

Salute mentale e dipendenze

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne ed ai conflitti interni.

Recentemente, l'OMS ha effettuato uno studio per valutare la diffusione di queste malattie nel mondo ed i relativi costi socio-economici.

Lo studio ha evidenziato che i disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti che per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone colpite e per i loro familiari.

La salute mentale e le dipendenze, seppur patologie tra le più sommerse, rappresentano in Italia, per gravità e frequenza, un importante problema di Sanità Pubblica.

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

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

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

Altri indicatori storici, in quanto già riportati nei Rapporti degli anni precedenti, in grado di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita, ma che poco si muovono come trend temporale da un anno all'altro, potranno essere consultati, opportunamente aggiornati con i dati più recenti, direttamente sul sito (www.osservasalute.it).

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 consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici merita un'attenta e critica lettura: non può, infatti, rappresentare il quadro complessivo dei farmaci utilizzati per indicazione psichiatrica. Tuttavia, tale indicatore ci segnala importanti differenze interregionali, da non sottovalutarsi in quanto non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia, ma, anche, ad una variabilità relativa all'accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

L'aumento costante del tasso standardizzato di suicidi negli ultimi anni può ben rappresentare, insieme alla patologia psichiatrica, il crescente disagio sociale e va monitorato con attenzione anche al fine di prevedere un rafforzamento delle attività preventive e della presa in carico sanitaria e sociale di soggetti a rischio.

Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi, basati su evidenze scientifiche, atti a promuovere la salute mentale.

Anche a livello della Commissione dell'Unione Europea, è stata di recente sottolineata l'importanza delle informazioni rese disponibili da un'attività di sorveglianza dei disturbi mentali nella popolazione.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici descrive l'andamento dei ricoveri per malattie psichiatriche all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) delle regioni. L'indicatore è costituito dal rapporto tra il numero di soggetti residenti in una regione, dimessi (da ospedali per acuti o case di cura convenzionate, sia in ricovero ordinario che diurno) con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319) in un arco di tempo

variabile (nel nostro caso, un anno solare), ed il totale dei residenti nella stessa regione nello stesso periodo di tempo.

Sono stati, inoltre, riportati i tassi standardizzati per età, in entrambi i generi, negli anni 2003 e 2010 (l'ultimo anno per il quale erano disponibili i dati), per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

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

Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale (residenti, ricoveri ordinari e diurni)
Popolazione media residente

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

Validità e limiti. Dal punto di vista strettamente epidemiologico, i valori calcolati con le modalità sopra esposte non consentono di valutare la reale prevalenza delle singole malattie: bisogna, infatti, tenere in considerazione sia il fatto che per molte patologie, ed in modo particolare per quelle che attengono la sfera psichica, è possibile che una quota imprecisata di pazienti sia trattata in sedi extra-ospedaliere, sia il fatto che l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una popolazione e dal tipo di offerta sanitaria, ospedaliera e non, presente in quel dato territorio. Inoltre, la corrispondenza tra il tasso di ricovero e la percentuale di persone che ricorrono ai servizi ospedalieri non è perfetta, ciò perché molti soggetti possono avere avuto ricoveri ripetuti, il cui numero può variare di anno in anno. È importante, infine, tenere presente una disomogenea distribuzione dell'offerta inerente i servizi attinenti la tutela della salute mentale: tale condizione influenza, inevitabilmente, la propensione al ricovero all'interno dei SPDC. Proprio per questi motivi, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici può rappresentare solo una stima approssimata dello stato di salute mentale della popolazione. Tuttavia, non esistendo registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta, ancora oggi, il più valido tra gli indici di attività dei servizi disponibili.

Valore di riferimento/Benchmark. Il confronto tra territori differenti non è semplice perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento dei disturbi psichici è ancora oggi difforme tra nazione e nazione e spesso anche tra le varie regioni. In base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in diversi Progetti Obiettivo (1-2), tuttavia, il valore nazionale può essere ragionevolmente adottato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per genere e per regione, nel 2003 e nel 2010. Nel complesso, il numero di ricoveri per disturbi psichici continua a ridursi e, nel 2010, è arrivato a 41,45 (per 10.000 abitanti) tra gli uomini, 40,24 (per 10.000) tra le donne. Nel 2003, questi valori erano più alti, rispettivamente, del 14,4% e del 12,7%. Come si può evincere dal Grafico 2 il trend è, peraltro, costante negli ultimi anni poiché nel 2008 i tassi di ricovero erano, per entrambi i generi, rispettivamente, 45,8 e 43,1 (per 10.000). Le regioni che, nel 2010, mostrano i tassi di ricovero più elevati, sono la Liguria (oltre il 60 sia negli uomini che nelle donne), la PA di Bolzano, la Sicilia e la Valle d'Aosta. Al contrario, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Campania continuano a mostrare tassi standardizzati di ospedalizzazione nettamente più bassi rispetto al dato nazionale.

Va rilevato, in ogni caso, che le differenze tra le regioni, nel 2010, non si sono attenuate: se nel 2003 il rapporto tra il tasso di ricovero più alto e quello più basso era di poco inferiore a 3, nel 2010 tale rapporto assume un valore simile. In altri termini, sebbene la situazione sia globalmente in miglioramento, permangono differenze ancora molto marcate tra regione e regione.

Tali differenze emergono, peraltro, analizzando in maggior dettaglio l'andamento temporale dell'indicatore (Grafico 1): tra il 2003 ed il 2010 in Abruzzo e nella PA di Bolzano la riduzione dei ricoveri ha quasi raggiunto il 40% (con una punta per gli uomini, in Abruzzo, del 46,7%), mentre in Piemonte, Campania e Basilicata (solo tra le donne) il tasso di ricovero è cresciuto. Se tale trend può essere comprensibile in Campania, dove i tassi erano e rimangono nettamente più bassi del valore nazionale, il fenomeno è più preoccupante in Piemonte, che era in passato al di sotto del dato italiano, mentre ora

si colloca nettamente al di sopra.

Infine, se si considera il tasso di ospedalizzazione nelle tre macroaree, Nord, Centro e Sud, non emergono differenze sostanziali a livello geografico: tassi più elevati rispetto al valore nazionale si osservano sia nelle regio-

ni settentrionali che nel Meridione. Tuttavia, mentre nel 2008 il trend di riduzione dei ricoveri era evidente solo per le regioni del Nord, va rilevato che ora anche la maggioranza delle regioni meridionali mostra un trend positivo di riduzione dell'ospedalizzazione.

