

Salute mentale e dipendenze

In questo Capitolo sono state riassunte patologie che per gravità e frequenza rappresentano problemi importanti per la Sanità Pubblica.

Le patologie trattate in questa sezione descrivono, attraverso opportuni indicatori, l'andamento dei ricoveri per patologie neurodegenerative quali Malattia di Alzheimer e Malattia di Parkinson, patologie croniche alcol correlate, il trend del consumo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi e quello del suicidio, fenomeno spesso connesso anche al disagio mentale.

Per le patologie croniche è stato utilizzato come indicatore il tasso di ospedalizzazione in modo da fornire una descrizione dettagliata a livello regionale dell'andamento dei ricoveri che ha evidenziato, negli anni, un trend in diminuzione più accentuato per le patologie alcol correlate rispetto a quelle neurodegenerative.

I dati relativi al consumo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi valutano in maniera indiretta la frequenza di alcune malattie psichiatriche ed i cambiamenti negli anni nell'approccio di prescrizione di tali farmaci.

Questi dati meritano una lettura critica poiché non rappresentano la totalità dei farmaci utilizzati per le patologie psichiatriche.

Il tasso di mortalità per suicidio, seppur con i relativi limiti, rappresenta un indicatore importante per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali, fornendo una dimensione del fenomeno nel nostro Paese.

Le malattie neurodegenerative, quelle psichiatriche e quelle relative al consumo cronico di alcolici, rappresentano, dunque, un gruppo di patologie che meritano attenzione da parte dei *decision maker*, non solo per l'impatto che esse hanno sulla salute, ma anche in termini di costi diretti ed indiretti.

Ospedalizzazione per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer

Significato. Il tasso di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson (MP) e Malattia di Alzheimer (MA) descrive l'andamento dei ricoveri per queste patologie neurodegenerative. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi con diagnosi di MA e MP ed il numero medio di sogget-

ti residenti. Si tratta di un indicatore che quantifica il numero di pazienti affetti dalle principali malattie neurodegenerative ricoverati in acuzie nel servizio pubblico e privato accreditato. I dati sono espressi per regione e fasce di età e permettono di mettere a confronto gli anni 2007-2009.

Tasso di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer da istituti pubblici e privati accreditati}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

Validità e limiti. I dati rappresentano il numero di malati con diagnosi primaria di MP e MA, dimessi con i relativi codici ICD-9-CM (331.0; 332.0) di diagnosi e di procedura, trattati presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate; vengono, quindi, esclusi dall'indicatore stesso i pazienti trattati a domicilio e quelli la cui diagnosi non ha previsto il ricovero e che hanno ricevuto diagnosi e cura in regime di Day Hospital. Non viene, inoltre, presa in considerazione la mobilità dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di diagnosi e cura. Parkinson ed Alzheimer rappresentano, tuttavia, due patologie per le quali il carico assistenziale della famiglia è particolarmente rilevante e, pertanto, i tassi di dimissione, seppur limitativi ed influenzati dal ricorso ad ospedalizzazioni ripetute, possono aiutare nella definizione del peso di queste malattie nell'ambito dei quadri neurologici più rilevanti.

Valore di riferimento/Benchmark. Un vero e proprio valore di riferimento non può essere individuato: i dati regionali vengono, quindi, confrontati con quello nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2007, nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria per il Nord, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna per Centro-Sud ed Isole, il tasso di pazienti dimessi risulta maggiore rispetto al dato nazionale (11,67 per 10.000). Nelle

sudette regioni il tasso di dimissioni è più elevato negli uomini rispetto alle donne, tranne che per la Sardegna. Le regioni con i tassi più bassi risultano essere Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Campania e Calabria.

Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Molise e Sardegna presentano un trend in diminuzione nel 2008 e nel 2009, avvicinandosi al valore nazionale (rispettivamente, 11,52 e 11,15 per 10.000). Le PA di Bolzano e Trento, l'Emilia-Romagna, l'Umbria, la Basilicata e la Calabria hanno presentato un aumento nel 2008 ed una diminuzione nel 2009.

Le altre regioni hanno registrato un numero di dimissioni stazionarie nello stesso triennio, restando al di sotto del dato nazionale (fatta eccezione per Marche, Lazio, Puglia e Sicilia nel primo anno).

Il Friuli Venezia Giulia, la Calabria e la Campania presentano tassi inferiori al dato nazionale negli anni presi in considerazione, non superando la soglia di 10,00 dimissioni per 10.000 (Tabella 1).

Le donne presentano, in ogni caso, tassi inferiori in tutte le regioni e per tutti gli anni, eccezion fatta per la Sardegna (2007, 2008, 2009) e la Valle d'Aosta (2009) (Grafici 1 e 2).

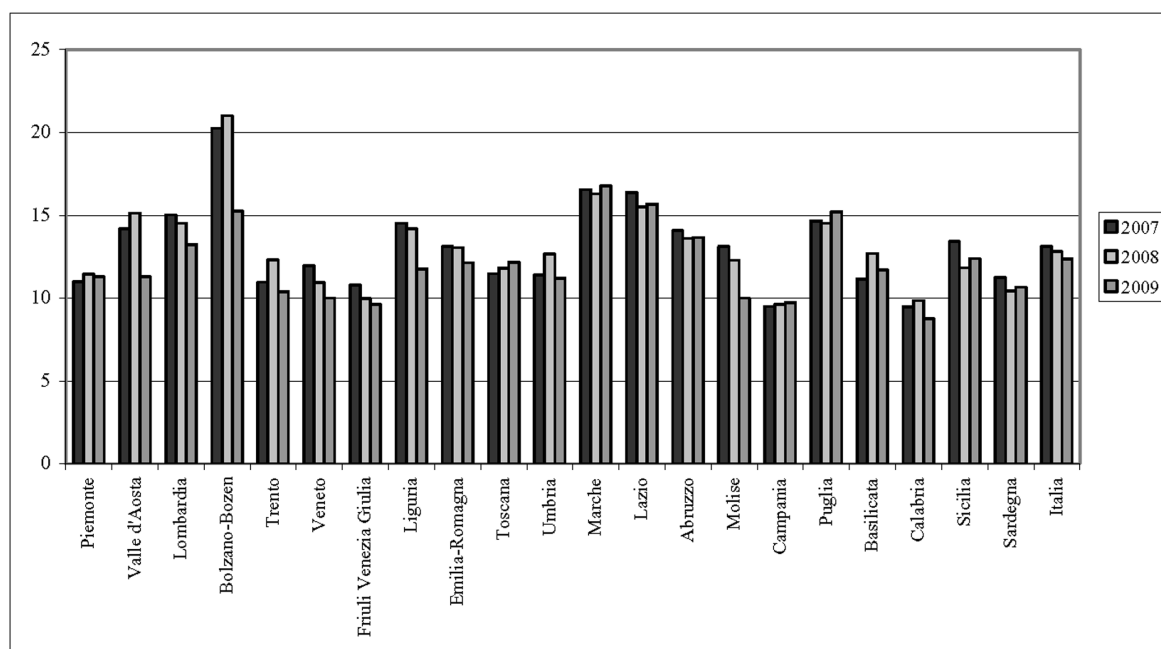
Il valore nazionale presenta un trend pressoché stazionario negli anni esaminati (da 11,67 a 11,15 per 10.000), con una lieve flessione per quanto riguarda il valore negli uomini ed in maniera meno accentuata anche per le donne (Grafico 3).

