

Salute mentale e dipendenze

Le patologie mentali, le disabilità e le problematiche ad esse correlate rappresentano un fondamentale argomento che deve essere inserito nell'agenda della Sanità Pubblica come priorità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce la salute mentale come 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.

Di recente, al fine di valutare gli impatti epidemiologici, clinici ed economici correlati alla diffusione di queste importanti patologie nel mondo, l'OMS ha promosso la realizzazione di uno studio che ha evidenziato come i disturbi relativi alle malattie mentali rivestano 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.

Il presente Capitolo risulta fondamentale per la descrizione e il dimensionamento del carico di malattia imputabile a questo gruppo di patologie e per dare una panoramica, seppur con i limiti riconosciuti, relativa alla risposta fornita dal Servizio Sanitario Nazionale.

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

Altri indicatori storici, in quanto già riportati nei Rapporti Osservasalute degli anni precedenti, in grado di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita, ma che poco si muovono come trend temporale da un anno all'altro, potranno essere consultati, opportunamente aggiornati con i dati più recenti, direttamente sul sito dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (1).

Il consumo di farmaci antidepressivi ed il relativo trend sono dati certamente meritevoli di un'attenta e critica lettura: tale indicatore, infatti, non rappresenta il quadro complessivo dei farmaci utilizzati per indicazione psichiatrica, ma ci segnala, oltre alla conferma del trend in crescita esponenziale degli ultimi anni, importanti differenze interregionali da non sottovalutare perché non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia ma, anche, ad una variabilità relativa all'accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

Non si può prescindere dal considerare che le malattie psichiatriche rappresentano gruppi di patologie il cui impatto sulla salute e sulla società è trasversale per età e livelli sociali interessati ed importanti sono anche i costi diretti ed indiretti. A tal fine, ove possibile, i dati sono stati trattati per genere con l'intento di analizzare eventuali differenze.

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

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.osservasalute.it.

Ospedalizzazione per patologie neurodegenerative

Significato. Le patologie neurodegenerative determinano un elevato carico di malattia nella popolazione adulta, in particolar modo quella anziana, soprattutto in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale sia per i familiari che per il Servizio

Sanitario Nazionale. Gli indicatori di seguito descritti riportano il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere da istituti pubblici e privati accreditati per Malattia di Alzheimer (MA) e Malattia di Parkinson (MP), osservate nel quadriennio 2010-2013.

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

Numeratore	Dimissioni per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer da istituti pubblici e privati accreditati	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

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

Validità e limiti. I tassi riportati sono riferiti, esclusivamente, alla diagnosi principale e non tengono in considerazione le diagnosi secondarie; i gruppi di diagnosi principale per i quali sono riportati i tassi di ospedalizzazione nelle tabelle considerano la classe di patologie codificata come “Hereditary and degenerative diseases of the central nervous system” (ICD-9-CM 330-337) ed, in particolare, considerano la MP (ICD-9-CM 332) e la MA (ICD-9-CM 331) negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013. Inoltre, la standardizzazione dei tassi per età permette di eliminare l’effetto esercitato dalle dinamiche di invecchiamento e dalla struttura demografica sui livelli di ospedalizzazione nelle diverse regioni. Ciò consente di confrontare il medesimo indicatore nel tempo (con riferimento ad una specifica area geografica in anni diversi) e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese). Come tutti i tassi standardizzati, però, il tasso di dimissioni ospedaliere standardizzato non rappresenta una misura reale, poichè indica il valore che il tasso, per una certa diagnosi, assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Questo può costituire un limite qualora si desideri avere la misura reale, cioè osservata, del fenomeno. Per questo motivo la scelta della popolazione standard rappresenta un momento critico della procedura e deve essere effettuata con molta ocularità; soprattutto nell’analisi delle differenze territoriali si dovrebbe evitare, ad esempio, di assumere standard troppo lontani da quelli dell’area geografica analizzata che fornirebbero immagini distorte dei differenziali reali. Inoltre, i tassi potrebbero essere parzialmente condizionati da un’imprecisa rilevazione dei dati da parte delle diverse regioni, che potrebbe pregiudicare il lavoro delle regioni più virtuose, e dall’effetto indiretto che il sistema dei DRG può avere sulla codifica delle dimissioni ospedaliere. Infine, questi indicatori, essendo basati esclusivamente, su dati ospedalieri,

non includono gli eventi ed i decessi che si verificano al di fuori dell’ospedale e, quindi, non possono dare un quadro completo ed esaustivo dell’occorrenza della malattia.

Valore di riferimento/Benchmark. Un vero e proprio valore di riferimento non può essere individuato. I dati regionali vengono, quindi, confrontati con quelli nazionali.

Descrizione dei risultati

Nel 2013, nella Valle d’Aosta, nelle PA di Bolzano e Trento, in Liguria, nel Centro del Paese, in Puglia ed in Sardegna, il tasso di pazienti dimessi risulta maggiore rispetto al dato nazionale (10,87 per 10.000). Nelle suddette regioni (ad eccezione della Sardegna) il tasso di dimissioni è più elevato negli uomini. Le regioni con i tassi più bassi risultano essere Veneto, Friuli Venezia Giulia, Campania e Calabria (Tabella 1).

