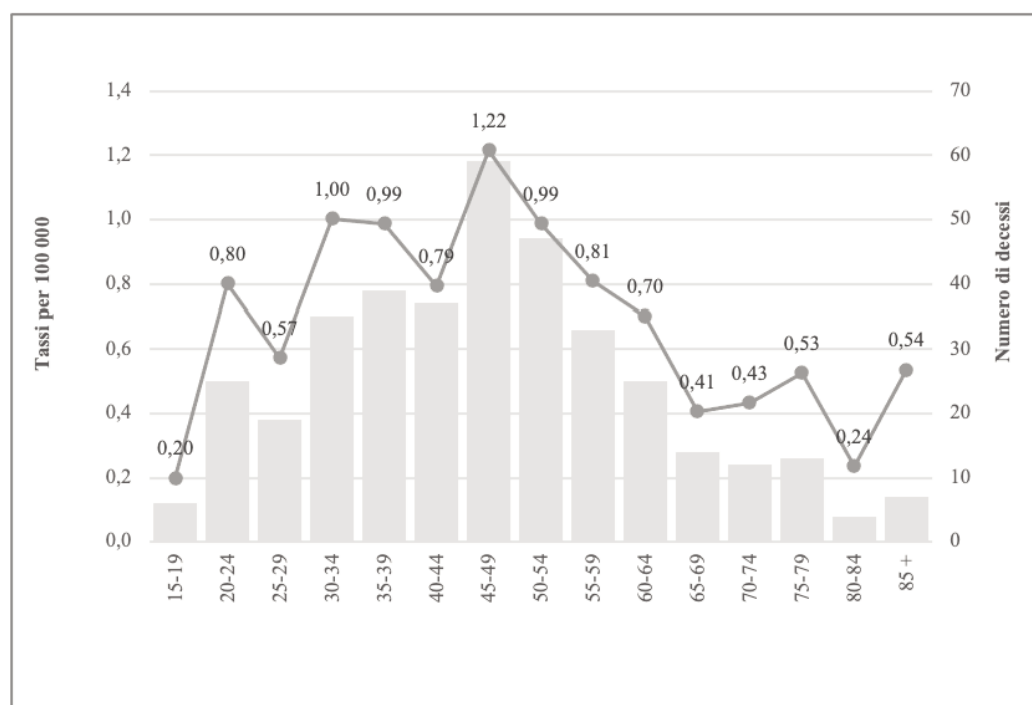
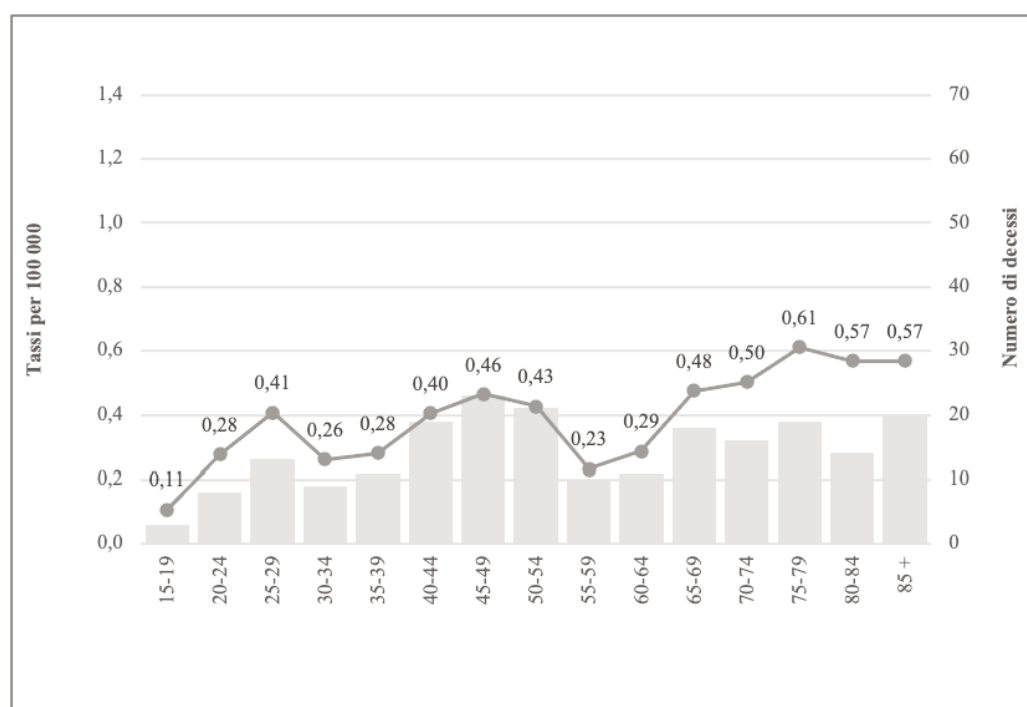


Grafico 1 - (segue) Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2016-2017

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 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'omicidio, e più in generale la violenza, non si distribuisce in modo casuale, ma si concentra in particolari aree geografiche e sottogruppi di popolazione. Inoltre, 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.

Già nel 1996, la 49th *World Health Assembly* ha identificato la violenza come un problema di Sanità Pubblica che può essere prevenuto e il concetto è stato formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel Report “World Report on violence and health” (1).

Il tema è stato poi ripreso in numerosi documenti programmatici dell'OMS e, nel 2015, il tasso di mortalità per omicidio è stato utilizzato dalle Nazioni Unite per monitorare il *target* 16.1 “Ridurre ovunque e in maniera significativa tutte le forme di violenza e il tasso di mortalità ad esse correlato” degli “Obiettivi” (*Sustainable Development Goals*) da raggiungere entro il 2030, approvati nell'Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile (2).

Nel mondo il tasso globale di mortalità per omicidio è lentamente diminuito a partire dal 2000 (3, 4); in Italia la diminuzione è stata più consistente rispetto ad altri Paesi e soprattutto per gli uomini.

La riduzione del tasso di omicidio totale è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime

maschili e questo ha determinato un aumento percentuale delle donne sul totale delle vittime (che attualmente rappresentano circa un terzo del totale) (5). L'analisi territoriale conferma che, per gli uomini, i tassi sono più elevati in molte regioni del Sud, dove il contesto sociale e culturale è stato segnato dalla presenza storica della criminalità organizzata (Mafia, Camorra, 'Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (5, 6). La lotta e il contrasto alla criminalità organizzata restano imprescindibili per ridurre i tassi di omicidio; tuttavia, il fenomeno della violenza va affrontato anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di omicidio al fine di individuare i possibili fattori di rischio, individuali, familiari e di contesto.