Tabella 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007			2008			2009		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	10,99	9,10	9,86	11,44	9,15	10,11	11,30	9,08	10,02
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,19	13,49	14,24	15,13	12,14	13,65	11,29	12,20	12,13
Lombardia	15,03	12,17	13,34	14,52	11,33	12,64	13,23	11,10	11,98
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>20,25</i>	<i>18,63</i>	<i>19,18</i>	<i>21,01</i>	<i>20,07</i>	<i>20,57</i>	<i>15,24</i>	<i>13,01</i>	<i>13,92</i>
Trento	10,97	10,92	10,91	12,31	11,45	11,71	10,40	9,95	10,18
Veneto	11,95	9,37	10,39	10,94	9,25	9,94	10,01	8,04	8,88
Friuli Venezia Giulia	10,79	7,58	8,85	9,97	7,12	8,22	9,61	6,45	7,70
Liguria	14,52	12,16	13,10	14,18	11,89	12,85	11,77	10,88	11,30
Emilia-Romagna	13,11	10,43	11,57	13,05	10,75	11,76	12,14	9,94	10,89
Toscana	11,47	9,51	10,31	11,82	9,92	10,75	12,17	10,07	10,96
Umbria	11,40	8,61	9,81	12,66	9,76	10,98	11,21	9,87	10,47
Marche	16,55	13,91	14,99	16,29	15,14	15,62	16,78	15,16	15,84
Lazio	16,37	12,70	14,24	15,51	12,49	13,77	15,68	12,69	13,95
Abruzzo	14,08	12,55	13,24	13,60	11,24	12,33	13,66	10,98	12,18
Molise	13,11	9,97	11,38	12,29	10,23	11,12	10,01	9,96	10,01
Campania	9,51	6,98	8,05	9,62	7,32	8,29	9,74	8,21	8,87
Puglia	14,65	11,63	12,93	14,52	11,96	13,07	15,21	11,70	13,20
Basilicata	11,15	9,67	10,35	12,70	9,84	11,08	11,69	8,90	10,17
Calabria	9,46	6,91	8,03	9,85	7,59	8,57	8,76	6,64	7,60
Sicilia	13,42	10,94	11,99	11,83	10,14	10,86	12,40	9,98	11,02
Sardegna	11,25	12,79	12,20	10,45	12,42	11,67	10,66	11,85	11,41
Italia	13,11	10,64	11,67	12,81	10,56	11,52	12,37	10,25	11,15

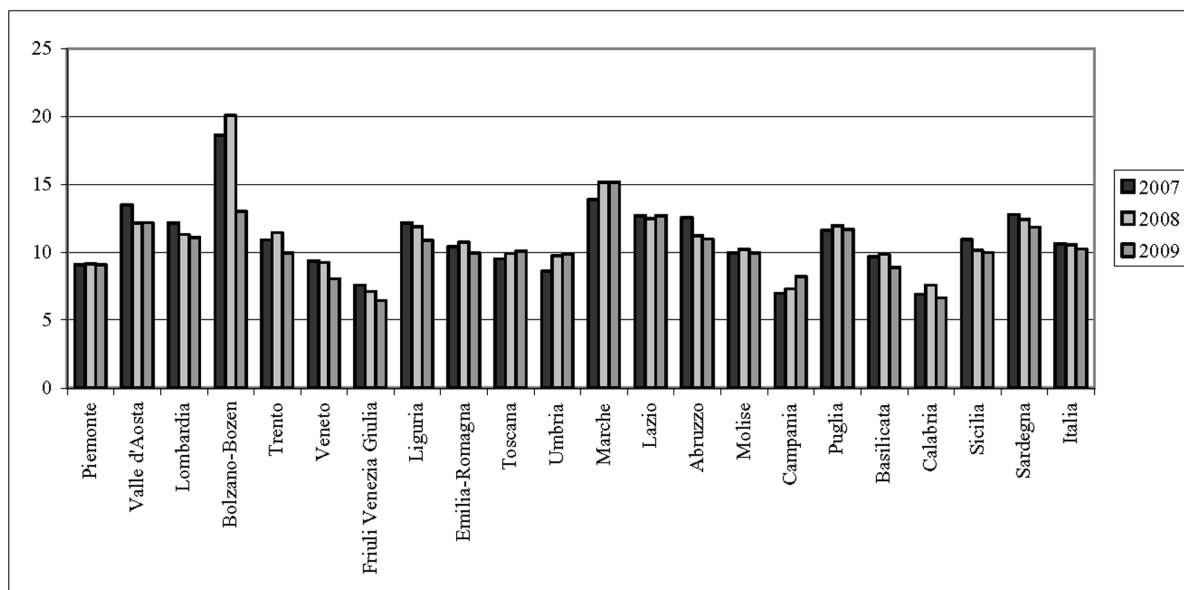
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per regione. Maschi - Anni 2007-2009