Il trend nazionale, nel quadriennio 2010-2013, ha mostrato una costante riduzione sia come valore totale (da 12,63 a 10,87 per 10.000) che nella stratificazione per genere (da 14,01 a 12,12 per 10.000 negli uomini; da 11,61 a 9,96 per 10.000 nelle donne) (Grafico 1).

Analizzando i dati regionali, si può notare una variabilità del trend sia negli uomini che nelle donne, ma non è possibile fornire particolari considerazioni legate alla macroarea geografica di riferimento. Negli uomini il trend in diminuzione si osserva in quasi tutte le regioni. In Valle d’Aosta, PA di Trento, Umbria, Marche e Basilicata la riduzione è presente in tutti gli anni considerati tranne per il 2013 in cui si registra una ripresa. Anche per le donne si evidenzia un trend in riduzione in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo e Calabria che mostrano un trend in aumento. Nel 2013, le dimissioni ospedaliere da istituti pubblici e privati accreditati per MP e MA, considerando la distribuzione per genere ed età,

mostrano per entrambi i generi, anche se maggiore negli uomini, un incremento all'aumentare dell'età che

si evidenzia in modo particolare nella classe di età 75 anni ed oltre (Grafico 2).

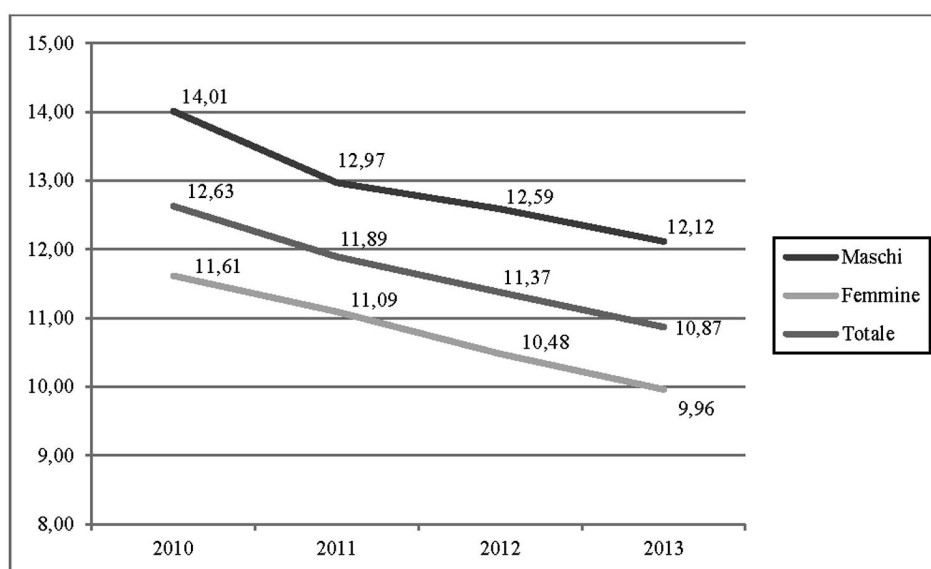
Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010			2011			2012			2013		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	12,82	9,67	10,95	12,38	9,00	10,42	12,15	9,04	10,35	11,18	8,58	9,66
Valle d'Aosta	15,28	12,96	14,04	14,98	13,77	14,32	13,01	12,59	12,95	17,42	8,13	11,95
Lombardia	14,58	11,99	13,07	13,14	10,89	11,84	11,87	9,51	10,48	11,10	8,93	9,84
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,76</i>	<i>18,40</i>	<i>17,88</i>	<i>16,91</i>	<i>16,56</i>	<i>16,87</i>	<i>17,77</i>	<i>14,85</i>	<i>16,07</i>	<i>16,62</i>	<i>15,01</i>	<i>15,63</i>
<i>Trento</i>	<i>13,35</i>	<i>12,45</i>	<i>12,78</i>	<i>12,24</i>	<i>11,73</i>	<i>11,93</i>	<i>11,29</i>	<i>11,10</i>	<i>11,24</i>	<i>12,13</i>	<i>10,64</i>	<i>11,30</i>
Veneto	11,25	8,81	9,81	9,79	8,33	8,94	9,51	7,78	8,51	9,49	7,50	8,31
Friuli Venezia Giulia	10,76	8,25	9,29	9,92	7,82	8,63	8,57	7,15	7,77	8,62	6,40	7,29
Liguria	14,70	12,74	13,57	13,51	12,08	12,73	12,88	11,21	11,88	12,71	10,51	11,42
Emilia-Romagna	13,85	11,33	12,37	13,57	11,61	12,42	12,91	10,61	11,58	12,41	9,62	10,79
Toscana	13,72	12,02	12,79	12,93	11,70	12,25	12,69	10,67	11,55	11,67	10,42	10,99
Umbria	13,63	12,41	13,01	12,70	10,90	11,72	11,69	10,89	11,30	12,14	10,71	11,35
Marche	19,59	17,85	18,62	19,34	17,79	18,45	18,31	17,54	17,91	19,23	16,57	17,72
Lazio	17,94	14,49	15,94	14,69	12,58	13,47	15,31	12,63	13,74	16,09	12,30	13,87
Abruzzo	15,50	13,32	14,26	16,73	15,63	16,14	17,66	14,82	16,05	16,08	15,46	15,74
Molise	14,27	11,40	12,70	11,17	10,13	10,54	11,56	9,60	10,40	10,28	9,15	9,58
Campania	10,16	8,10	8,98	9,82	8,16	8,88	9,87	7,64	8,61	9,70	7,60	8,50
Puglia	17,50	14,54	15,79	16,31	13,35	14,58	15,77	12,95	14,14	15,07	12,14	13,37
Basilicata	13,69	11,12	12,25	12,39	11,68	12,09	10,18	10,83	10,63	10,36	9,17	9,70
Calabria	10,24	7,13	8,50	10,86	8,65	9,65	9,18	7,77	8,41	7,92	7,39	7,63
Sicilia	13,29	11,17	12,07	11,78	10,57	11,09	12,64	10,33	11,31	11,44	9,81	10,51
Sardegna	12,68	13,75	13,42	12,87	14,29	13,75	13,00	15,20	14,36	11,70	13,53	12,84
Italia	14,01	11,61	12,63	12,97	11,09	11,89	12,59	10,48	11,37	12,12	9,96	10,87