Non abbiamo ancora disponibili dati “solidi” per valutare gli effetti della pandemia COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) e delle misure di *lockdown* sulla violenza e sul tasso di omicidio nel nostro Paese; tuttavia, si stanno delineando evidenze di un aumento dei casi di violenza intra-familiare, le cui vittime sono in massima parte donne, bambini ed anziani (7, 8). In questo contesto assumono ancora più importanza per la prevenzione della violenza le politiche dirette ai giovani volte a ridurre l'abbandono scolastico e ad incrementare l'offerta educativa scolastica ed extra-scolastica, elementi chiave per favorire socializzazione, integrazione ed educazione alla non-violenza. La scuola è

fondamentale per individuare i casi di violenza intra-familiare ed è anche un elemento determinante nella lotta contro le organizzazioni criminali che trovano nell'abbandono scolastico un bacino di "manodopera".

Riferimenti bibliografici

- (1) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en.
- (2) The Sustainable Development Goals Report. Disponibile sul sito: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>.
- (3) 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.
- (4) Eurostat, Intentional homicide victims by age and sex - number and rate for the relevant sex and age groups.

Disponibile sul sito:

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>. Last update: 23 luglio 2018.

(5) Monica Vichi, Silvia Ghirini, Paolo Roma, Gabriele Mandarelli, Maurizio Pompili, Stefano Ferracuti, Trends and patterns in homicides in Italy: A 34-year descriptive study, Forensic Science International, Volume 307, 2020.

(6) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito: www.transcrime.it/publicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013.

(7) Bellizzi S., Nivoli A., Loretto L., Farina G., Ramses M., Ronzoni A.R. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. Gynecology&Obstetric, 150 (2), August 2020. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13270>.

(8) Xue J, Chen J, Chen C, Hu R, Zhu T. The Hidden Pandemic of Family Violence During COVID-19: Unsupervised Learning of Tweets. J Med Internet Res. 2020 Nov 6; 22 (11):e24361. doi: 10.2196/24361. PMID: 33108315; PMCID: PMC7652592. Disponibile sul sito: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652592.

Salute Mentale Perinatale: prevalenza di depressione e ansia e determinanti socio-demografici e socio-economici

Dott.ssa Gabriella Palumbo, Dott. Fiorino Mirabella, Dott.ssa Laura Camoni, Dott.ssa Antonella Gigantesco, Dott.ssa Isabella Cascavilla, Dott.ssa Debora Del Re, Dott.ssa Nella Tralli, Dott.ssa Luisella Nodari, Dott.ssa Alice Trainini, Dott.ssa Loredana Cena

Durante la gravidanza e il puerperio si possono verificare situazioni di disagio psichico tali da minacciare la salute e il benessere della donna e della coppia (1), che talora si manifestano con sindromi note anche alla psichiatria e con la presenza di fattori ad alto rischio per lo sviluppo del bambino (2). Tra le più conosciute ci sono le varie sindromi d'ansia e depressive, che possono manifestarsi già nel periodo prenatale con una influenza negativa sullo sviluppo fetale (3) e protrarsi o manifestarsi nel *post-partum*, con disturbi per la madre, per il padre e per il bambino, come risulta dagli studi epidemiologici condotti in nazioni e culture diverse. In letteratura, la prevalenza della depressione prenatale materna risulta essere circa del 17% (4, 5) e la prevalenza della depressione *post-partum* materna del 17,7% (6).

Le sindromi di ansia nel periodo perinatale sono state poco considerate rispetto alla depressione, ma sono altrettanto frequenti (7), con una percentuale dell'ansia prenatale di circa il 22,9% (8).

La salute mentale perinatale è un'area complessa di indagine per la coesistenza di molteplici variabili: ostetriche, cliniche, socio-demografiche e socio-economiche. Sempre più evidente risulta essere il dato che i sintomi depressivi e ansiosi possano essere un indicatore di disagio innescato da comorbidità psico-sociali più gravi e complesse (9), come la violenza interpersonale, l'uso di sostanze, la storia di esperienze infantili avverse, gli eventi di vita stressanti, la mancanza di supporto pratico o emotivo, lo scarso sostegno del *partner*, l'inadeguata relazione coniugale (10-15).

In Italia, dal 2003, un gruppo di ricercatori dell'attuale Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità ha promosso studi e ricerche sulla salute mentale della donna, del bambino, del *partner* e dei familiari nel periodo del *post-partum*. Gli studi più recenti relativi al periodo perinatale sono quelli sviluppati in Accordo di collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università degli Studi di Brescia sul Progetto dell'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale (16) del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali allo scopo di valutare la prevalenza della depressione e dell'ansia prenatale e postnatale in un ampio campione di donne (quasi 1.500) in Italia e di analizzare la loro associazione con diversi fattori, tra cui quelli socio-demografici e socio-economici (17).

Nel 2017 e nel 2018 undici unità operative dell'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale (Università degli Studi di Brescia) dislocate presso servizi sanitari in diverse regioni italiane hanno raccolto i dati dello screening effettuato per depressione e ansia perinatale. Questi dati sono stati elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità. I risultati mostrano una prevalenza della depressione perinatale del 6,4% durante la gravidanza, dato che risulta essere inferiore al tasso medio in letteratura, e del 19,9% nei primi 9 mesi del *post-partum*, prevalenza che risulta essere superiore al tasso medio in letteratura (18).

Analisi con modelli di regressione logistica con variabili socio-economiche mettono in evidenza che un rischio più elevato di depressione sia nel pre-parto che nel post-parto è associato a problemi economici. L'assenza di problemi economici è risultata associata ad una riduzione di circa 5 volte il rischio di depressione nel periodo prenatale e di circa 6 volte nel periodo postnatale (19). La prevalenza dell'ansia è del 24,3% tra le donne in gravidanza con un rischio significativamente più alto di ansia nelle donne in gravidanza con basso livello di istruzione ($p < 0,01$), che sono senza lavoro ($p < 0,01$) e che hanno problemi economici ($p < 0,01$), che non hanno pianificato la gravidanza ($p < 0,01$), hanno avuto un aborto precedente all'attuale gravidanza ($p < 0,05$) e hanno altri figli ($p < 0,05$) (19).