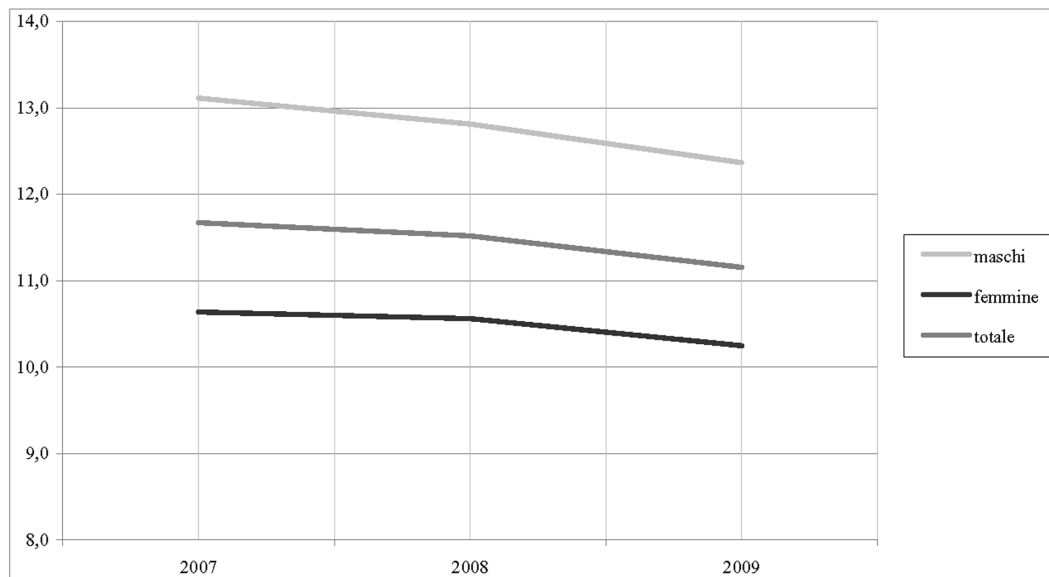
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per regione. Femmine - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 3 - Trend di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per genere - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono raccomandazioni di lettura poiché non permettono di individuare singolarmente le due patologie e non permettono la stima dei pazienti curati a domicilio, né quelli presso strutture territoriali. L'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, infatti, prende in considerazione i pazienti ricoverati, escludendo, di fatto, i pazienti con diagnosi che non hanno avuto necessità di ricovero.

Inoltre, altri studi condotti a livello nazionale sottolineano come queste patologie vengano sottostimate dall'utilizzo esclusivo degli archivi ospedalieri anche perché, spesso, intercorrono mesi dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi.

Probabilmente, l'integrazione dei dati mediante l'utilizzo delle cartelle cliniche fornite dai medici di famiglia potrebbe fornire una stima più precisa dei risultati.

Ospedalizzazione per patologie alcol correlate

Significato. Il tasso descrive l'andamento dei ricoveri per patologie alcol correlate nelle strutture ospedaliere pubbliche ed accreditate.

L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti dimessi con diagnosi di patologia alcol correlata e relative complicanze ed il numero medio di

soggetti residenti.

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per genere, negli anni 2007, 2008 e 2009 per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni per patologie alcol correlate}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Nota: patologie considerate come alcol correlate e rispettivi codici ICD IX-CM:

Abuso di alcool	303.0, 305.0
Cardiomiopatia alcoolica	425.5
Sindrome di dipendenza da alcool	303.9
Polineuropatia alcoolica	357.5
Gastrite alcoolica	535.3
Malattia epatica alcoolica	571.0-571.3
Miopia alcoolica	359.4
Psicosi alcoolica	291.3, 291.5, 291.89, 291.9
Sindrome fetale alcoolica	655.4, 760.7
Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcool	760.71
Avvelenamento da alcool	980.0, 980.1
Eccessivo livello ematico di alcool	790.3

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

Validità e limiti. Dal punto di vista epidemiologico i valori calcolati non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole patologie che sono state raggruppate in un unico indicatore a causa della loro relativamente bassa frequenza.

L'indicatore rappresenta, quindi, una stima approssimata di alcuni problemi legati all'assunzione acuta e cronica di alcol.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere adottato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il tasso nazionale di dimissione ospedaliere per patologie alcol correlate presenta una riduzione dal 2007 al 2009: il dato nazionale passa, infatti, da 8,49 a 7,48 per 10.000, rispettivamente (Tabella 1).

Nel 2007, le regioni con i tassi più bassi sono Toscana e Sicilia, con tassi inferiori a 6,00 per

10.000, mentre la Valle d'Aosta, le PA di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Molise presentano tassi superiori a 14,00 per 10.000.

Nel 2008 i tassi aumentano per Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata, mentre diminuiscono in tutte le altre regioni con i valori più bassi sempre per Toscana e Sicilia.

Nel 2009 i tassi aumentano leggermente nelle Marche ed in Sicilia restando, comunque, molto al di sotto del valore nazionale (Grafici 1 e 2).

Stratificando i tassi per fasce di età e genere (Grafici 3 e 4) si evidenzia che, sia nella popolazione maschile che in quella femminile, i tassi di ospedalizzazione sono maggiori nella fascia di età 55-64 anni, con un trend in diminuzione dal 2007 al 2009 più evidente per le donne.

In tutti gli anni presi in considerazione, nelle fasce di età 0-14 e 15-24 anni, i tassi risultano essere prossimi allo 0 sia per i maschi che per le femmine.

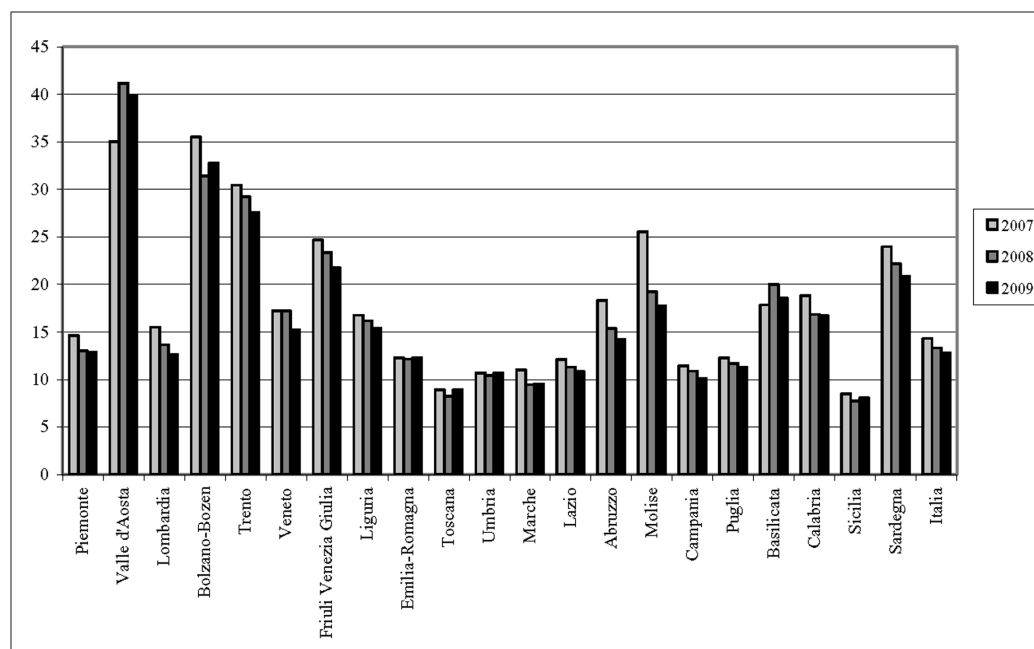
Tabella 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2009