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

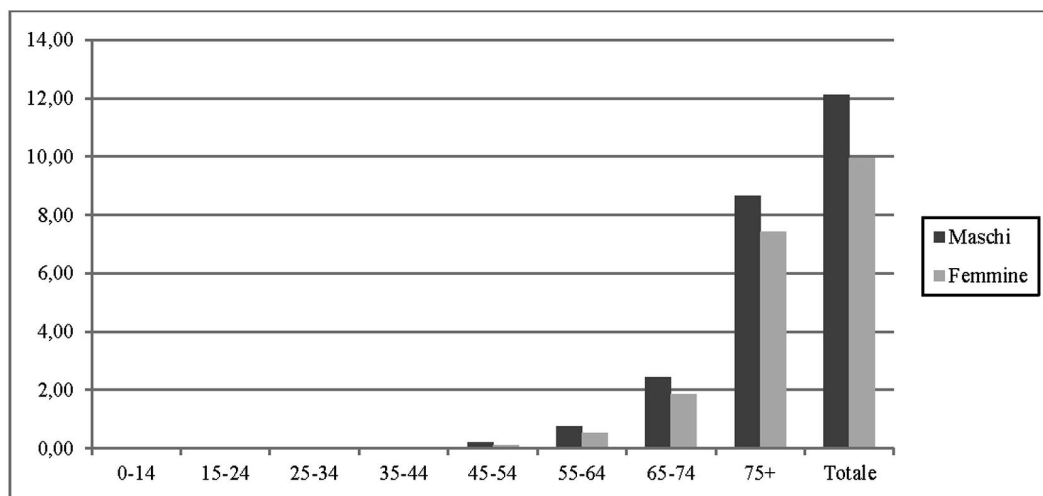
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Grafico 1 - Trend del tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere - Anni 2010-2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Grafico 2 - Tasso (specifico e standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati vanno letti ed interpretati con cautela in quanto l'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, prendendo in considerazione solamente i pazienti ricoverati escludono, di fatto, tutti i pazienti che non hanno avuto necessità di ricovero. Ciò non consente di estrapolare i dati e proporre, quindi, considerazioni singolarmente per le due patologie così come di effettuare la stima dei pazienti non sottoposti ad ospedalizzazione. La sottostima di tali patolo-

gie legata all'utilizzo esclusivo degli archivi ospedalieri può essere ulteriormente influenzata dal periodo che intercorre tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi clinica. Pertanto, sarebbe utile avere a disposizione anche le informazioni in possesso dei Medici di Medicina Generale e ricavabili dai dati relativi alle esenzioni dei ticket, alla farmaceutica, all'assistenza territoriale e alle residenze sanitarie assistenziali in modo da permettere un'integrazione dei dati al fine di fornire una stima più precisa dei risultati.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. L'indicatore individuato, pur riferendosi soltanto all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente, consente di fornire una valutazione indiretta, seppur con i limiti segnalati nel paragrafo "Validità e limiti", della frequenza di alcune patologie legate alla salute mentale e di eventuali

modificazioni nelle prescrizioni dei farmaci considerati da parte dei professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È, inoltre, possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2013.

Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi 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. Le caratteristiche delle popolazioni confrontate (genere ed età) influiscono sulla variabilità dei consumi farmaceutici. Pertanto, è stato tenuto conto delle differenze regionali relative a questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi nel momento dell'elaborazione dei dati.