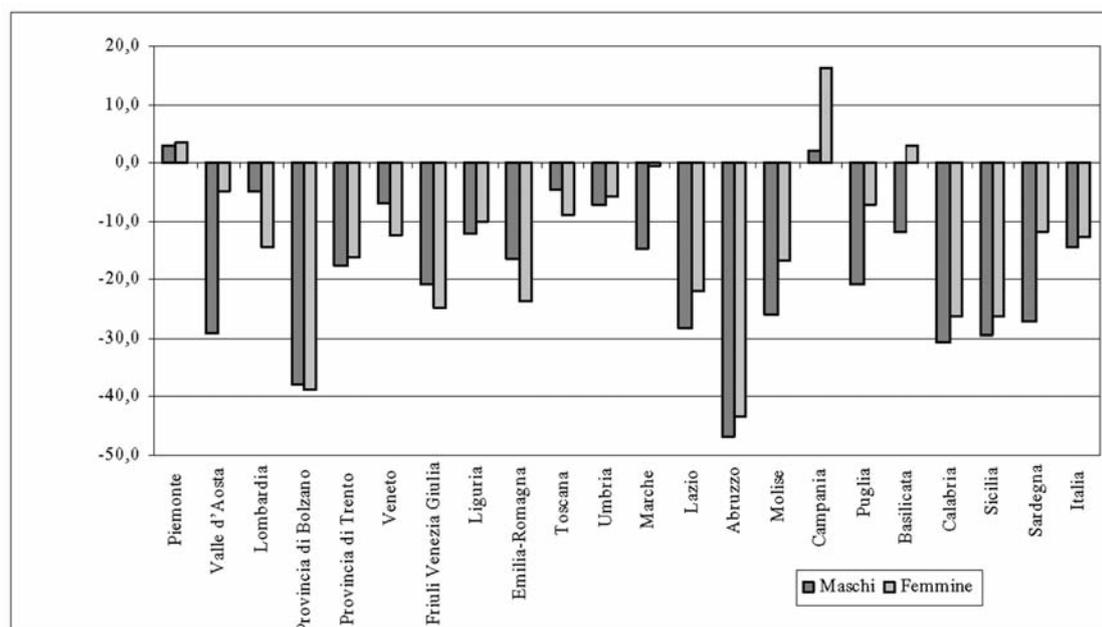
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici e variazione percentuale per genere e regione - Anni 2003, 2010

Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2010	Δ % 2003-2010	2003	2010	Δ % 2003-2010
Piemonte	43,42	44,66	2,9	44,24	45,81	3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	50,04	-29,3	53,20	50,66	-4,8
Lombardia	44,81	42,60	-4,9	46,57	39,92	-14,3
Bolzano-Bozen	83,89	52,16	-37,8	88,22	53,94	-38,9
Trento	43,53	35,90	-17,5	41,34	34,67	-16,1
Veneto	43,59	40,53	-7,0	45,39	39,70	-12,5
Friuli Venezia Giulia	31,48	24,96	-20,7	31,43	23,63	-24,8
Liguria	74,76	65,73	-12,1	70,69	63,63	-10,0
Emilia-Romagna	43,66	36,54	-16,3	47,70	36,44	-23,6
Toscana	39,13	37,35	-4,5	41,01	37,37	-8,9
Umbria	33,08	30,73	-7,1	33,50	31,61	-5,6
Marche	41,48	35,35	-14,8	33,34	33,12	-0,7
Lazio	66,00	47,25	-28,4	59,43	46,35	-22,0
Abruzzo	80,78	43,07	-46,7	73,79	41,89	-43,2
Molise	54,92	40,58	-26,1	54,66	45,44	-16,9
Campania	29,63	30,24	2,1	23,15	26,89	16,2
Puglia	39,34	31,12	-20,9	36,35	33,70	-7,3
Basilicata	45,09	39,71	-11,9	40,64	41,89	3,1
Calabria	49,11	34,06	-30,6	43,00	31,68	-26,3
Sicilia	73,65	52,02	-29,4	63,39	46,67	-26,4
Sardegna	52,03	37,92	-27,1	43,72	38,52	-11,9
Italia	48,45	41,45	-14,4	46,11	40,24	-12,7

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

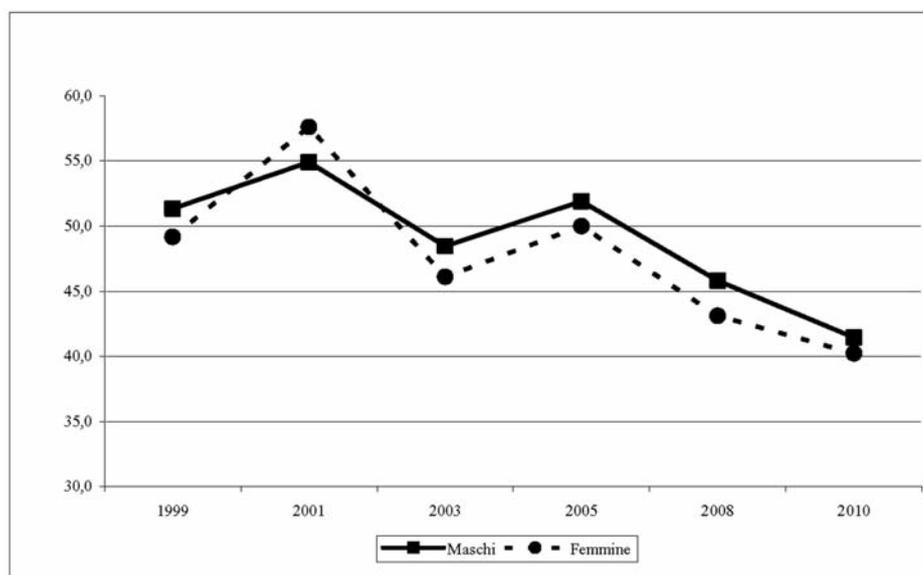
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 1 - Variazione percentuale del tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003, 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere - Anni 1999-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2010 confermano la tendenza alla riduzione dei ricoveri che già era evidente negli anni precedenti.

Rispetto a 7 anni or sono, i ricoveri complessivi si sono ridotti di quasi il 15%. È, inoltre, da sottolineare come tale trend discendente sia ormai costante da almeno 4 anni, dopo alcuni rimbalzi che avevano fatto temere una sostanziale inefficacia delle politiche socio-sanitarie messe in atto nell'ultimo decennio.