La prevalenza sia dell'ansia che della depressione perinatale è associata a svantaggi socio-economici e particolarmente rilevante risulta essere la valutazione precoce dello stato socio-economico delle donne in gravidanza e delle loro famiglie al fine di identificare situazioni di svantaggio per intraprendere interventi mirati a ridurre non solo l'ansia e la depressione e i relativi effetti negativi sullo sviluppo del bambino, ma anche i costi diretti e indiretti per la Sanità Pubblica.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Regional Office for Europe. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health 2020. Minsk, Belarus, 21-22 October 2015.
- (2) World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.

- (3) Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM & Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 1994; 384: 1.800-1.819.
- (4) Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., Morton, S. 2016. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 5, 711-720. doi: 10.1007/s00737-016-0629-1.
- (5) Okagbue, H. I., Adamu, P. I., Bishop, S. A., Oguntunde, P. E., Opanuga, A. A., & Akhmetshin, E. M. (2019). Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7 (9), 1.555-1.560. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.270>.
- (6) Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., Anaya, I. 2018. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248. doi:10.3389/fpsyt.2017.00248.
- (7) Skouteris H., Wertheim E.H., Rallis S., Milgrom J., Paxton S.J. (2009), "Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships", *Journal of Affective Disorder*, vol. 113 (3), 303-308.
- (8) Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017; 210 (5): 315-323. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>.
- (9) Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012; 169 (2): 141-51.
- (10) Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008; 108 :147-57.
- (11) Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression--a 3-year follow-up study. *Child Abuse Negl*. 2001; 25 (7): 909-21.
- (12) Howard L, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2013; 10 (5): 1-16.
- (13) Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40 (8): 605-12.
- (14) Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (12): 1.947-53.
- (15) Demyttenaere K, Lenaerts H, Nijs P, Van Assche FA. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91 (2): 95-102. Disponibile sul sito: www.unibs.it/node/12195.
- (16) Cena L, Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A, Stefana A, Trainini A, Tralli N, Imbasciati A (2020) Perspectives on Early Screening and Prompt Intervention to Identify and Treat Maternal Perinatal Mental Health. Protocol for a Prospective Multicenter Study in Italy. *Front. Psychol*. 11: 365.
- (17) Cena L, Mirabella F, Palumbo G, Gigantesco A, Trainini A, Stefana A. Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A cross-sectional multicentre study in Italy. *JAD*. 2020; 279: 217-221.
- (18) Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., Anaya, I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry* .2017; 8: 248. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00248>.
- (19) Cena L, Mirabella F, Palumbo G, Gigantesco A, Trainini A, Stefana A. Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *European Psychiatry*. 2020; 63 (1): 1-6.

Intimate Partner Violence: assistenza sanitaria e lavoro di rete

Dott.ssa Eloise Longo, Dott.ssa Maria Giuseppina Muratore

Premessa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la violenza contro le donne è un problema di salute pubblica globale e rappresenta uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (1). La violenza contro le donne è un fenomeno sociale che ha radici profonde nel tessuto culturale. Essa comprende reati che hanno sulle donne un impatto sproporzionato, come la violenza sessuale, lo stupro e la "violenza domestica". Si tratta di una violazione dei diritti fondamentali delle donne relativamente a dignità e uguaglianza. La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come "Convenzione di Istanbul", ratificata in Italia con la Legge n. 77 del 27 giugno 2013, sottolinea con forza come essa sia una violazione dei diritti umani riconosciuta in tutte le sedi e organizzazioni internazionali (2). Il Preambolo della Convenzione riconosce, inoltre, come essa sia una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i generi. La disuguaglianza di genere è, dunque, causa e conseguenza della violenza contro le donne. Motivo per cui, solitamente, si dice che tale fenomeno abbia profonde radici, poiché essa si alimenta di pregiudizi e stereotipi comuni radicati e diffusi nella società. L'impatto della violenza contro le donne non tocca soltanto le vittime, ma coinvolge anche le famiglie e la società intera. Diventa, quindi, importante riconoscere i segnali di maltrattamento e abuso nelle sue varie forme: psicologica, fisica, economica, sociale e culturale (3).

Inquadramento del fenomeno e conseguenze sulla salute delle donne

Diverse sono le cause e le tipologie della violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale e *stalking* che si manifestano prevalentemente in ambito domestico/familiare (*Intimate Partner Violence*) (genitori, parenti, *caregiver*), relazionale (amici, conoscenti), scolastico, di gruppo (compagni di scuola, educatori). Le conseguenze sullo stato di salute delle donne che hanno subito violenza assumono diversi livelli di gravità che possono arrivare fino al femminicidio; danni al concepito per le donne in gravidanza; condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione, avvelenamento o intossicazione) e psicologica (Disturbo da Stress Post-Traumatico, depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali etc.). Tali conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e affliggere anche i bambini che assistono alla violenza sulla propria madre o sono essi stessi oggetto di abusi e maltrattamenti (4).

Uno sguardo ai dati permette di inquadrare il fenomeno. A livello globale, una donna su tre in tutto il mondo ha subito violenze fisiche e/o sessuali da parte di *partner*, familiari/conoscenti, o violenza sessuale da parte di sconosciuti (1). Dai dati dell'OMS emerge come la prevalenza globale di violenza domestica e sessuale sulla donna sia pari al 35,0% e, nella Regione Europea, una donna su quattro ha subito una violenza fisica e/o sessuale dal *partner*, o una violenza sessuale da un altro uomo (2). Secondo l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), condotta su un campione di circa 25.000 donne, in Italia quasi 7 milioni di donne di età compresa tra 16-70 anni hanno subito almeno una volta una violenza fisica, sessuale o entrambe, un fenomeno che impatta sul 31,5% della popolazione femminile italiana (5). Anche i dati di sorveglianza di Pronto Soccorso (PS) del Sistema Nazionale Incidenti Domestici-SINIACA, elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, delineano un quadro simile: per le donne che hanno subito violenza in età fertile (15-49 anni), oltre il 35% dei casi è dovuto ad aggressione da parte del coniuge o *partner* sentimentale (negli uomini è <10%). Quasi l'85% dei casi di violenze su donne è compiuta da conoscenti (negli uomini tale percentuale è <40%). Nei PS partecipanti alla rilevazione SINIACA-*Injury Data Base* per le donne la seconda causa di accesso in PS è stata la violenza sessuale: un caso ogni venti è dovuto a violenza sessuale. Alterco e acquisizione illegale di soldi rappresentano i principali contesti dell'aggressione su donne e la violenza viene più spesso (circa 88% dei casi) compiuta a mani nude, senza uso di "strumenti". Da un recente studio del Ministero della Salute, frutto di una collaborazione con l'Istat, emerge che 16.140 donne si sono recate al PS con una diagnosi di violenza tra il 2017-2019. L'elevato rischio è visibile dal fatto che, a prescindere dalla diagnosi di violenza, queste donne hanno avuto una media di 5-6 accessi ciascuna nel triennio, con punte di 20 accessi al PS. Dopo la visita medica in PS, il 22,4% degli accessi ha avuto un *triage* mediamente critico (giallo) e lo 0,9% molto critico (rosso), dati che peggiorano tra le minorenni. Per il 6% circa delle donne viene proposto il ricovero (il dato è decisamente più elevato per le minorenni e le donne di età 75 anni ed oltre), ma molte lo rifiutano.