Un primo limite da prendere in considerazione quando ci si appresta ad interpretare i risultati forniti dall'indicatore in studio riguarda le indicazioni terapeutiche degli antidepressivi poiché vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche. In secondo luogo, la valutazione del consumo di farmaci antidepressivi è limitata dalla tipologia di dati a nostra disposizione. I dati raccolti, infatti, prendono in considerazione solamente i farmaci prescritti dal SSN e, quindi, rimborsati, ma non è possibile quantificare le variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata secondo una metodologia standard a livello internazionale mediante la Dose Definita Giornaliera (DDD) (1). Sebbene sia riconosciuto come metodo standard per confrontare i dati provenienti da diverse aree geografiche, la lettura epidemiologica deve tenere in considerazione alcuni elementi per l'interpretazione dei risultati: la DDD rappresenta, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; inoltre, la DDD è utile a rappresentare la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale. La DDD è, inoltre, soggetta a periodiche revisioni da parte del *Nordic Council of Medicines* di Uppsala (Svezia) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori nazionali di consumo di farmaci antidepressivi negli anni presi in considerazione rappresentano i valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il trend descrittivo del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012 dopo i 36,9 DDD/1.000 ab die nel 2011), mentre, in realtà, per l'anno 2013 si è registrato un nuovo incremento (39,1 DDD/1.000 ab die). I consumi maggiori, nel 2013, si sono avuti in Toscana, nella PA di Bolzano ed in Liguria, mentre i consumi minori in Campania, Basilicata e Molise (Tabella 1).

Sono molteplici i fattori che si possono ritenere siano causa del trend in aumento nel corso degli anni e cioè: la riduzione della stigmatizzazione della patologia depressiva, l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio i disturbi di ansia) (Grafico 1).

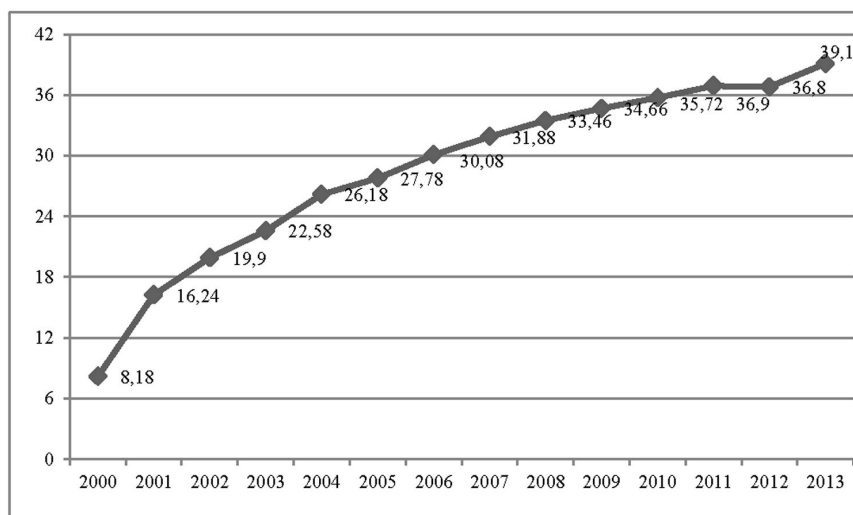
È importante, inoltre, sottolineare che l'incremento dei consumi è anche dovuto all'utilizzo, sempre più frequente, di tali farmaci come parte integrante della terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative, così come si devono considerare i mutamenti del contesto sociale influenzati dall'aggravarsi della crisi economica in corso.

Tabella 1 - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2000-2013

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	0,0	16,0	19,0	22,2	26,0	28,0	31,1	33,5	35,5	37,4	39,1	40,1	40,6	43,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,3	14,2	17,2	21,0	25,5	26,1	27,9	29,6	31,3	32,6	34,0	34,7	33,7	37,9
Lombardia	6,5	14,5	18,7	20,4	23,8	25,1	26,9	28,5	30,0	31,2	32,4	34,2	34,8	36,2
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	33,8	36,1	38,9	40,5	40,5	43,3	45,3	45,7	53,1
Trento	-	-	-	-	-	24,7	27,3	29,4	30,4	31,7	32,7	34,3	34,7	37,9
Veneto	7,4	15,2	19,0	21,3	24,5	25,8	27,8	29,6	30,8	32,0	33,0	34,1	34,5	37,4
Friuli Venezia Giulia	5,5	12,8	16,0	18,1	21,3	22,5	24,8	26,1	26,9	27,6	28,6	29,3	29,5	33,7
Liguria	11,8	23,9	28,2	32,4	37,0	39,5	42,3	44,4	46,2	47,3	48,1	47,6	46,2	51,4
Emilia-Romagna	7,5	18,3	24,2	27,3	31,4	32,8	35,3	37,4	39,1	40,6	41,7	42,5	41,6	49,5
Toscana	10,0	27,0	33,5	37,4	42,4	43,6	46,9	49,5	52,2	54,1	55,7	55,9	55,1	58,9
Umbria	8,1	16,9	20,6	23,6	27,2	29,0	32,6	35,7	38,3	40,1	42,2	43,7	44,6	50,2
Marche	7,0	16,5	21,0	23,5	26,9	28,9	31,2	33,5	35,3	36,7	37,4	38,1	37,8	40,2
Lazio	10,0	16,5	19,5	23,4	27,4	29,1	29,8	32,0	32,5	33,1	33,6	35,7	35,3	35,8
Abruzzo	8,2	15,8	19,1	21,4	25,0	26,5	30,2	31,7	33,3	34,0	34,8	35,2	35,0	35,9
Molise	7,4	11,6	14,5	16,7	20,5	21,0	24,5	26,2	28,5	29,4	30,0	30,4	30,4	30,5
Campania	8,2	12,5	15,3	17,3	20,4	22,0	24,0	24,9	26,3	27,3	28,2	29,1	29,1	29,8
Puglia	7,7	12,7	14,8	16,4	19,3	21,0	23,8	25,6	27,5	28,7	29,6	29,7	29,7	30,9
Basilicata	7,6	12,0	14,9	17,3	19,6	20,4	22,8	24,7	26,9	28,3	28,2	29,3	29,2	29,9
Calabria	8,3	15,3	16,3	18,8	21,2	23,8	26,7	28,0	30,9	31,8	32,6	34,6	35,2	36,4
Sicilia	7,4	14,2	17,2	19,4	23,3	24,8	27,2	28,4	29,4	30,1	30,9	31,8	31,2	31,4
Sardegna	11,2	20,0	22,7	28,5	31,7	33,8	36,3	38,1	39,6	41,3	42,4	43,8	43,6	43,8
Italia	8,2	16,2	19,9	22,6	26,2	27,8	30,1	31,9	33,5	34,7	35,7	36,9	36,8	39,1