Da un lato, occorre ricordare come, dal 1999 al 2009, il tasso di dimissione ospedaliera per tutte le cause è sceso di circa il 25%, ovvero di una quota maggiore a quella dei ricoveri per disturbi mentali (circa il 18%). Di conseguenza, è possibile che la riduzione osservata del tasso di ricovero sia esclusivamente un effetto della riduzione complessiva del ricorso all'ospedale. D'altro canto, occorre in ogni caso identificare quelle che possono essere le cause della riduzione del ricorso all'ospedale. In tal senso, i dati osservati possono far supporre che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). Al contrario, nelle regioni dove il tasso di ospedalizzazione è decisamente più elevato del dato nazionale o è cresciuto nel tempo (in particola-

re, in Piemonte), è probabile che vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale e permangano, quindi, ancora notevoli margini di miglioramento (anche in virtù dell'adozione delle misure citate). Come, infatti, ha evidenziato anche l'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2011-2013) (3), oltre alla necessità di uniformare la distribuzione sul territorio dei servizi che si occupano di salute mentale, sono diventati obiettivi primari la differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni e della tipologia di pazienti (ad esempio, in base al grado di assistenza richiesta), nonché il miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale. Sicuramente, ulteriori risultati potrebbero derivare dal rafforzamento dei rapporti con la medicina generale e dalla implementazione di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" (4) con lo scopo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione e rafforzare gli interventi in quegli ambiti che necessitano di particolare attenzione (come, ad esempio, tutelare la salute mentale nell'età evolutiva, promuovere una forma di assistenza dei pazienti di tipo domiciliare, in modo da favorire la loro re-inclusione sociale e lavorativa); tutto ciò allo scopo di migliorare la qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona ed all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

Riferimenti bibliografici

(1) DPR 07.04.1994 “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996”. Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrapho_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.

(2) DPR 01.09.1999 “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000”. Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf.

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

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

(4) Ministero della Salute. “Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale”. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf.

Ospedalizzazione per patologie alcol correlate

Significato. Il tasso descrive l'andamento del ricovero per patologie alcol correlate nelle strutture pubbliche e private accreditate. L'indicatore è espresso dal rapporto tra il numero di

soggetti dimessi per patologie alcol correlate (vedi nota) e la popolazione media residente.

I tassi sono stati calcolati per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010 standardizzati per genere e classi di età.

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate*

Numeratore	Dimissioni per patologie alcol correlate (diagnosi primaria e secondaria)	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

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

Abuso di alcool	303.0, 305.0
Cardiomiopatia alcolica	425.5
Sindrome da dipendenza da alcol	303.9
Polineuropatia alcolica	357.5
Gastrite alcolica	535.3
Malattia epatica alcolica	571.0-571.3
Miopatia alcolica	359.4
Psicosi alcolica	291.3, 291.5, 291.85, 291.9
Sindrome fetale alcolica	655.4, 760.7
Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol	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. L'indicatore rappresenta una stima di alcune delle patologie più frequenti (vedi codici ICM in nota) legate all'uso ed all'abuso di sostanze alcoliche che sono state raggruppate in un unico indicatore. La scelta delle patologie, che non è perfettamente corrispondente a quelle indicate in letteratura ed utilizzate dal Ministero della Salute, quali totalmente o parzialmente alcol correlate, deriva dalla necessità di confronto con i dati presentati nel Rapporto Osservasalute gli scorsi anni. Pertanto, se da una parte non può essere rappresentato il *burden of disease* che concerne le patologie, dall'altra sono, comunque, rappresentate patologie di elevata frequenza ed indicative sia del ruolo dell'alcol in eventi acuti che conseguenti a consumi rilevanti nel tempo, nonché l'influenza dell'alcol sulla gravidanza. Il raggruppamento si rende necessario per la scarsa frequenza di ogni singola patologia che risentirebbe di fluttuazioni casuali. Non viene, inoltre, presa in considerazione la mobilità dei pazienti residenti in regioni diverse da quelle di diagnosi e cura anche se è poco probabile. L'indicatore si riferisce anche alle patologie acute che interessano tutte le fasce di popolazione, pertanto il tasso è stato costruito considerando tutte le classi di età.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore nazionale è stato adottato come valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il tasso nazionale di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate, nel 2010, resta sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente, seppur mostrando lievemente il continuo trend in diminuzione nella popolazione femminile (Tabella 1).

Analizzando i dati regionali stratificati per genere (Grafici 1 e 2), si può notare che, per le PA di Bolzano e Trento, i tassi diminuiscono in maniera più marcata rispetto alle altre regioni, sia negli uomini che nelle donne, rispetto al 2009; anche Valle d'Aosta e Liguria mostrano un continuo trend in diminuzione, ma in maniera più rilevante nel genere maschile rispetto a quello femminile.

Seppur in maniera meno evidente, anche Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia presentano tassi inferiori rispetto al 2009, in entrambi i generi. Toscana, Campania e Sicilia registrano, inoltre, i tassi più bassi negli uomini rispetto alle altre regioni ed al valore nazionale.

I tassi più elevati si registrano nella popolazione maschile di Basilicata, Molise e Sardegna per il Meridione e Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e PA di Trento per il Nord, che si assestano su valori di almeno un terzo superiori al dato nazionale.

Stratificando i risultati per fasce di età e genere (Grafici 3 e 4), si evidenzia un maggior tasso di

dimissioni nelle fascia di età 55-64, sia negli uomini che nelle donne, i cui valori nazionali restano sostanzialmente invariati rispetto all'anno precedente, ma in costante diminuzione rispetto al quadriennio 2007-2010.

Considerando le singole regioni, si rileva che i soggetti di genere maschile di Valle d'Aosta e PA di Bolzano mostrano valori triplicati rispetto al dato

nazionale nelle fasce di età 55-64, 65-74 ed *over* 75enni, mentre valori doppi si rilevano per PA di Trento e Friuli Venezia Giulia nelle suddette fasce, in Basilicata e Sardegna nella fascia 55-64 anni.

Nelle donne la fascia di età con valori di dimissioni più elevati si conferma essere quella 55-64 anni, con dati maggiori in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e Trento.