Il ruolo dei servizi sanitari nel riconoscimento della violenza

La letteratura scientifica indica il rafforzamento e la rete dei servizi sanitari come lo strumento più efficace per

contrastare il fenomeno della violenza sulla donna, attraverso lo sviluppo di: protocolli e competenze degli operatori e dei servizi; l'effettivo coordinamento tra le Istituzioni coinvolte; la creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza (6). Il ruolo del sistema sanitario è centrale per stimare le dimensioni del fenomeno, le sue cause e le conseguenze sullo stato di salute; riconoscere la violenza e fornire interventi adeguati a tutti i livelli; sviluppare e valutare i programmi di prevenzione della violenza. Tenuto conto della sistematica sotto rilevazione della violenza domestica dovuta al difficile riconoscimento per la naturale tendenza delle persone, vittime o aggressori che siano, a negare, minimizzare, giustificare, comportamenti devianti che avvengono nel ristretto ambito familiare, amicale e sociale, la risposta dei sistemi sanitari non può che essere integrata, coordinata e in rete con tutti i servizi di assistenza, accoglienza e accompagnamento che nelle rispettive competenze possono intervenire a supporto delle donne.

Tra i servizi di assistenza sanitaria, il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione rappresenta uno dei punti importanti per l'identificazione dei fenomeni di abuso e maltrattamento delle donne e dei minori. Gli operatori e le operatrici sanitari devono essere a conoscenza dei protocolli sanitari e delle modalità più idonee per accogliere le donne vittime di violenza. Recentemente, il Ministero della Salute, grazie anche ai risultati e alle evidenze scientifiche prodotte nell'ambito di progetti da esso finanziati, ha emanato le Linee Guida (LG) nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema soccorso e assistenza per le donne che subiscono violenza (7). Si segnala, in particolare, il Progetto *Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum* (REVAMP) "Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea", coordinato dall'Ospedale Galliera di Genova e dall'Istituto Superiore di Sanità e supportato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Attività 2014 del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie.

Lo scopo è quello di fornire un intervento tempestivo e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza sulla salute della donna. Il percorso delineato dalle LG segue la donna dal momento della presa in carico al *triage* fino all'accompagnamento e orientamento, previo consenso della stessa, ai servizi pubblici e privati territoriali (8).

Cercare aiuto nelle Istituzioni, la carta vincente per uscire dalla violenza

Rivolgersi alle figure istituzionali è una spinta essenziale per uscire con successo dalla violenza. Questo è stato uno dei risultati emersi dall'indagine sulla sicurezza delle donne del 2006 e del 2014, che evidenzia il ruolo determinante del coinvolgimento delle Istituzioni nell'uscita dalla violenza (9, 10). Non solo le forze dell'ordine e la magistratura, ma i servizi in genere, sociali e sanitari svolgono un ruolo determinante in questa direzione. Si potrebbe affermare che è importante poter guardare la violenza subita dall'esterno con gli occhi di altri per poterla riconoscere. Naturalmente i primi passi per uscire dalla solitudine sono le confidenze, la *disclosure*, ma decisamente più efficace è rivolgersi alle Autorità o affidarsi ad un avvocato. Tuttavia, anche in questo caso, si percepisce dalle storie che a volte le donne rimangono da sole, troppo sole, al punto che malgrado abbiano denunciato, spesso tornano nelle spire della violenza e dell'uomo violento, perché in concreto hanno problemi economici, non hanno un lavoro, non sanno dove andare a vivere. Per questo solo un'operazione di rete fra i vari servizi può essere davvero utile alla presa in carico della donna maltrattata. Questi elementi, peraltro, emergono anche nelle recenti indagini Istat sulle erogazioni delle prestazioni e dei servizi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio (11). Al contrario, quando le sopravvissute lasciano il *partner* e tornano alla famiglia di origine, è più probabile che si ricongiungano con il *partner* violento. Questo avviene, soprattutto, se da piccole hanno assistito alla violenza del padre sulla propria madre o se loro stesse sono state picchiate dalle madri. Le donne che respirano un clima di violenza nella propria famiglia di origine, infatti, imparano a tollerarla.

Il lavoro di rete nei servizi specialistici

Le rilevazioni che l'Istat ha condotto per conto del Dipartimento per le Pari Opportunità, presso la Presidenza del Consiglio, mostrano come sia importante non solo il lavoro dei Centri Antiviolenza (CAV), per aiutare le donne nei percorsi di uscita dalla violenza, ma anche quanto sia utile l'interazione e le sinergie di questi con gli altri servizi ed in particolar modo con le reti territoriali contro la violenza insediate ed attive a livello locale. Quasi tutti i Centri sono parte di una Rete territoriale contro la violenza (l'82,9% nel 2018), mentre il 13,2% dei CAV segnalano proprio l'inesistenza della Rete nei loro territori (12). Anche in assenza della rete, comunque, esistono notevoli scambi con i servizi locali. Molte delle donne sono indirizzate ai Centri proprio dai servizi e molti Centri hanno bisogno dei servizi generali per farsi carico delle vittime stesse.

La stretta collaborazione, che in alcuni casi si è instaurata, è molto proficua ed a titolo di esempio si riportano due casi molto diversi di cooperazione: "la rete come un soggetto con cui camminare" e "la rete come supporto".