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2013.

Grafico 1 - Trend nazionale del consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2000-2013

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2000-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto, utilizzando come unità di misura le dosi giornaliere prescritte, è in grado di quantificare solo parzialmente la reale frequenza del disturbo psichiatrico considerato. Infatti, le DDD vengono influenzate non soltanto dal numero di soggetti affetti dalla patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle diversificate modalità di trattamento. L'aumento del volume delle prescrizioni farmaceutiche per que-

sta categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, può essere in parte ascrivibile ad una relativa facilità di utilizzo e di prescrizione di tale classe farmaceutica da parte dei MMG senza che vi sia il supporto di uno specialista. Non va, però, dimenticato come le problematiche legate alla patologia in oggetto siano in costante aumento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che nei prossimi anni tali problemi di salute assumeranno un ruolo di primaria importanza tra le cause di morte nei Paesi occiden-

tali (2).

Bisogna, pertanto, riconoscere come questo tipo di patologia debba rappresentare sempre più una priorità per l'agenda della Sanità Pubblica mondiale.

Relativamente al nostro Paese, è necessario promuovere un miglioramento dei flussi informativi sia a livello nazionale che regionale poiché utili a registrare ed identificare le dimensioni del fenomeno, valutare la qualità e l'appropriatezza delle cure e fornire un

supporto efficace per le strutture territoriali di diagnosi e cura con il fine di ottenere un contenimento della spesa ed una riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.

(2) Rapporto OsMed 2013. AIFA, Luglio 2013.

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*

Numeratore	Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	x 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 l’*International Classification of Disease (ICD-10-CM)* (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Da sottolineare, però, che i dati di mortalità relativi ai decessi avvenuti nel 2004 e nel 2005 non sono disponibili.

Il primo limite di questo indicatore 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 è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi commessi sul territorio italiano da stranieri non residenti (234 casi nel biennio 2010-2011). 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 (14 casi registrati nel biennio 2010-2011). Tuttavia, l’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale, 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. Da sottolineare è che i dati di mortalità relativi ai decessi avvenuti nel 2004 e 2005 non sono stati rilasciati dall’Istat.

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 2010-2011, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2010-2011, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,62 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,32 (per 100.000) (Tabella 1). Nel 78,7% dei casi il suicida è un uomo (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,41 (per 100.000) per gli uomini e a 2,97 (per 100.000) per le donne (Tabella 2). La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che la mortalità per suicidio aumenta al crescere dell’età (Tabella 1). Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni ed il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni, dopo di che tende a ridursi lievemente nelle classi di età più anziane (Grafici 1 e 2). L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni: la Liguria presenta livelli di suicidalità tra i più bassi d’Italia, mentre si evidenziano tassi particolarmente elevati in Sardegna (Tabella 1, Tabella 2). 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, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questa tendenza alla riduzione subisce un arresto (Grafico 3). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi bienni di disponibilità del dato si rileva, per gli uomini, un aumento della mortalità per suicidio

tra i 30-69 anni a fronte di una sostanziale stabilità o riduzione tra i più giovani e tra gli anziani (Grafico 4).

Per le donne, invece, non si rilevano cambiamenti degni di nota (Grafico 5).