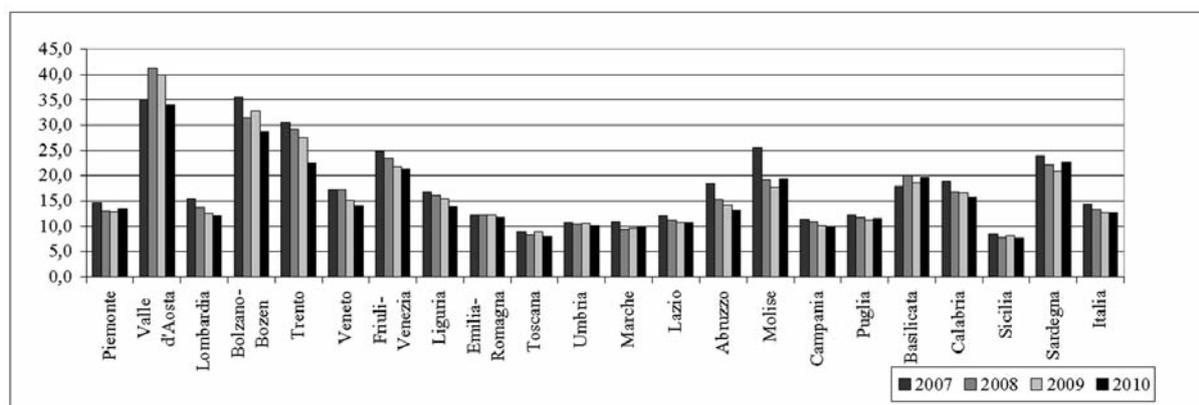
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007			2008			2009			2010		
	M	F	Totale									
Piemonte	14,64	4,06	9,04	13,02	3,77	8,13	12,86	3,09	7,67	13,60	3,01	7,99
Valle d'Aosta	35,04	10,88	22,38	41,16	8,93	24,16	39,91	9,66	23,52	34,10	9,27	20,88
Lombardia	15,53	3,54	9,06	13,69	3,01	7,95	12,61	2,68	7,27	12,04	2,58	6,95
Bolzano-Bozen	35,51	8,68	21,17	31,40	10,85	20,56	32,77	8,53	19,89	28,68	7,51	17,46
Trento	30,45	7,14	17,96	29,24	6,93	17,16	27,57	7,19	16,24	22,43	5,93	13,61
Veneto	17,26	4,68	10,46	17,24	4,22	10,23	15,22	3,91	9,13	14,09	3,58	8,48
Friuli Venezia Giulia	24,70	6,81	14,98	23,37	5,89	13,83	21,75	5,88	13,16	21,26	5,49	12,68
Liguria	16,79	4,52	10,23	16,19	4,86	10,12	15,44	3,74	9,20	13,94	3,43	8,33
Emilia-Romagna	12,29	3,00	7,35	12,16	3,09	7,33	12,27	2,84	7,24	11,82	2,47	6,87
Toscana	8,95	2,76	5,66	8,29	2,90	5,41	8,95	2,37	5,42	7,95	2,48	5,01
Umbria	10,71	2,03	6,09	10,47	2,71	6,36	10,69	2,15	6,14	10,20	2,52	6,14
Marche	11,02	2,06	6,30	9,49	2,28	5,66	9,56	2,60	5,86	9,87	2,08	5,75
Lazio	12,11	2,38	6,92	11,32	2,13	6,39	10,85	2,28	6,26	10,72	2,36	6,24
Abruzzo	18,32	3,82	10,67	15,39	3,38	9,08	14,27	2,95	8,26	13,25	2,51	7,61
Molise	25,53	3,91	14,24	19,25	3,69	11,09	17,80	3,06	10,16	19,37	2,46	10,65
Campania	11,48	2,55	6,78	10,92	2,56	6,53	10,13	2,33	6,01	9,72	1,92	5,60
Puglia	12,27	3,39	7,61	11,72	3,15	7,22	11,27	2,49	6,64	11,56	2,49	6,76
Basilicata	17,88	3,08	10,20	19,99	2,13	10,67	18,53	2,91	10,39	19,72	2,36	10,63
Calabria	18,82	3,27	10,69	16,87	3,42	9,82	16,72	2,71	9,40	15,81	2,43	8,79
Sicilia	8,51	1,68	4,91	7,76	1,38	4,39	8,09	1,59	4,66	7,74	1,36	4,36
Sardegna	24,00	3,24	13,07	22,17	2,83	12,00	20,90	2,60	11,22	22,72	2,61	12,06
Italia	14,35	3,34	8,49	13,34	3,13	7,91	12,78	2,84	7,48	12,78	2,75	7,44

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

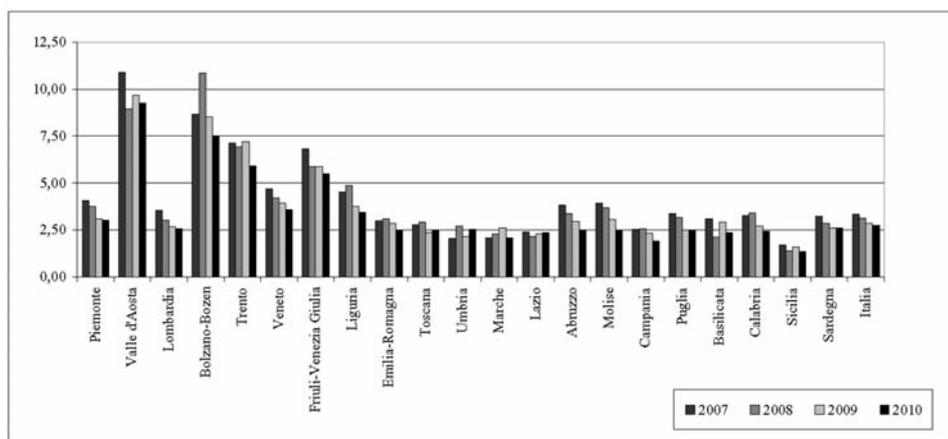
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per regione. Maschi - Anni 2007-2010



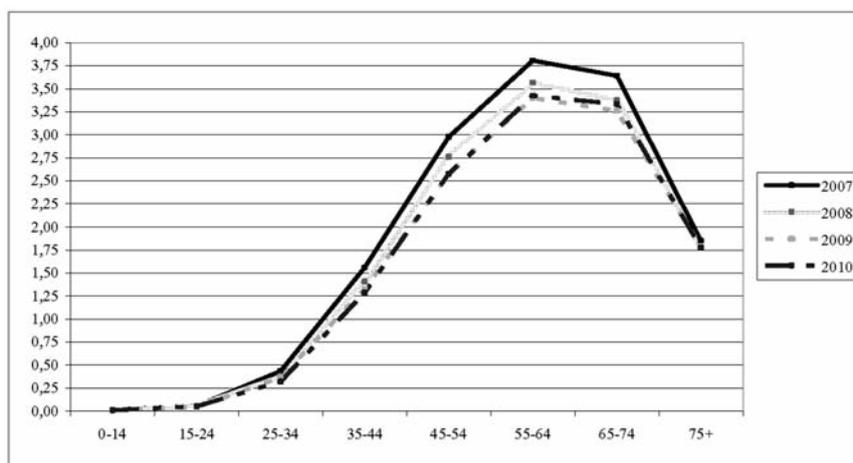
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per regione. Femmine - Anni 2007-2010