Regioni	2007			2008			2009		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	14,64	4,06	9,04	13,02	3,77	8,13	12,86	3,09	7,67
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,04	10,88	22,38	41,16	8,93	24,16	39,91	9,66	23,52
Lombardia	15,53	3,54	9,06	13,69	3,01	7,95	12,61	2,68	7,27
Bolzano-Bozen	35,51	8,68	21,17	31,40	10,85	20,56	32,77	8,53	19,89
Trento	30,45	7,14	17,96	29,24	6,93	17,16	27,57	7,19	16,24
Veneto	17,26	4,68	10,46	17,24	4,22	10,23	15,22	3,91	9,13
Friuli Venezia Giulia	24,70	6,81	14,98	23,37	5,89	13,83	21,75	5,88	13,16
Liguria	16,79	4,52	10,23	16,19	4,86	10,12	15,44	3,74	9,20
Emilia-Romagna	12,29	3,00	7,35	12,16	3,09	7,33	12,27	2,84	7,24
Toscana	8,95	2,76	5,66	8,29	2,90	5,41	8,95	2,37	5,42
Umbria	10,71	2,03	6,09	10,47	2,71	6,36	10,69	2,15	6,14
Marche	11,02	2,06	6,30	9,49	2,28	5,66	9,56	2,60	5,86
Lazio	12,11	2,38	6,92	11,32	2,13	6,39	10,85	2,28	6,26
Abruzzo	18,32	3,82	10,67	15,39	3,38	9,08	14,27	2,95	8,26
Molise	25,53	3,91	14,24	19,25	3,69	11,09	17,80	3,06	10,16
Campania	11,48	2,55	6,78	10,92	2,56	6,53	10,13	2,33	6,01
Puglia	12,27	3,39	7,61	11,72	3,15	7,22	11,27	2,49	6,64
Basilicata	17,88	3,08	10,20	19,99	2,13	10,67	18,53	2,91	10,39
Calabria	18,82	3,27	10,69	16,87	3,42	9,82	16,72	2,71	9,40
Sicilia	8,51	1,68	4,91	7,76	1,38	4,39	8,09	1,59	4,66
Sardegna	24,00	3,24	13,07	22,17	2,83	12,00	20,90	2,60	11,22
Italia	14,35	3,34	8,49	13,34	3,13	7,91	12,78	2,84	7,48

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

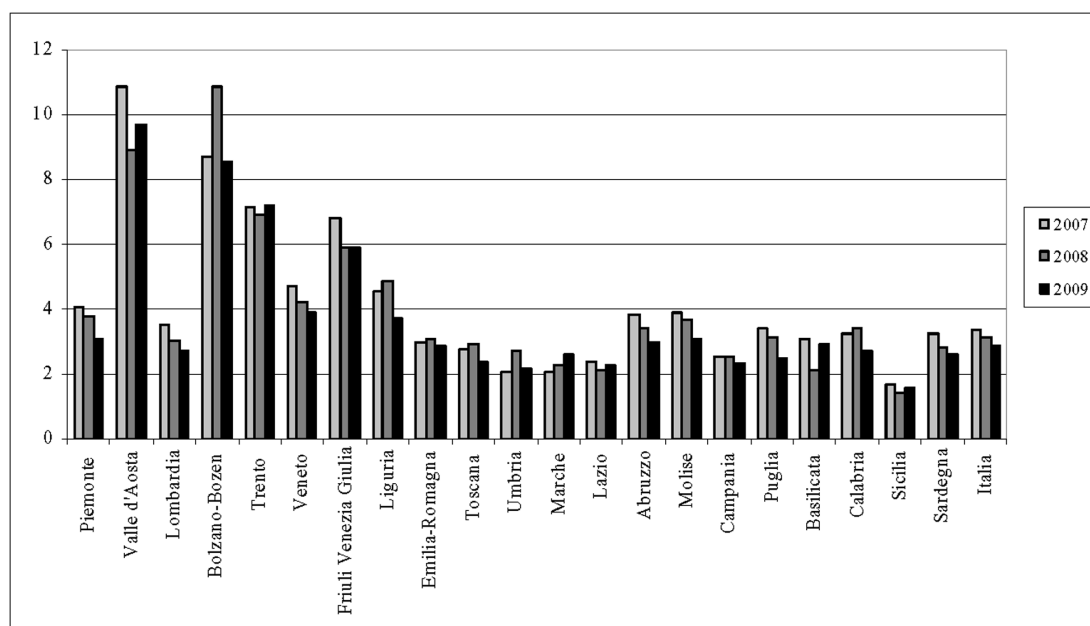
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per regione. Maschi - Anni 2007-2009



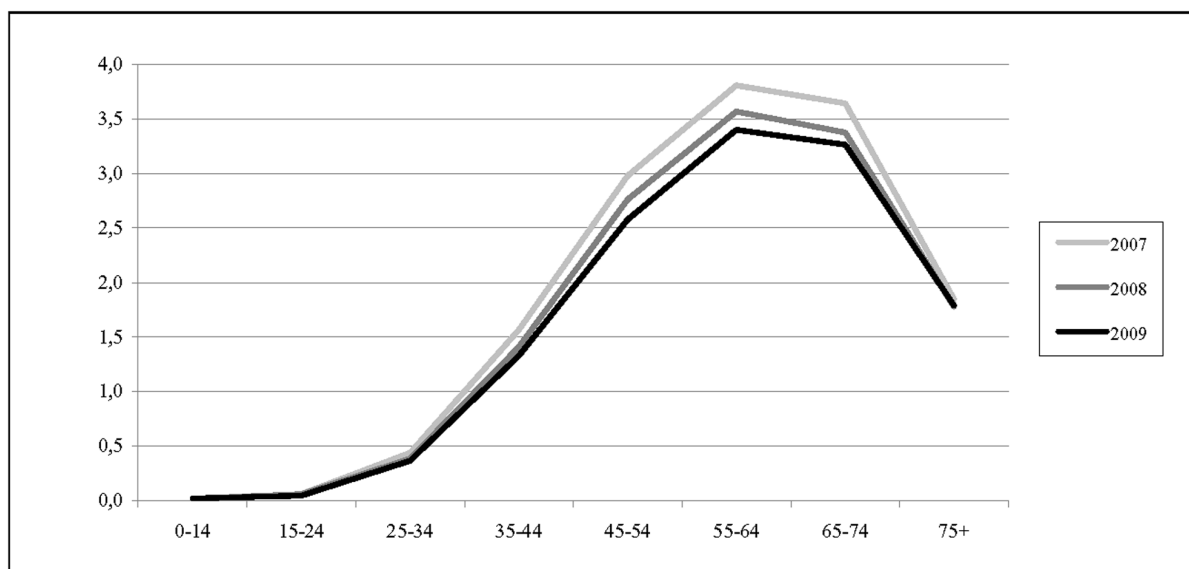
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per regione. Femmine - Anni 2007-2009