Il primo caso (rappresentato dal 29,2% dei CAV) mostra come i Centri più solidi nel garantire una pluralità di servizi alle donne che vi si rivolgono sono anche quelli che lavorano maggiormente in rete e che sono molto ancorati al territorio: ad esempio, svolgono attività di prevenzione e informazione presso le scuole e di formazione alle forze dell'ordine, agli avvocati e agli ordini professionali. Per questi Centri la rete territoriale è molto articolata, ne fanno parte il Comune e i servizi sanitari ma anche le forze dell'ordine, le procure e i tribunali. Peraltro, dato che una delle maggiori problematiche è l'inserimento lavorativo della donna e la sua indipendenza economica ed abitativa, la stretta collaborazione con la rete può migliorare la loro efficienza nel percorso di uscita.

Nel secondo caso, invece, la rete è proprio una fonte di supporto per i Centri più piccoli (15,6% dei CAV), che devono proprio alla rete la possibilità di erogare quei servizi necessari alla finalizzazione del progetto di uscita dalla violenza.

Uno studio delle reti territoriali, della loro organizzazione ed efficacia, è sicuramente, quindi, una priorità, come evidenziato anche dalla Convenzione di Istanbul (2011), che pone un accento particolare sul loro ruolo per la protezione delle sopravvissute.

Conclusioni

La presenza di una rete di servizi sanitari socio-assistenziali capace di interagire, dialogare e scambiare prassi metodologiche è una delle modalità più efficaci per far emergere il fenomeno della violenza e sconfiggere il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne. La rete garantisce alla donna supporto e protezione. Procedure e protocolli condivisi a livello nazionale e territoriale sono di grande utilità per gli operatori nel trovare le risposte e le soluzioni più adeguate per le donne e per i loro figli vittime di abusi, maltrattamenti e violenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- (2) World Health Organization - WHO, 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, WHO, Geneva, Switzerland 2013.
- (3) Agency for Fundamental Rights (FRA) 2014. Violence against women: An EU-wide survey. Technical report). Disponibile sul sito: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-technical-report>.
- (4) Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- (5) Istituto Nazionale di Statistica- Istat La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014, Istat; Roma, 2015.
- (6) World Health Organization - WHO, 2016. The 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. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-en.pdf.
- (7) D.P.C.M. 24 novembre 2017. Linee Guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG.
- (8) Longo E., De Castro P., De Santi A., Scaravelli G. Violenza di genere: riconoscere per prevenire, contrastare e assistere le donne che hanno subito violenza. Not Ist Super Sanità 2020; 33 (6): 37-39.
- (9) Corazziari, I., Muratore, M. G., Domestic violence: short and long term consequences, La camera Blu, Rivista di studi di genere, Journal of gender studies 10/2013, pp.88-116. Disponibile sul sito: www.camerablu.unina.it/index.php/camerablu/article/view/2821/0.
- (10) Corazziari, I., Muratore M.G., Inverno, A., Abbattiamo il muro del silenzio. Bambini che assistono alla violenza domestica, Save the Children, 2018.
- (11) Istituto Nazionale di Statistica- Istat, I centri antiviolenza, anno 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2019/10/Report-Centri-antiviolenza-2017.pdf.
- (12) Istituto Nazionale di Statistica- Istat, I centri antiviolenza, anno 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2020/10/Report-centri-antiviolenza-28102020-1.pdf.

Politiche di integrazione socio-sanitaria in Italia

Dott.ssa Laura Camoni, Dott. Angelo Picardi, Dott.ssa Aldina Venerosi

In Italia, i primi passi verso una politica di integrazione sociale e sanitaria sono iniziati con la riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (1), con il DPCM 14 febbraio 2001 (2) e più recentemente con il DPCM 12 gennaio 2017 (3). L'art. 3 *septies* del Decreto-Legge n. 229/1999 definisce le prestazioni socio-sanitarie come: "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Lo stesso Decreto ha specificato la differenza tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (attività di promozione della salute, prevenzione e rimozione di patologie invalidanti) e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (attività di sostegno per la persona in difficoltà). Così, dal 2001, il SSN italiano ha riconosciuto nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza la stretta correlazione tra servizi sanitari e sociali, che deve soddisfare i bisogni multidimensionali del cittadino (salute, capacità sociali, relazionali ed economiche). Oltre ai servizi già individuati, sono stati aggiunti anche i servizi sociali e sanitari con una elevata integrazione sanitaria, vale a dire servizi in cui gli aspetti sanitari e sociali sono strettamente collegati. Inoltre, con la Legge n. 328/2000 (4) "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", l'Italia aveva già introdotto come strumento cardine dell'assistenza integrata sociale e sanitaria il Progetto di Assistenza Individuale. Questa riforma ha dato alle Istituzioni locali il ruolo "guida", specificando che per realizzare la piena integrazione, i comuni, d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale che comprende valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione (a carico del SSN), i servizi alla persona (a carico del Comune, che provvede in forma diretta o accreditata) e le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

È importante sottolineare che in Italia, nel campo della salute mentale, l'idea di assistenza integrata è stata definita in continuità con l'eredità lasciata da Franco Basaglia con la Legge n. 180/1978 (5). Questa legge ha imposto la chiusura degli Ospedali psichiatrici, ha ridato dignità alle persone con problemi mentali e ha promosso il ruolo della comunità terapeutica in una prospettiva "ecologica". Questa riforma innovativa ha impresso nella società italiana una nuova direzione nel modo di cura e ha incoraggiato un più alto livello di integrazione tra assistenza sociale e sanitaria (6).