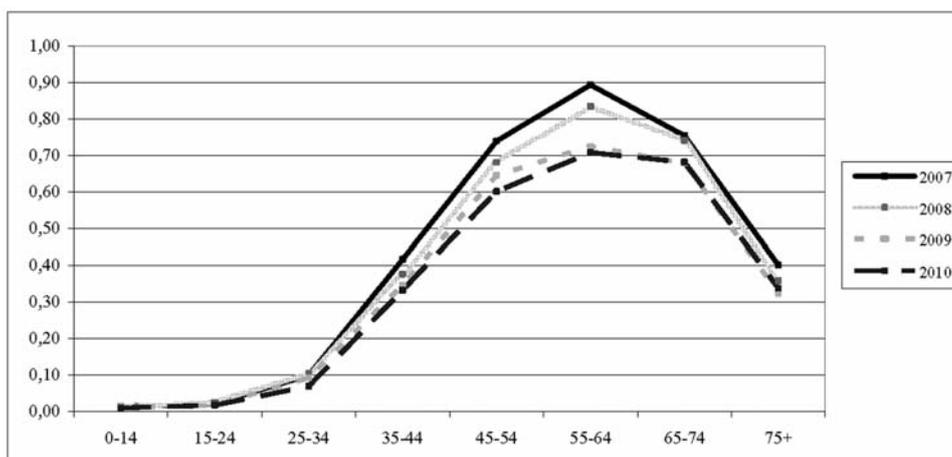
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 3 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per classe di età. Maschi - Anni 2007-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 4 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate per classe di età. Femmine - Anni 2007-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I tassi di ospedalizzazione per patologie alcol correlate, standardizzati per genere e classi di età, mostrano la continua tendenza alla diminuzione, seppur in maniera lieve, rispetto all'anno precedente.

La variabilità regionale riscontrata potrebbe essere dovuta ad una differente funzionalità ed accessibilità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di prevenzione che di cura.

Particolare attenzione deve essere posta nella lettura dei risultati, poichè l'indicatore utilizzato prende in considerazione sia patologie acute (ad esempio, eccessivo livelli ematici di alcol), per le quali il ricovero avviene in urgenza, sia patologie croniche (ad esempio, cardiomiopatia alcolica, malattia epatica alcolica etc.), per le quali l'accesso alla struttura ospedaliera potrebbe essere effettuato per altre patologie.

Inoltre, come segnalato dal Ministero della Salute (1), l'appropriatezza del ricovero potrebbe influenzare i dati.

L'implementazione di strategie di controllo, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali ed il potenziamento delle strutture territoriali, non sempre omogenee sul territorio nazionale, potrebbero portare ad ulteriori progressi ed alla continua diminuzione dell'ospedalizzazione per le patologie correlate all'abuso di sostanze alcoliche.

Riferimenti bibliografici

(1) Programma Operativo di Appropriatezza. Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza. Ministero della Salute.

Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1492_allegato.pdf (Ultimo accesso 20/9/2012).

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Significato. L'indicatore utilizzato permette di valutare in modo indiretto la frequenza di alcune patologie

del sistema nervoso centrale, nonché i volumi di prescrizione di farmaci a livello nazionale e regionale.

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

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. L'utilizzo dei flussi informativi attraverso i dati provenienti dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali permette di descrivere l'andamento della prescrizione e delle vendite di farmaci in funzione del tempo e di studiarne la variabilità prescrittiva nelle diverse aree geografiche. Allo stesso modo, le banche dati che registrano le ricette erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) permettono di analizzare la variabilità della spesa farmaceutica.

La metodologia Dose Definita Giornaliera (DDD) rappresenta la metodologia standard internazionale della prescrizione di farmaci ed è, a tutt'oggi, il metro di misura dei volumi di prescrizione di farmaci o di categorie farmaceutiche. L'indicatore, inoltre, tenendo conto della popolazione residente, permette di confrontare i volumi di prescrizioni relativi alle diverse realtà regionali.

Un limite dell'indicatore è dovuto al fatto che la DDD (1) rappresenta unicamente la dose di mantenimento e non quella di terapia iniziale (dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso). Nella lettura epidemiologica dei dati la DDD, per le terapie brevi, rappresenta unicamente un sistema di confronto dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata, soprattutto per quanto riguarda i farmaci antidepressivi.

Nonostante i limiti, il sistema DDD rappresenta il metodo standard per confrontare i dati regionali tra loro e con quelli nazionali o, eventualmente, con quelli internazionali, essendo una metodologia sottoposta a periodica revisione dal *Nordic Council of Medicine* di Uppsala (Svezia) (2).

Valore di riferimento/Benchmark. Si consideri, quale valore di riferimento, il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Farmaci antipsicotici (classe N05A)

Questa classe di farmaci presenta un trend in diminuzione negli ultimi 10 anni, fatta eccezione per il 2009 in cui si è osservato un lieve incremento (Tabella 1 e Grafico 1). Osservando i dati regionali, si può notare una riduzione di prescrizioni più accentuata, rispetto agli anni precedenti, per alcune regioni. In particolare, la Calabria mostra una riduzione della metà delle prescrizioni, passando da valori doppi nel 2010 a valori appena al di sopra del dato nazionale nel 2011.

Un aumento di prescrizione di antipsicotici, nel 2010, si osserva nelle PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sicilia, con valori in lieve diminuzione nel 2011, fatta eccezione per la PA di Bolzano. L'Abruzzo e la Sicilia, inoltre, mantengono valori più che doppi rispetto al dato nazionale.