Tabella 1 - Tasso medio (specifico, grezzo e standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2010-2011

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	1,70	9,19	14,10	15,82	10,43	9,75
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	7,61	25,56	30,49	12,28	11,08
Lombardia	2,18	7,35	8,23	11,54	7,72	7,42
<i>Bolzano-Bozen</i>	-	10,52	13,56	18,54	11,13	10,99
<i>Trento</i>	-	7,90	8,82	14,64	8,40	8,04
Veneto	2,83	8,85	11,59	11,36	9,21	8,88
Friuli Venezia Giulia	-	9,57	9,46	13,74	9,80	9,38
Liguria	-	4,10	6,80	7,77	4,97	4,41
Emilia-Romagna	2,48	8,06	12,05	21,00	10,09	9,23
Toscana	-	6,35	10,15	15,40	7,89	7,15
Umbria	-	8,18	19,24	14,99	10,28	9,64
Marche	-	6,52	10,86	18,31	8,48	7,70
Lazio	0,94	4,94	6,57	10,12	5,54	5,36
Abruzzo	-	7,83	10,06	15,60	8,84	8,43
Molise	-	6,13	14,33	20,75	8,98	8,22
Campania	0,69	3,59	7,45	6,75	4,10	4,21
Puglia	1,91	5,44	7,20	11,39	6,08	6,00
Basilicata	-	5,78	15,45	17,36	7,99	7,79
Calabria	2,21	5,46	8,51	11,83	6,33	6,19
Sicilia	1,27	6,29	8,05	9,45	6,55	6,54
Sardegna	4,06	10,57	13,37	12,08	10,78	10,60
Italia	1,66	6,79	9,72	12,85	7,62	7,32

- = 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 2014.

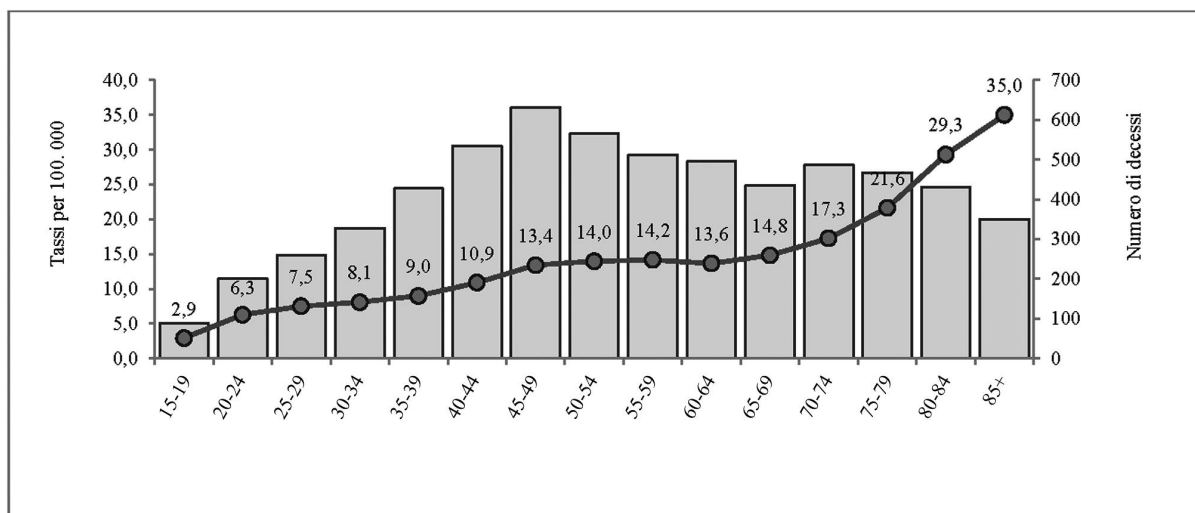
Tabella 2 - Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2010-2011

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	15,90	4,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,12	5,03
Lombardia	12,36	3,13
<i>Bolzano-Bozen</i>	19,91	3,07
<i>Trento</i>	15,21	1,76
Veneto	14,64	3,76
Friuli Venezia Giulia	15,40	4,25
Liguria	7,36	2,04
Emilia-Romagna	15,45	4,03
Toscana	12,78	2,53
Umbria	15,78	4,25
Marche	13,15	2,93
Lazio	9,02	2,30
Abruzzo	14,80	3,00
Molise	14,97	2,53
Campania	7,04	1,83
Puglia	10,22	2,40
Basilicata	13,87	2,45
Calabria	10,08	2,75
Sicilia	11,40	2,27
Sardegna	18,58	3,19
Italia	12,41	2,97

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

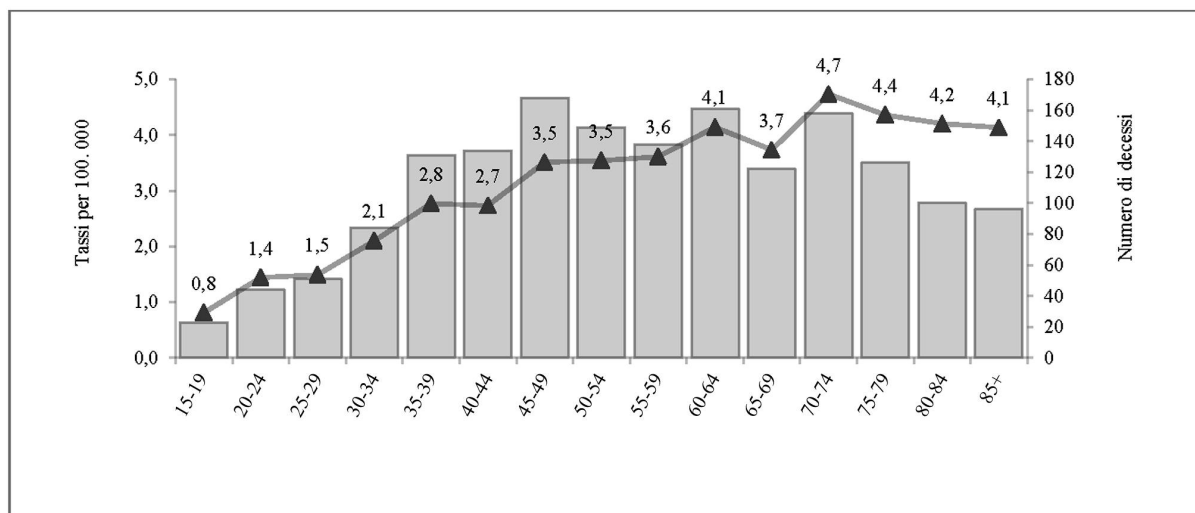
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) e tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2010-2011