L'assistenza integrata è un sistema curante complesso e integrato che prevede un sistema di *governance* attraverso inter-articolazioni amministrative ed economiche (Integrazione istituzionale, Integrazione gestionale, Integrazione professionale) e i principali nodi funzionali del percorso di accesso al sostegno individuale (la fase della valutazione, la fase della progettazione individualizzata, la fase della presa in carico), prevedendo la costituzione di un Punto Unico di Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multi-dimensionale e Multi-professionale (UVMMD), il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) o Piano di Assistenza Individuale (PAI) ed un *Budget* di Salute (BdS) associato al PAI. Il dispositivo centrale legato alla persona è il PTI o PAI che, principalmente, si basa su quattro aree: 1) apprendimento/comunicazione, 2) formazione/lavoro, 3) *habitat* casa/sociale, 4) affettività/socialità. La stesura del PTI o PAI deve prevedere il necessario sostegno finanziario (BdS), valutato per ciascun progetto e, quindi, per ciascuna persona in maniera individuale. La denominazione di questo sostegno è variata nel tempo e all'interno delle normative regionali, ma si sta convergendo verso l'utilizzo del concetto di "Budget individuale di Salute". Al BdS possono accedere popolazioni molto differenti tra loro, persone con disabilità, sia fisiche che mentali, in condizioni acute o croniche; *ex* detenuti e tossicodipendenti; o, più in generale, le persone con marginalità sociale ed esclusione, per le quali il processo di riabilitazione deve includere sia gli aspetti sanitari che sociali. La complessità dovuta ai problemi socio-sanitari da affrontare e dalla necessaria personalizzazione dei progetti richiede una forte integrazione delle risorse umane e finanziarie afferenti ad Agenzie istituzionali diverse per sostenere le progettualità individuali. Si tratta di costruire un'articolata rete di agenti che coinvolga sia le organizzazioni del settore pubblico sia gli attori privati che, insieme alla persona beneficiaria e alla sua famiglia, possa co-disegnare e co-progettare gli interventi adeguati alle risorse individuali, funzionali e sociali della persona e che risultino fattibili e sostenibili nella comunità di prossimità dove la persona vive. In accordo, il BdS assumerà intensità diverse a seconda delle condizioni di salute e del livello di funzionamento sociale del paziente e della capacità di partecipare finanziariamente (7, 8).

Introduzione del *Budget* di Salute nel sistema socio-sanitario integrato delle regioni italiane

In Italia, in seguito alle riforme sanitarie che hanno sancito l'importanza dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali, alcune regioni hanno adottato il BdS come strumento integrato per la gestione degli interventi socio-

sanitari. La Tabella 1 mostra le principali misure operative, finanziarie e legislative attuate da alcune regioni, aggiornate al 2019. Le aree di applicazione sono principalmente nel campo della salute mentale (Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sardegna e Sicilia) e disabilità (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia), ma ci sono anche pratiche in altri campi di fragilità, come gli anziani, i tossicodipendenti, la protezione dei bambini e le persone con malattie degenerative croniche (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia). Gli obiettivi comuni includono il sostegno alla vita attiva e autonoma, il promuovere l'inclusione e la vita indipendente. In alcune regioni (Friuli Venezia Giulia, Lazio, Campania e Sicilia) i BdS sono stati applicati anche all'agricoltura sociale, mentre, in altre, il BdS è fornito attraverso il pagamento diretto (Lombardia, Lazio e Sicilia), che consiste nel fornire *voucher* attraverso le Unità Sanitarie Locali o i Comuni. In questo caso, i contributi economici possono essere utilizzati per acquistare servizi di assistenza presso soggetti pubblici o privati, *profit* o *non-profit* e sono gestiti in modo autonomo dagli utenti partendo dal presupposto che gli utenti stessi hanno le informazioni necessarie per scegliere il miglior servizio adatto alle loro esigenze. È da notare che l'introduzione di questi strumenti finanziari sono in diverse regioni legati alla riconversione della spesa sanitaria nell'ambito della salute mentale destinata alle forme "istituzionalizzate" di assistenza. Sembra, quindi, che l'introduzione del BdS e la definizione operativa a livello locale del sistema integrato socio-sanitario rappresentino una concretizzazione dell'atteso cambio di paradigma nel settore della salute mentale.

Tabella 1 - Programmi regionali socio-sanitari integrati in Italia

Regioni	Popolazione target	Ambiti di outcome	Strumento operativo	Co-progettazione/ Strumento di finanziamento	Riferimenti normativi
Piemonte	Pazienti psichiatri		PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	LR n. 1016 del 2016 DGR n. 29/3944 del 2016 DGR n. 41 del 2018 DGR n. 355/1817 del 2019 (Piano d'Azione per la Salute Mentale)
Lombardia	Pazienti psichiatrici Persone fragili, con disabilità molto gravi (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica-SLA, stato vegetativo), con gravi disabilità e dipendenti da altre persone Persone con disabilità	Affetto/ socializzazione Formazione/lavoro <i>Habitat</i> casa/sociale	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS <i>Voucher</i>	DGR n. 7/12902 del 2003 DGR n. 23 del 2005 DGR n. 79156 del 2008 DGR n. 12884 del 2011 DGR n. 10/74027 del 2013 DGR n. X/7600 del 2017- Regole 2018
Veneto	Pazienti psichiatrici Persone fragili Persone con degenerative croniche e croniche (ad esempio SLA, stato vegetativo) Persone con gravi disabilità e dipendenti da altre persone		UVM PTI/PAI	Co-progettazione	DGR n. 2372 del 2011 LR n. 23 del 2012 DGR n. 975 del 2013 DGR n. 154 del 2018
Friuli Venezia Giulia	Famiglie, minori, anziani Assistenza al fine vita Persone con disabilità Tossicodipendenti Persone con degenerative croniche e croniche Pazienti affetti da <i>Human Immunodeficiency Virus</i>	Vivere Formazione/lavoro Socializzare	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	LR n. 6 del 2006, art. 5 (Progetto assistenziale personalizzato) art. 41 (Fondo per l'autonomia possibile) LR n. 22 del 2019