Farmaci antidepressivi (classe N06A)

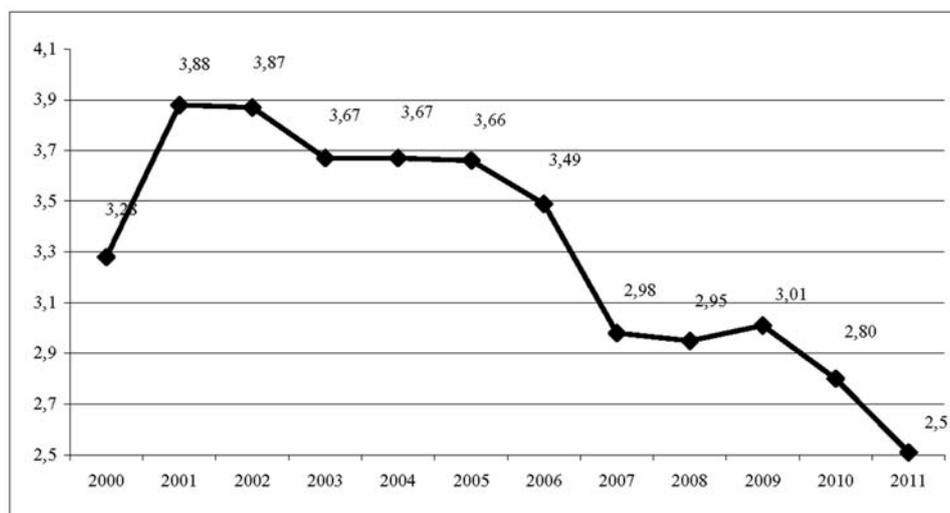
Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra un continuo aumento negli ultimi 10 anni (Tabella 2 e Grafico 2). In Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia si osservano valori al di sotto del dato nazionale, in particolare valori bassi si registrano in Friuli Venezia Giulia, Campania, Basilicata e Puglia. Così come negli anni precedenti, il valore più elevato si osserva in Toscana.

Tabella 1 - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antipsicotici pesato per età e per regione - Anni 2000-2011

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69	3,55	3,54	3,51	2,20	1,90
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	1,88
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71	2,63	2,73	2,78	2,70	2,50
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	4,85	2,79	2,27	2,20	2,13	2,52	2,56
Trento	-	-	-	-	-	2,40	2,19	2,18	2,09	2,05	2,15	2,12
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04	1,97	1,98	2,05	1,91	1,72
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	1,48
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02	2,04	2,06	2,04	1,91	1,78
Emilia-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64	1,58	1,56	1,54	1,53	1,43
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25	2,13	2,12	2,12	2,06	1,97
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31	1,20	1,20	1,16	1,17	1,21
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09	2,04	2,12	2,26	2,09	2,06
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01	4,15	2,46	2,25	2,23	2,10
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59	5,81	6,13	6,34	6,57	6,48
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20	3,06	3,70	3,82	3,05	3,00
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15	3,00	3,15	3,20	3,08	2,70
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37	3,13	3,26	3,56	3,09	2,82
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82	3,02	3,05	3,14	2,80	2,77
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55	6,39	6,76	6,42	5,35	2,54
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61	3,66	4,79	5,21	5,32	4,83
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80	4,08	4,10	4,08	3,98	3,77
Italia	3,28	3,88	3,87	3,67	3,67	3,66	3,49	2,98	2,95	3,01	2,80	2,51

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

Grafico 1 - Trend nazionale dei farmaci antipsicotici (classe N05A) - Anni 2000-2011

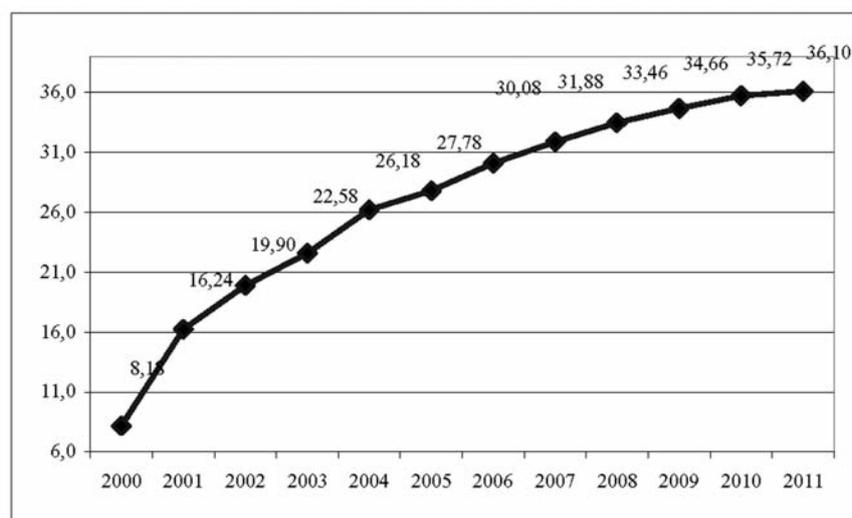
Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

Tabella 2 - Consumo (in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e per regione - Anni 2000-2011

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	39,90
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	34,21
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	33,37
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	44,02
Trento	-	-	-	-	-	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	33,62
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	33,42
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	29,32
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	48,05
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	42,17
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	55,82
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	43,48
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	37,99
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	34,08
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	34,70
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,28
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	27,82
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	29,08
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	28,95
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	33,41
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	31,04
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	42,88
Italia	8,18	16,24	19,90	22,58	26,18	27,78	30,08	31,88	33,46	34,66	35,72	36,10

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

Grafico 1 - Trend nazionale dei farmaci antidepressivi (classe N06A) - Anni 2000-2011

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per quanto riguarda i farmaci antipsicotici, la prescrizione di farmaci ha subito una diminuzione negli ultimi 4 anni, dato probabilmente destinato a diminuire ulteriormente a causa della numerosità degli eventi avversi dimostrati dall'utilizzo continuativo di tali terapie.

Il trend dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi mostra, al contrario, un continuo aumento che difficilmente vedrà un'inversione di tendenza. Questo

potrebbe essere imputato a due fattori principali. Il primo è la facilità di utilizzo della tipologia farmaceutica. Infatti, sempre più spesso le forme di depressione lievi vengono trattate dai Medici di Medicina Generale senza il supporto specialistico, motivo per cui senza un adeguato controllo il volume di farmaci prescrivibili, tramite il SSN, potrebbe essere destinato ad aumentare, con relativo aumento della spesa.

Il secondo, e forse di maggior importanza, dipende dalle ultime stime dell'Organizzazione Mondiale del-

la Sanità (3) dalle quali emerge che, nel 2020, la depressione sarà la seconda causa di morte nei Paesi occidentali, con crescente e continuo utilizzo dei farmaci correlati.

La variabilità interregionale potrebbe essere imputata ad inappropriatezza prescrittiva nelle regioni meno virtuose.

Alla luce dei risultati mostrati, potrebbe rendersi necessaria una riflessione che miri a trovare i giusti supporti nelle strutture territoriali per la diagnosi e la

cura delle patologie depressive in modo da migliorare, laddove possibile, l'appropriatezza prescrittiva.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito:

www.agenziafarmaco.gov.it/wscs_render_attachment_by_id/111.61850.1150390484813676c.pdf?id=111.61855.1150390485109.