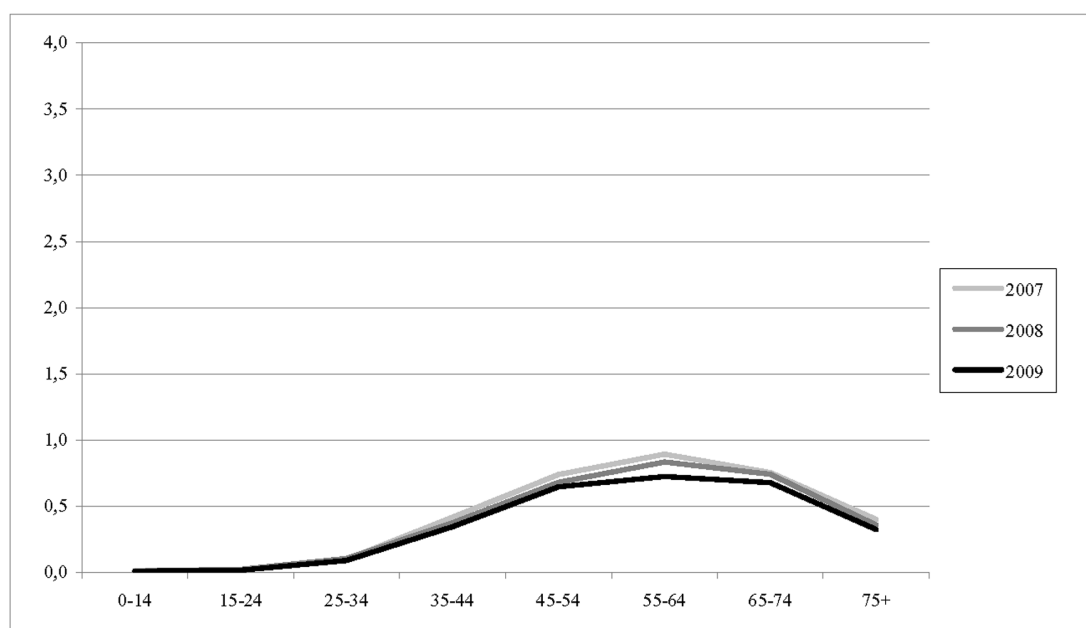
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 3 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per classe di età. Maschi - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 4 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per patologie alcol correlate per classe di età. Femmine - Anni 2007-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea generale, i dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per patologie alcol correlate relativi all'arco temporale 2007-2009, indicano la tendenza al miglioramento. Questi dati sembrerebbero essere correlati ad una maggiore attenzione ai temi dell'appropriatezza, conseguenti al miglioramento del trattamento delle patologie legate all'alcolismo da parte dei servizi territoriali, come indicato dal recente Programma Operativo di Adeguatezza (1) redatto dal Ministero della Salute, che prevede l'utilizzo di *proxy* per la quantificazione di accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di

prevenzione che cura. In generale, si può ritenere che a valori elevati dell'indicatore sia associato il ricorso improprio alle strutture ospedaliere per le patologie alcol correlate e, quindi, una scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali.

Probabilmente, ulteriori progressi potranno derivare dall'implementazione di strategie di controllo, dai servizi a favore dei soggetti a maggior rischio e dal potenziamento dell'integrazione tra i Servizi Sanitari e Sociali interessati.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1492_a11legato.pdf (Ultimo accesso 02/12/2011).

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Significato. Questo indicatore quantifica il livello di utilizzo di farmaci antidepressivi (classe N06A) ed antipsicotici (classe N05A) nella popolazione residente nelle varie regioni e può essere di notevole utilità per valutare in modo indiretto, seppure con i limiti segnalati nell'apposito paragrafo, la frequenza di

alcuni disturbi mentali, perlomeno nelle forme più severe, nonché i cambiamenti nell'approccio prescrittivo degli attori dei sistemi sanitari regionali. I dati permettono di effettuare un confronto tra le regioni e tra queste ed il dato nazionale. È, inoltre, fornita l'analisi del trend temporale del periodo 2000-2010.

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere*	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	

*Il calcolo del totale delle Dosi Definite Giornaliere (DDD) utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

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

Validità e limiti. La variabilità dei consumi farmaceutici può essere attribuita, oltre che alla frequenza ed alle caratteristiche dei disturbi mentali di una popolazione, anche alle diverse modalità di prescrizione dei medici ed alle differenti caratteristiche delle popolazioni confrontate (ad esempio, in base ad età e genere). Tuttavia, un adeguato sistema di pesi ha permesso di tenere in considerazione le differenze regionali determinate da questi fattori. Da tenere presente, inoltre, nell'interpretare il trend temporale, che il *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) effettua una periodica revisione sistematica di tutte le Dosi Definite Giornaliere (*Defined Daily Doses-DDD*), per cui alcuni valori possono variare da un anno all'altro. Ancora, i farmaci ipnotico-sedativi e similari non sono rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e risultano, quindi, più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte anche da cambiamenti di prezzo. Di conseguenza, nel computo totale dei farmaci, sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi ed antipsicotici rimborsabili dal SSN. Riguardo ai farmaci antidepressivi, bisogna anche tenere in considerazione che questi possono essere utilizzati per patologie non strettamente psichiatriche.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibili benchmark validati, i dati nazionali di consumo per i farmaci antipsicotici ed antidepressivi, nei vari anni considerati, sono stati adottati quali valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, per quanto riguarda i farmaci antipsicotici (Tabella 1) utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, si è

assistito nel 2010 ad un decremento del loro utilizzo rispetto all'anno precedente (2009), passando da 3,01 a 2,80 DDD/1.000 ab die.

Questa tendenza conferma il decremento pressoché continuo che si è osservato a partire dall'anno 2001. Nel 2009, tuttavia, si era verificato un lieve aumento dell'utilizzo. Nello scorso Rapporto Osservasalute si era ipotizzato che tale aumento fosse dovuto ad un crescente impiego degli antipsicotici atipici anche nei disturbi comportamentali dei pazienti anziani affetti da demenza, ma questo fenomeno non è confermato dagli ultimi dati.