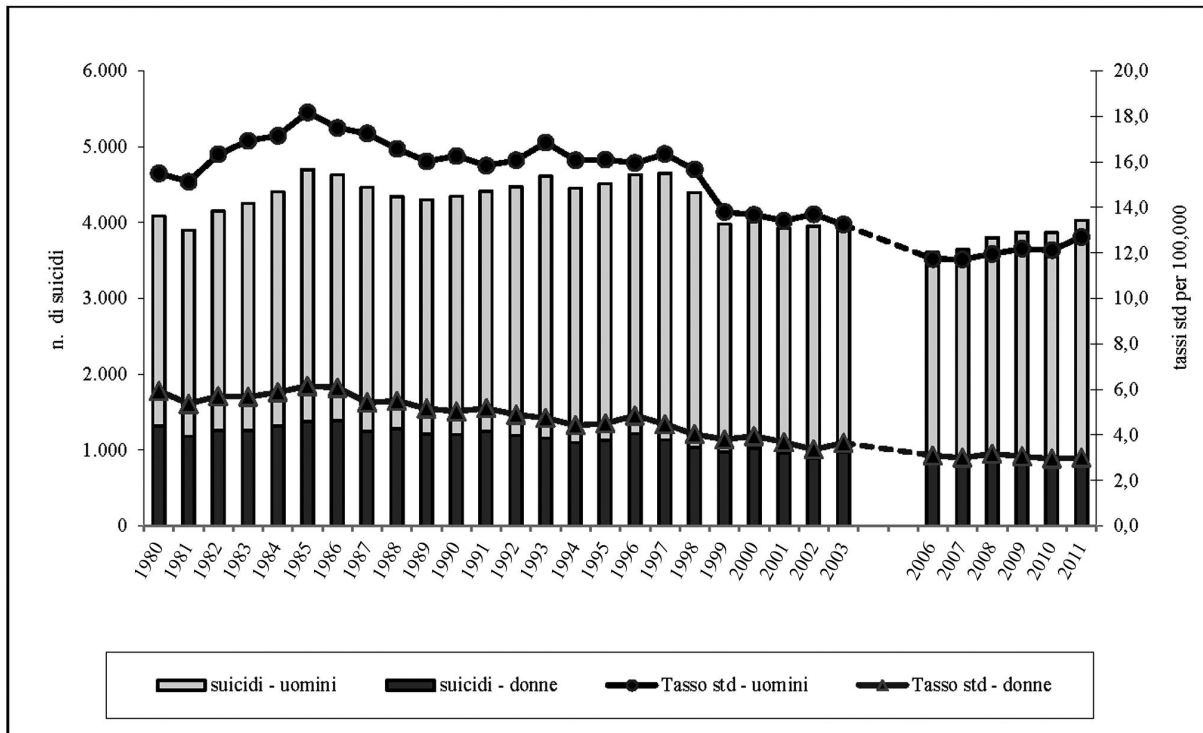
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

Grafico 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2010-2011



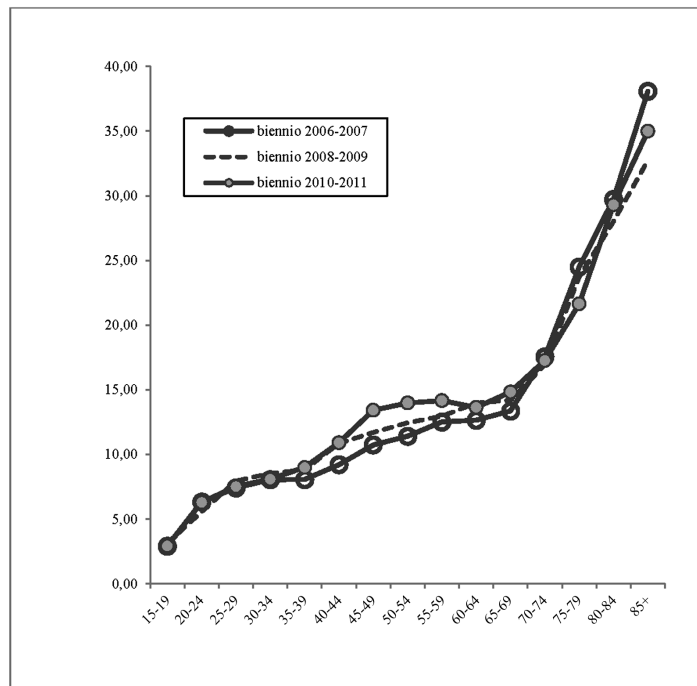
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