(2) Disponibile sul sito:

www.whocc.no/filearchive/publications/2011guidelines.pdf. Ultimo accesso 5 dicembre 2012.

(3) Rapporto osmed 2011. AIFA, luglio 2011.

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 per cui anche i 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*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

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

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10) (5) e dai dati sulla popolazione residente raccolti dall’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 bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (16 casi registrati nel biennio 2008-2009) 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 (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 (relativo al biennio 2008-2009, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2008-2009, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,43 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,23 per 100.000 (Tabella 1). Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,12 per le donne (Tabella 2). La distribuzione dei tassi specifici per età (Tabella 1, Grafici 1 e 2) mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età. Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni di età ed il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,20 suicidi per 100.000 abitanti nella classe di età 65-69 a 32,72 per 100.000 tra gli *over 84enni*). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 65-69 anni (4,64 per 100.000), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (3,71 tra le donne di 85 anni ed oltre) (dati non presenti in tabella).

L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio troviamo, infatti, la PA di Bolzano (12,00 per 100.000), la Valle d’Aosta (10,53 per 100.000), il Piemonte (9,84 per 100.000), l’Emilia-Romagna (9,25 per 100.000) ed anche la Sardegna (11,99 per 100.000); all’estremo opposto, con i tassi più bassi (che sono circa la metà se comparati a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate) troviamo la

Campania (4,98 per 100.000), il Lazio (5,32 per 100.000), la Puglia (5,51 per 100.000), la Sicilia (6,28 per 100.000) ed, al Nord, la Liguria (4,82 per 100.000) (Tabella 1). Per gli uomini le regioni con i tassi di suicidio più elevati al Nord sono la PA di Bolzano (19,89 per 100.000), la Valle d'Aosta (19,02 per 100.000), il Piemonte (16,49 per 100.000), l'Emilia-Romagna (15,18 per 100.000) ed, al Sud, la Sardegna (20,41 per 100.000) ed il Molise (15,06 per 100.000). Per le donne i livelli di mortalità per suicidio più elevati si riscontrano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 5,52 e 4,23 per 100.000), in Piemonte (4,13 per 100.000), in Emilia-Romagna (4,35 per 100.000) ed in Sardegna (4,53 per 100.000) (Tabella 2).

Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale (Grafico 3), mostra una riduzione del tasso a partire dal-

la metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni di osservazione (con 3.870 suicidi nel 2009). L'incremento registrato osservato negli anni più recenti è stato dovuto, pressoché esclusivamente, ad un aumento dei suicidi tra gli uomini per i quali il tasso standardizzato è passato da 11,70 (per 100.000) nel 2006 e nel 2007 ad un valore di 11,90 (per 100.000) nel 2008 e di 12,20 (per 100.000) nel 2009 (Grafico 3). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni di disponibilità del dato si evince che l'aumento della mortalità per suicidio ha riguardato soprattutto gli uomini nella fascia di età 25-69 anni (Grafico 4).

Tabella 1 - Tasso grezzo e standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio, classe di età e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	3,04	9,15	14,07	16,19	10,46	9,84
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	8,23	10,97	31,66	10,95	10,53
Lombardia	2,05	7,03	8,06	9,93	7,27	7,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,52</i>	<i>11,28</i>	<i>14,99</i>	<i>19,63</i>	<i>12,16</i>	<i>12,00</i>
<i>Trento</i>	<i>4,87</i>	<i>7,82</i>	<i>8,99</i>	<i>15,16</i>	<i>8,64</i>	<i>8,40</i>
Veneto	2,26	7,48	8,09	10,67	7,69	7,49
Friuli Venezia Giulia	-	6,91	12,96	8,29	7,66	7,16
Liguria	-	4,64	5,92	9,03	5,35	4,82
Emilia-Romagna	1,44	8,10	12,17	20,76	10,04	9,25
Toscana	1,65	6,44	11,90	18,74	8,64	7,81
Umbria	3,24	7,01	11,52	16,34	8,72	8,08
Marche	1,76	7,18	9,78	17,87	8,70	8,17
Lazio	1,16	4,92	6,77	9,17	5,43	5,32
Abruzzo	1,88	6,57	11,31	12,30	7,64	7,45
Molise	11,12	7,14	9,10	14,78	8,58	8,45
Campania	1,82	4,39	6,07	9,64	4,87	4,98
Puglia	1,82	4,57	7,94	11,40	5,48	5,51
Basilicata	5,56	6,60	14,63	9,93	7,85	7,65
Calabria	1,03	5,70	11,23	9,62	6,46	6,61
Sicilia	2,00	5,74	9,17	8,92	6,24	6,28
Sardegna	5,29	11,16	15,81	17,94	12,10	11,99
Italia	2,05	6,58	9,60	12,73	7,43	7,23

- = 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 dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

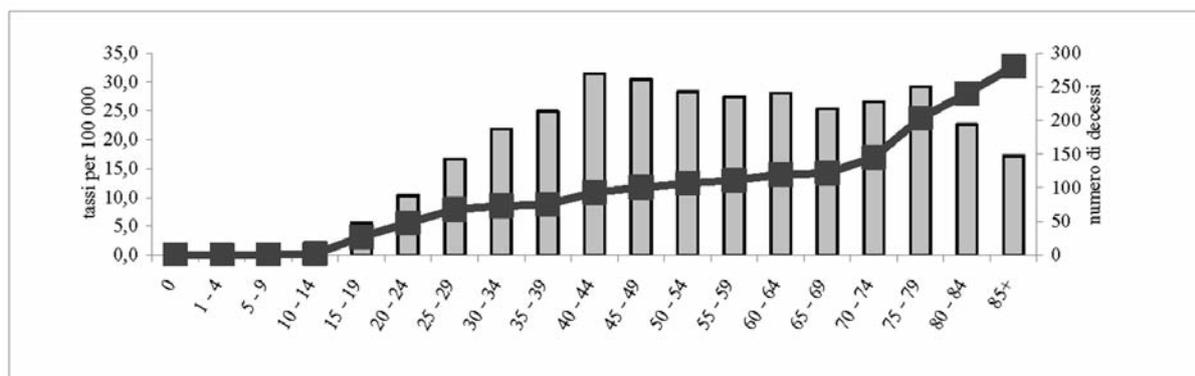
Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,49	4,13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,02	2,73
Lombardia	11,69	3,06
Bolzano-Bozen	19,89	5,52
Trento	13,86	4,23
Veneto	12,30	3,26
Friuli Venezia Giulia	11,21	3,50
Liguria	8,10	2,21
Emilia-Romagna	15,18	4,35
Toscana	13,40	3,24
Umbria	14,36	2,69
Marche	14,16	2,99
Lazio	8,81	2,45
Abruzzo	11,42	3,90
Molise	15,06	2,48
Campania	8,05	2,35
Puglia	9,18	2,36
Basilicata	12,41	3,31
Calabria	11,20	2,51
Sicilia	10,49	2,63
Sardegna	20,41	4,53
Italia	12,05	3,12