Tabella 1 - (segue) *Programmi regionali socio-sanitari integrati in Italia*

Regioni	Popolazione target	Ambiti di outcome	Strumento operativo	Co-progettazione/ Strumento di finanziamento	Riferimenti normativi
Liguria	Persone con condizioni di fragilità Non autosufficienza		PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione Dote di cura	LR 42 del 2012 DGR n. 446 del 2015 - Sistema integrato socio-sanitario disabilità
Emilia-Romagna	Persone con disturbi mentali Progetto temporaneo sulle persone fragili	Casa/habitat	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	DGR n. 478 del 2013 DGR n. 805 del 2014 DGR n. 1554 del 2015 “Linee di indirizzo piano sociale e sanitario Emilia-Romagna 2017-2019”
Toscana	Persone con disabilità	Salute, sociale, scuola, lavoro, socio-relazionale in ambiente domestico e extra-domestico	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	DGR n. 1449 del 2017
Lazio	Famiglie, bambini, adolescenti Persone con disabilità Anziani, migranti, altre minoranze Persone svantaggiate, senzatetto Prigionieri Pazienti psichiatrici Tossicodipendenti	Apprendimento/affetto/ socializzazione Formazione/lavoro Casa/habitat sociale	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS Voucher	LR n. 15 del 2016 LR n. 11 del 2016 - Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio, art. 53 e capo VII DGR n. 326 del 2017 - Linee Guida in materia di co-progettazione DRG n. 149 del 2018 DGR n. 259 del 2018 - Vita indipendente
Campania	Persone con disturbi mentali, disabilità sociali e malattie croniche o degenerative	Apprendimento/affetto/ socializzazione Formazione/lavoro Habitat sociale	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	LR n.11 del 2007 LR n.1 del 2012 art. 46 DGR n. 483 del 2012 - Linee Guida LR n. 5 del 2012 (art. 3 agricoltura sociale) LR n. 7 del 2012 DGR n. 478 del 2013 DGR n. 805 del 2014
Sicilia	Pazienti psichiatrici Anziani non autosufficienti Persone con disabilità	Apprendimento/affetto/ socializzazione Formazione/lavoro/ reddito Habitat casa/sociale	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS Voucher	GURS n. 53 del 2002 GURS n. 30 del 2005 GURS n. 24 del 2012 - Piano strategico salute mentale Protocollo di intesa tra Ministero della Salute e Regione Sicilia sull'agricoltura sociale (21 febbraio 2014) GURS n. 32 del 2017 - Piano regionale socio-sanitario Legge n. 17 del 2019 art. 24

Tabella 1 - (segue) *Programmi regionali socio-sanitari integrati in Italia*

Regioni	Popolazione target	Ambiti di outcome	Strumento operativo	Co-progettazione/ Strumento di finanziamento	Riferimenti normativi
Sardegna	Le persone in cura nei servizi di salute mentale (disabilità sociale o fragilità), compresi i tossicodipendenti	Affetto/socializzazione Formazione/lavoro <i>Habitat</i> casa/sociale	PUA UVM PTI/PAI	Co-progettazione BdS	DGR n. 35/6 del 2007 e allegato DGR n. 10/24 del 2010 e allegato DGR n. 50/19 del 2015 e allegato DGR n. 26/5 del 2018 e allegato

Legenda:

PUA: Punto Unico di Accesso.

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale.

PTI/PAI: Progetto Terapeutico Individuale/Piano di Assistenza Personale.

BdS: *Budget* di Salute.*Voucher*: pagamento diretto.**Riferimenti bibliografici**

- (1) Italia. Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.
- (2) Italia. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 129 del 06 giugno 2001.
- (3) Italia. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Gazzetta Ufficiale Serie Generale Suppl. 15 del 18 aprile 2017.
- (4) Italia. Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento Ordinario n. 186.
- (5) de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience* 2007; 257: 83-91.
- (6) Burns T. Franco Basaglia: a revolutionary reformer ignored in Anglophone psychiatry. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6.
- (7) Starace F (a cura di). Manuale pratico per l'integrazione socio-sanitaria: Carocci Faber; 2011.
- (8) Prandini R & Orlandini. M The morphogenesis of disability policies and the personalisation of social services. A case study from Italy. *International Review of Sociology* 2018; 28 (1).

Profili di bisogno e valutazione degli esiti connessi all'utilizzo dei *Budget di Salute*: risultati preliminari del loro impiego all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia

(Dott.ssa Elisa Fontecedro, Dott.ssa Morena Furlan, Dott. Davide Tossut, Dott. Giulio Castelpietra)

Il *Budget Individuale di Salute (BIS)* rappresenta uno strumento di integrazione socio-sanitaria ed una risorsa del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) destinata a persone, in carico ai servizi, che presentano condizioni a forte rischio di emarginazione e disabilità. A fronte di un ampio utilizzo all'interno del Friuli Venezia Giulia (1), emerge, tuttavia, l'assente evidenza di dati relativi all'impatto dello strumento sul sistema di *welfare*, ma soprattutto sugli utilizzatori, dati che potrebbero contribuire alla creazione di criteri di accesso condivisi, tema sul quale insistono diversi aspetti relativi alla necessaria analisi e valutazione di bisogni complessi, che necessitano di un intervento multidisciplinare. Sono queste le premesse che hanno portato il gruppo tecnico costituito dai referenti per i BIS dei cinque DSM delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia all'avvio di un programma di monitoraggio e di raccolta dei dati relativi all'impiego dello strumento a livello regionale, con l'obiettivo di identificare il profilo socio-demografico e di bisogno degli attuali beneficiari di BIS per analizzarne l'andamento e l'efficacia in termini di miglioramento delle problematiche cliniche.

A partire dai 619 BIS attivi al 31 dicembre 2018, pari al 3,1% delle persone in contatto con i servizi di salute mentale in Friuli Venezia Giulia, sono stati estratti in maniera randomizzata 379 soggetti che ne hanno rappresentato il campione di studio. Per ciascuno di essi sono stati raccolti i dati socio-demografici, le informazioni inerenti all'intervento, alla tipologia di investimento in relazione ai tre assi (casa, lavoro, socialità) e alle informazioni cliniche comprendenti la classe diagnostica secondo l'*International Classification of Diseases-ICD-10*, frequenza e durata dei ricoveri in regime volontario ed obbligatorio nell'anno precedente l'avvio del Progetto Terapeutico Riabilitativo con BIS, cogestito con i diversi Enti del Terzo Settore. La valutazione di efficacia è stata eseguita utilizzando la versione italiana dell'*Health of Nation Outcome Scale (HoNOS)* che è stata somministrata all'avvio del progetto e ad un anno di *follow-up* dagli operatori di riferimento della persona. Inoltre, per migliorare la qualità del dato e valutare le possibili correlazioni tra i risultati e le diverse variabili (socio-demografiche, cliniche, punteggi HoNOS), una parte del campione, corrispondente ai beneficiari di BIS dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), è stata confrontata con un gruppo di controllo costituito da soggetti in carico ai Centri di Salute Mentale della medesima area non beneficiari di BIS, analizzando il dato attraverso un modello di regressione logistica multivariata.