Sull'indicazione di tali farmaci anche nell'anziano affetto da disturbi neurodegenerativi come la demenza sono in corso alcune revisioni sistematiche: sebbene, infatti, si sia dimostrata una maggiore tollerabilità degli antipsicotici cosiddetti atipici, appare evidente la necessità di nuovi studi prima di consigliarne l'utilizzo di *routine*.

La variabilità interregionale del consumo degli antipsicotici è difficilmente interpretabile: è evidente un andamento decrescente che interessa la maggior parte delle regioni anche se le PA di Trento e Bolzano ed il Friuli Venezia Giulia al Nord, l'Abruzzo e la Sicilia al Sud hanno mostrato un aumento del consumo di questi farmaci.

Permane invariato il gradiente Nord-Sud, con regioni meridionali quali Abruzzo, Calabria, Sicilia e Sardegna, che presentano valori di consumo in media doppi rispetto a quelle del Nord.

Relativamente ai farmaci antidepressivi (Tabella 2) si assiste, invece, ad un continuo aumento del loro utilizzo, che interessa indistintamente tutte le regioni e che dura dal primo anno della rilevazione (2000).

Oltre all'aumento dell'incidenza delle forme depressive, altri fattori possono contribuire a spiegare questo

andamento. In primo luogo, l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia ed attacchi di panico) è spesso appannaggio dei Medici di Medicina Generale più che degli specialisti.

In secondo luogo, possono aver giocato un ruolo anche fattori culturali: patologie come ansia e depressione sono, oggi, meno stigmatizzate dalla popolazione di quanto non lo fossero in passato, il che comporta anche una maggiore accettazione delle relative terapie farmacologiche. Bisogna, inoltre, considerare che questi farmaci vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche come la terapia del dolore: anche questo dato ha verosimilmente contribuito ad un differente approccio nei confronti del loro utilizzo.

Malgrado la tendenza uniformante prodotta da questo mutato approccio culturale, persiste un certo grado di variabilità interregionale. Le regioni del Centro-Nord, infatti, ed in particolare Toscana e Liguria, ma anche la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna e l'Umbria, risultano avere consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Sud. L'unica eccezione a questo quadro è rappresentata dalla Sardegna, i cui consumi si avvicinano a quelli delle regioni del Nord.

Al di là delle differenze regionali, in ogni caso, ciò che appare eccezionale è il tasso di crescita decennale dell'utilizzo di tali farmaci. A livello nazionale, come nella maggior parte delle regioni, l'uso di antidepressivi è cresciuto di oltre quattro volte in una decade.

Tabella 1 - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antipsicotici pesato per età e per regione - Anni 2000-2010

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51	2,20
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44	1,65	1,78	1,83	1,81
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78	2,70
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13	2,52
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05	2,15
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05	1,91
Friuli Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59	1,53	1,47	1,40	1,56
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04	1,91
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54	1,53
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12	2,06
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16	1,17
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26	2,09
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25	2,23
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34	6,57
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82	3,05
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20	3,08
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56	3,09
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14	2,80
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42	5,35
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21	5,32
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08	3,98
Italia	3,28	3,88	3,87	3,67	3,67	3,66	3,49	2,98	2,95	3,01	2,80

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Anno 2010.

Tabella 2 - Consumo (in DDD/1000 ab/die) di farmaci antidepressivi pesato per età e per regione - Anni 2000-2010

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44
Italia	8,18	16,24	19,90	22,58	26,18	27,78	30,08	31,88	33,46	34,66	35,72

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Ricordando che l'indicatore proposto è in grado di stimare solo parzialmente la frequenza dei disturbi mentali poiché le dosi giornaliere prescritte possono dipendere, oltre che dal numero di soggetti affetti da patologia, anche dalla capacità di presa in carico del Sistema Sanitario e dalle diverse modalità di trattamento (compreso il ricorso al pagamento diretto del farmaco), occorre sottolineare che, a fronte di una continua diminuzione del consumo di farmaci antipsicotici, si conferma una crescita ancora più marcata del ricorso ai farmaci antidepressivi. Invero, le stime internazionali e nazionali sono concordi nell'evidenziare un aumento delle patologie psichiatriche per cui, se da un lato l'aumento del consumo di antidepressivi potrebbe apparire giustificato, perlomeno in parte, dall'altro il calo del consumo di antipsicotici suggerisce che la loro prescrizione potrebbe ridursi anche a fronte di un aumento (in ogni caso lieve) dell'incidenza della patologia sottostante. Questo, chiaramente, a meno che il decremento osservato non sia in realtà fittizio ed a questo non si sia accompagnato un aumento

del consumo rimborsato "out-of-pocket".

Quest'ultimo punto dovrebbe essere oggetto di una specifica ed approfondita indagine. Purtroppo, con i dati a disposizione non è possibile svolgere un'analisi dettagliata per correlare l'impiego di tali farmaci ai diversi quadri clinici identificando, ad esempio, per quali di questi il consumo sia in maggiore/minore crescita. Proprio per tale ragione, peraltro, non vi è dubbio che l'attivazione ed il mantenimento nel tempo di flussi informativi efficaci su base regionale siano obiettivi da raggiungere urgentemente, sia per identificare la crescente quota di soggetti che accedono al SSN per patologie psichiatriche, sia per discriminare questi pazienti da coloro che utilizzano i farmaci considerati per il contenimento di sintomi collaterali a patologie non strettamente psichiatriche. Detto ciò, relativamente, invece, alle possibili cause e/o eventuali rimedi dell'aumento dell'incidenza dei disturbi mentali, una trattazione approfondita di questo argomento è particolarmente complessa ed esula dalla finalità del presente testo.

Suicidi

Significato. Il suicidio è, indubbiamente, un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione, ma può anche essere letto come un indicatore di “disagio” e di mancata coesione ed integrazione sociale. I principali fattori di rischio documentati nell’ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall’età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall’abuso di sostanze (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato con il rischio

di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) e, quindi, anche l’offerta e l’efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a determinare i livelli di questo indicatore. I tassi di suicidio risultano essere più elevati tra i celibi e le nubili rispetto ai/alle coniugati/e, pertanto anche fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (3-4).