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

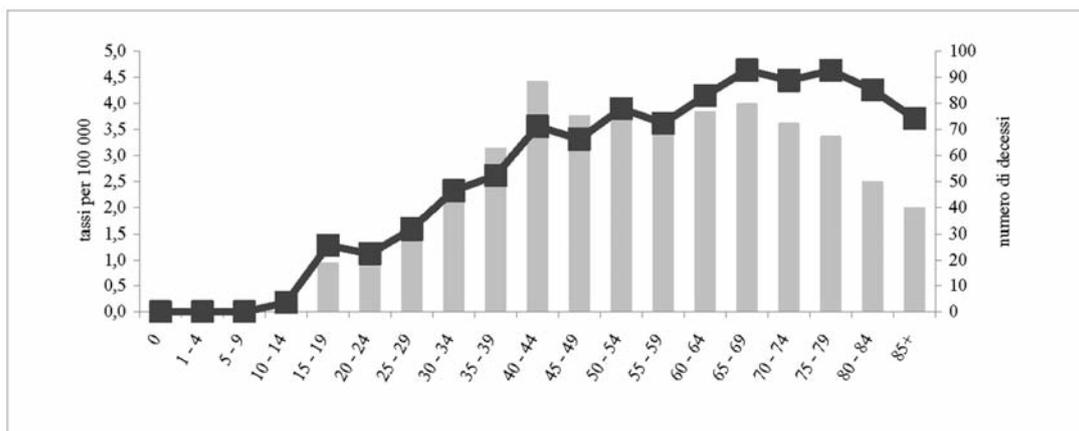
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Maschi - Anni 2008-2009



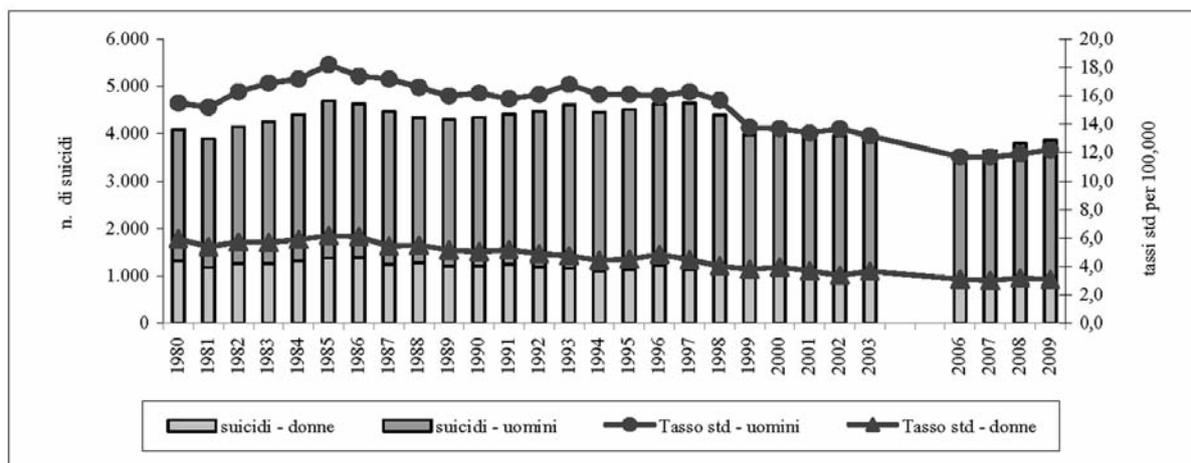
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Femmine - Anni 2008-2009



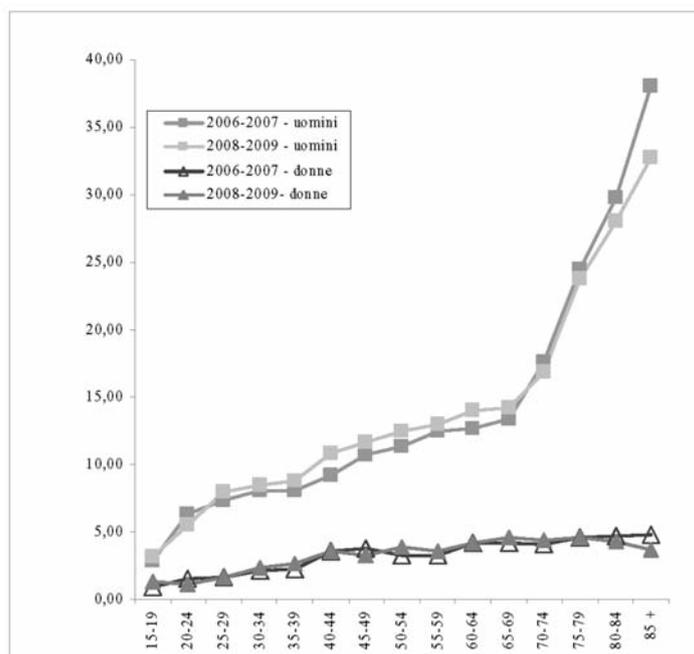
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 3 - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (per 100.000) per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2012.

Grafico 4 - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007 e 2008-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni 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 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree di azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being*. Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" ha ripreso questo tema tra le aree d'intervento (6, 7). Il nostro Paese si colloca ancora tra quelli europei a più basso rischio di suicidio, ma l'incremento della mortalità che si sta osservando negli ultimi anni, sebbene meno marcato rispetto a quello che si è registrato in altri Paesi europei, necessita di essere attentamente monitorato (8).

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 (6) indicano, tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio, anche la riduzione della disponibilità ed 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. Nell'ambito della programmazione di politiche d'intervento, occorre poi tener conto che il decesso per suicidio si ripercuote

con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

L'integrazione di fonti di dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della Salute ed i Centri Antiveneni presenti in alcune regioni, potrebbe fornire in futuro ulteriori e fondamentali informazioni sul fenomeno suicidario per il quale la mortalità rappresenta solo la punta dell'iceberg.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche d'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.
- (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: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_allegato.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).