Grafico 3 - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2011



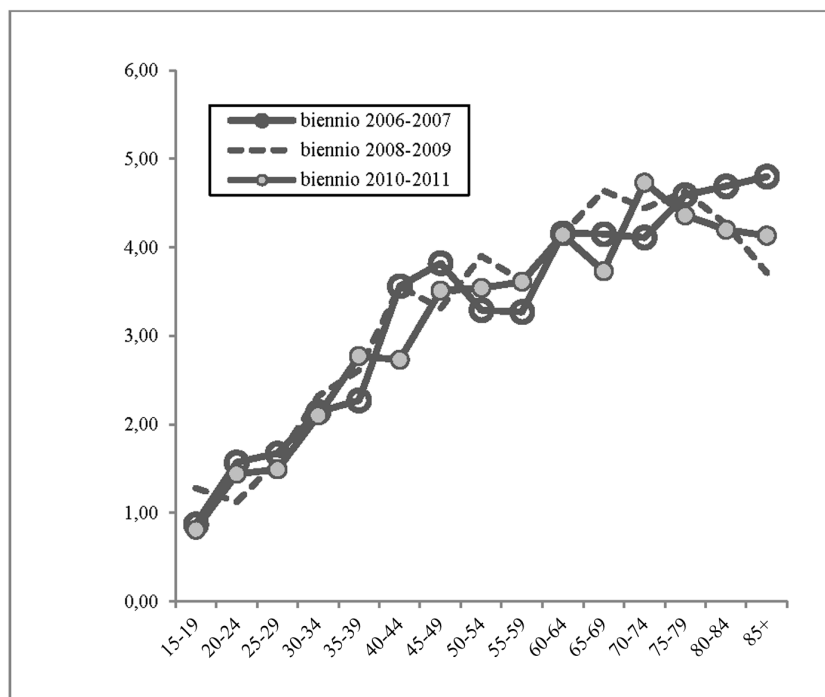
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell’“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2014.

Grafico 4 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011



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 2014.

Grafico 5 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011



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 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2008, la Commissione Europea vara lo “European pact for mental health and well-being” che contempla la prevenzione del suicidio e della depressione tra le cinque aree prioritarie di intervento (8). Nel 2013, l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) adotta il “Mental health action plan 2013–2020” che indica, tra gli obiettivi da raggiungere, un aumento del 20% dei servizi per la cura dei disturbi psichiatrici gravi e la riduzione del 10% del tasso di suicidio; nel 2014 pubblica un Report per la prevenzione del suicidio: “Preventing suicide. A global imperative”, importante risorsa per lo sviluppo di una strategia multisettoriale globale (9, 10).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'OMS indica la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco ed accesso a luoghi elevati), l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso alcolico e, non ultimo, la promozione di un atteggiamento responsabile da parte dei media per ciò che concerne le informazioni sui casi di suicidio, ovvero evitare di usare un linguaggio sensazionalistico di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato o presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema e fornire, invece, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (9, 10). A questo proposito, nel nostro Paese è attivo, presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma,

un “Servizio per la Prevenzione del Suicidio” (11) che ha l'obiettivo di offrire sostegno alle persone che vogliono tentare o hanno tentato in passato il suicidio, ma anche a quanti hanno perso un caro per suicidio. Come indicato dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio e le politiche di prevenzione del suicidio non possono essere confinate al solo ambito sanitario. Va sottolineato che, nonostante un tasso nazionale tra i più bassi d'Europa, l'incremento della mortalità che si sta osservando tra gli uomini nella fascia di età lavorativa necessita di essere attentamente monitorato, anche in relazione alla crisi che sta attraversando l'economia mondiale. Inoltre, persistono elevati livelli di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione (12, 13).

Poiché il suicidio si caratterizza come un fenomeno complesso e multifattoriale, condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

L'integrazione del dato Istat di mortalità con altre fonti di dati quali, ad esempio, le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della Salute, le segnalazioni raccolte dai Centri Antiveneni presenti in alcune regioni e le informazioni su previdenza e assistenza raccolte dall'Istituto Nazionale per la

Previdenza Sociale, nonché le informazioni sugli accessi ai Pronto Soccorso e quelle raccolte dalle Forze dell'Ordine, sarebbe altamente auspicabile per lo studio ed il monitoraggio del suicidio in particolari gruppi sociali e categorie a rischio e potrebbe fornire, in futuro, ulteriori e fondamentali informazioni per la prevenzione.

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 vol. 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) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Disponibile sul sito: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
- (10) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- (11) Servizio per la Prevenzione del Suicidio. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma. Disponibile sul sito: <http://www.prevenireilsuicidio.it/>.
- (12) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
- (13) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *HealthSoc Care Community.* 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.