Tasso di mortalità per suicidio*

Numeratore	Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi classificati secondo la *International Classification of Diseases (ICD-10)* (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Il primo limite concerne la possibile sottostima dovuta all’eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le “cause non determinate” e le “morti accidentali”. Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l’indicatore qui presentato non tiene conto dei suicidi commessi nel nostro Paese da stranieri non residenti (sono, invece, inclusi gli stranieri regolarmente residenti). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i soggetti di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (14 casi registrati in Italia nel biennio 2007-2008) e non inficia la validità dell’indicatore. L’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (la ICD), fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato, se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall’altro non fornisce una misura della “reale” dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore nazionale (rela-

tivo al biennio 2007-2008, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2007-2008, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,26 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre (7,08 per 100.000 il tasso standardizzato). Nel 77,0% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,27 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,15 (per 100.000) per le donne, con un rapporto uomini/donne pari a 3,6 (Tabella 1 e Grafico 1). La distribuzione dei tassi grezzi specifici per età (Tabella 2 e Grafici 2 e 3) mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età, con un aumento marcato, soprattutto per gli uomini, dopo i 65 anni di età. L’indicatore presenta una variabilità geografica abbastanza marcata con tassi, in genere, più elevati nelle regioni del Nord, anche se con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio fra i soggetti con 15 anni ed oltre troviamo la Sardegna (11,37 per 100.000) la Valle d’Aosta (11,03 per 100.000) e la PA di Bolzano (10,69 per 100.000); all’estremo opposto, con i tassi standardizzati più bassi (che sono circa la metà se comparati a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate) troviamo il Lazio (5,01 per 100.000), la Liguria (5,05 per 100.000), la Campania (5,05 per 100.000), la Puglia (5,48 per 100.000) ed il Molise (5,91 per 100.000) (Tabella 2). Per gli uomini, le regioni con i tassi standardizzati di suicidio più elevati sono ancora la Valle d’Aosta (21,11 per 100.000), la Sardegna (18,93 per 100.000) e la PA di Bolzano (16,94 per 100.000); mentre per le donne, accanto alla PA di Bolzano (4,73 per 100.000) ed alla Sardegna (4,07 per 100.000), troviamo anche l’Emilia-Romagna (4,41 per 100.000) ed il Piemonte (4,01 per 100.000) (Tabella 1). Il trend storico dell’indicatore, a livello nazionale, mostra una

riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta, che si accentua soprattutto per gli uomini a partire dal 1997; tuttavia, sembra evidenziarsi, dopo il

minimo raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) una nuova ripresa nell'ultimo anno (3.799 suicidi nel 2008) (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso standardizzato di mortalità (per 100.000) per suicidio nella popolazione di 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2007-2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	14,76	4,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,11	1,41
Lombardia	10,45	3,22
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,94</i>	<i>4,73</i>
<i>Trento</i>	<i>14,43</i>	<i>3,65</i>
Veneto	12,03	3,83
Friuli Venezia Giulia	10,20	3,47
Liguria	7,92	2,41
Emilia-Romagna	13,91	4,41
Toscana	12,05	3,30
Umbria	16,28	3,39
Marche	13,73	3,07
Lazio	8,07	2,17
Abruzzo	12,20	3,68
Molise	9,70	2,24
Campania	8,16	2,17
Puglia	8,47	2,68
Basilicata	11,11	3,55
Calabria	9,83	2,21
Sicilia	10,83	2,55
Sardegna	18,93	4,07
Italia	11,27	3,15

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

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

Tabella 2 - Tasso grezzo e standardizzato di mortalità (per 100.000) per suicidio, classe di età e regione - Anni 2007-2008

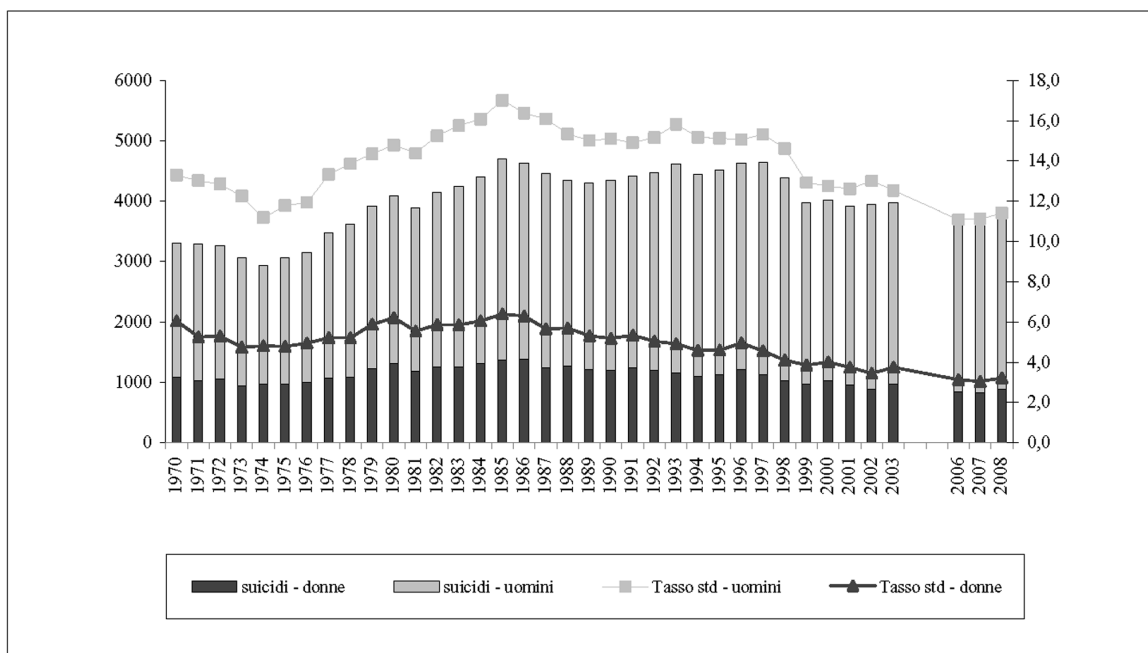
Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std Totale
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,39	8,84	12,88	13,62	9,73	9,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	8,25	14,75	36,36	11,94	11,03
Lombardia	2,07	6,11	8,38	12,51	6,91	6,71
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,28</i>	<i>9,05</i>	<i>16,49</i>	<i>21,52</i>	<i>10,71</i>	<i>10,69</i>
<i>Trento</i>	<i>2,49</i>	<i>7,58</i>	<i>14,24</i>	<i>13,38</i>	<i>8,74</i>	<i>8,80</i>
Veneto	4,00	7,56	9,31	11,02	8,00	7,82
Friuli Venezia Giulia	n.d.	6,26	13,50	8,03	7,23	6,74
Liguria	1,00	4,53	6,11	10,98	5,63	5,05
Emilia-Romagna	0,37	8,17	9,91	21,39	9,84	9,07
Toscana	2,48	6,55	9,56	17,37	8,24	7,56
Umbria	3,24	8,49	14,01	17,54	10,23	9,68
Marche	1,75	7,27	9,92	16,29	8,56	8,32
Lazio	1,16	4,28	7,48	9,78	5,11	5,01
Abruzzo	0,93	6,76	15,54	11,16	8,09	7,87
Molise	7,32	4,87	4,42	13,73	6,09	5,91
Campania	1,80	4,25	7,51	9,78	4,91	5,05
Puglia	2,31	4,74	7,57	10,26	5,46	5,48
Basilicata	7,25	5,52	15,04	11,93	7,47	7,28
Calabria	1,01	5,21	8,70	10,43	5,91	5,95
Sicilia	2,37	5,90	9,08	10,26	6,50	6,55
Sardegna	3,67	11,08	12,09	17,10	11,43	11,37
Italia	2,11	6,32	9,49	13,04	7,26	7,08