Dall'analisi del campione regionale è emerso che la prevalenza dei BIS in regione è stata assegnata a soggetti di genere maschile, con una età compresa tra i 40-60 anni, caratterizzati da uno stato civile libero e da un livello scolastico che nella maggior parte dei casi non supera la licenza media inferiore. Buona parte di coloro ai quali viene assegnato un BIS risulta disoccupata e percepisce una pensione di invalidità. Il titolare di BIS è nella maggior parte dei casi un soggetto con diagnosi di disturbo dello spettro psicotico in classe HoNOS grave. Tali dati sono stati confermati alle analisi di confronto tra i gruppi afferenti all'ASUGI, da cui è emerso una differenza significativa a livello dello *status* economico-lavorativo (maggior percentuale di soggetti in possesso di pensione di invalidità al 100% e disoccupati nel gruppo BIS) e delle condizioni cliniche (maggior frequenza assoluta e maggior durata dei ricoveri presso i servizi nel gruppo BIS). Proseguendo nell'analisi dei dati relativi all'impiego dei BIS, nonostante l'alto tasso di disoccupazione riscontrato nel campione, l'asse lavorativo rimane al momento un ambito solo parzialmente oggetto di intervento, sia per quanto riguarda il numero di persone che ne ha beneficiato (26% del campione regionale) che per l'intensità dell'intervento, generalmente di livello medio-basso. Questo dato è controbilanciato dall'estensivo utilizzo di programmi abitativi, che rappresentano al momento la prevalente quota di investimento di risorse connesse al BIS a livello regionale. Il 57% del campione regionale usufruisce di una soluzione abitativa sostenuta dal BIS inclusa in progetti di abitare supportato (nuclei di convivenza di *max* 5 persone) o supporto alla domiciliarità (appartamenti condivisi dove le persone stesse sono i titolari del contratto d'affitto). L'attivazione massiccia dell'asse abitare, attraverso la messa in campo di soluzioni innovative e diversificate messe a disposizione dall'Azienda sanitaria, dal *partner* in coge-stione e dalle Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale, ha permesso di riconvertire le risorse indirizzate alla residenzialità psichiatrica favorendo un percorso di autonomia e di appropriatezza nel supporto alla quotidianità e un maggior protagonismo della persona (2). Lo studio limitato al campione ASUGI ha permesso di individuare le principali variabili significativamente associate all'allocazione del BIS: età tra i 20-49 anni, stato civile libero, convivenza con familiari o amici, sussidio di invalidità al 100% e diagnosi di disturbo di personalità. Inoltre, il confronto tra i due gruppi della stessa area valutato con i punteggi dei 12 *items* della scala HoNOS ha evidenziato che i soggetti beneficiari di BIS presentavano maggiori problematiche in ambito clinico

(problemi cognitivi, problemi legati ad allucinazioni e deliri) e nelle attività della vita quotidiana (cura di sé ed attività complesse). I beneficiari di BIS mostravano una maggiore probabilità di presentare punteggi da moderatamente grave a molto grave nelle medesime aree, oltre ad un maggiore rischio di ospedalizzazione, indipendentemente dalla diagnosi, confermando quella che reputiamo essere una condizione di maggiore fragilità e complessità sia dal punto di vista clinico che sociale del soggetto a cui viene destinato un BIS (3).

In generale, si può affermare che il BIS rappresenta uno strumento flessibile che viene utilizzato in situazioni cliniche complesse, caratterizzate da bisogni di tipo clinico e sociale, per le quali è evidentemente necessaria una risposta articolata di tipo multidimensionale e multiprofessionale (4). Il nostro studio conferma il ruolo focale del BIS come strumento di *recovery* negli interventi in salute mentale, mostrando tuttavia un utilizzo ancora troppo incentrato sull'asse abitativo, a scapito di lavoro, formazione e socialità. Un impiego più dinamico ed omogeneo sui tre assi è auspicabile per sviluppare a pieno le potenzialità dello strumento in un'ottica di *recovery*, soprattutto se consideriamo determinate categorie di soggetti a rischio, quali, ad esempio, i giovani. Le prime analisi di esito dello strumento BIS nei contesti della salute mentale, in Italia, evidenziano un generale miglioramento rilevato dalla HoNOS al *follow-up* a 1 anno, a conferma dell'efficacia dello strumento (5-7). Le analisi del nostro studio relative al *follow-up*, al momento preliminari, rilevano un miglioramento del punteggio totale medio della HoNOS nel 23% dei casi, mentre la maggior parte dei soggetti riporta un punteggio sovrapponibile al *baseline*. Sono necessarie ulteriori analisi sull'andamento dei soggetti suddivisi per differenti variabili (gravità e *range* di età), sul tasso di conversione dei livelli di intensità dei progetti e sulle motivazioni di interruzione del BIS durante il *follow-up* per interpretare in maniera più dettagliata i dati e verificare l'andamento complessivo nell'impiego dello strumento, in relazione anche al tasso di *turn over*, all'attivazione di altre misure a supporto dei percorsi attivati, nonché dell'impatto complessivo sul *network* dell'abitare inclusivo regionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Castelpietra G, Feresin T, Furlan M, Massiotto S, Miccoli T, Samani F, et al. Budget Individuali di Salute come strumento innovativo di *recovery* in salute mentale: l'esperienza del Friuli Venezia Giulia. Osservasalute. 2018; 289-91.
- (2) Furlan M, Massiotto S, Castelpietra G. Il Budget di Salute: strumento per promuovere culture inclusive e pratiche possibili. Welfare Oggi. 2018; 21-8.
- (3) Fontecedro E, Furlan M, Tossut D, Pascolo-Fabrizi E, Balestrieri M, Salvador-Carulla L, et al. Individual Health Budgets in Mental Health: Results of Its Implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy. IJERPH. 2020 Jul 13; 17 (14): 5017.
- (4) Ridente P, Mezzina R. From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. International Journal of Mental Health. 2016 Jan 2; 45 (1): 59-70.
- (5) Starace F. Manuale pratico per l'integrazione socio-sanitaria: il modello del budget di salute. Roma: Carocci Faber; 2011.
- (6) Adinolfi P, Starace F, Palumbo R. Health Outcomes and Patient Empowerment: The Case of Health Budgets in Italy. Journal of Health Management. 2016 Mar; 18 (1): 117-33.
- (7) Pellegrini P, Ceroni P, Dall'Aglia R, Soncini C. Soggetto, persona, cittadino: il Budget di Salute: esperienze in Emilia-Romagna. Merano: AB; 2019.