n.d. = non disponibile.

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

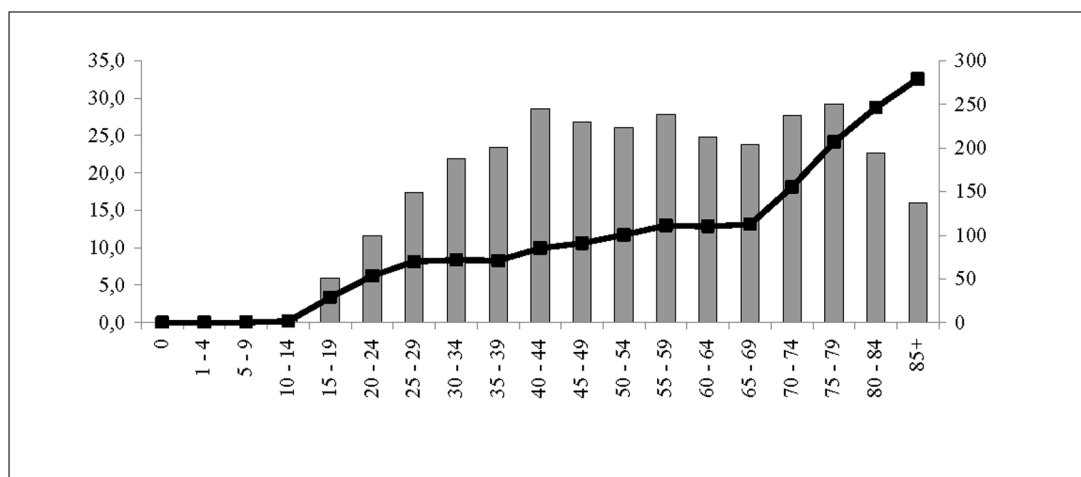
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

Grafico 1 - Numero di decessi e tasso standardizzato (per 100.000) per suicidio nella popolazione di 15 anni ed oltre per genere - Anni 1970-2008



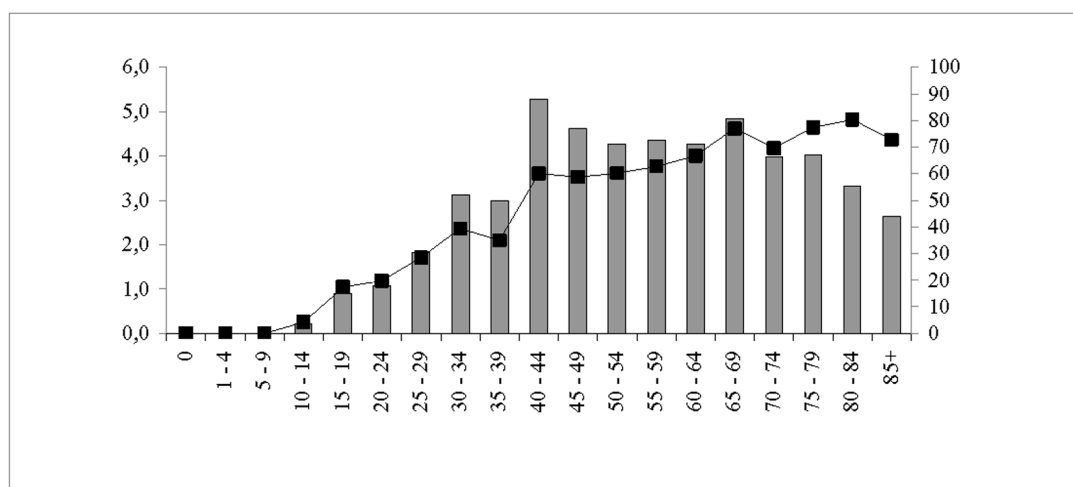
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

Grafico 2 - Numero di decessi e tasso grezzo specifico di mortalità (per 100.000) per suicidio e classe di età. Maschi - Anni 2007-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

Grafico 3 - Numero di decessi e tasso grezzo specifico di mortalità (per 100.000) per suicidio e classe di età. Femmine - Anni 2007-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

La Commissione Europea ha inserito la “Prevenzione della depressione e dei suicidi” fra le cinque aree d’azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being* ed anche il “Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012” riprende questo tema tra le aree di intervento (8-9). Anche se il nostro Paese si colloca tra quelli europei a più basso rischio di suicidio (con livelli di mortalità per questa causa comparabili a quelli di Spagna e Grecia) ed il tasso di mortalità per suicidio in Italia è andato riducendosi nel tempo, l’aumento registratosi nel 2008 necessita di essere monitorato (10).

Inoltre, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d’Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione. In particolare, l’Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (8) indicano tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio anche la riduzione della disponibilità e dell’accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell’abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno tentato il suicidio.

A questo fine, l’implementazione con le informazioni sulle ospedalizzazioni per autolesione e tentato suicidio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute potrà fornire, in futuro, ulteriori e fondamentali informazioni su un fenomeno per il quale la mortalità rappresenta solo la punta dell’iceberg. Nell’ambito della programmazione di politiche di intervento, occorre poi tener conto del fatto che il decesso per suicidio si ripercuote con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in rela-

zione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche di indirizzo a livello nazionale basate anche sull’individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101 (1-3): 27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 2010 Jul 13;341:c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. “Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002”. *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) 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).
- (5) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL, Roma, 2007.
- (8) European Union, Directorate general for Health and Consumers “European Pact for Mental health and Well-being”, 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_a11legato.pdf.
- (10) Stucker D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).