

Salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (1). Salute, quindi, non solo come assenza di malattia, ma come capacità di sviluppare il proprio potenziale con ricadute positive sul contesto sociale nel quale il soggetto è inserito. In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1-3). Nel settembre 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova “Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile” e i relativi *Sustainable Development Goals* da raggiungere entro il 2030. Tra questi obiettivi vi è quello di “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età” (obiettivo 3), da raggiungere anche attraverso la “riduzione di un terzo della mortalità prematura da malattie non trasmissibili e la promozione della salute mentale e del benessere” e quello di “ridurre in modo significativo ogni forma di violenza” (obiettivo 16) (4).

Gli indicatori presentati in questo Capitolo vogliono fornire un contributo, seppure parziale, al monitoraggio dello stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese. Tra tutte le dimensioni possibili, per ragioni di economia e fattibilità, la scelta è caduta su sei indicatori *core*: l'ospedalizzazione per disturbi psichici, la prevalenza di disturbi depressivi, il consumo di farmaci antidepressivi, l'ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive e tassi di mortalità per suicidio e per omicidio.

Nel Capitolo sono presenti anche due *Box* di approfondimento. Il primo *Box* descrive la modalità di intervento adottata dal Friuli Venezia Giulia costituita da progetti personalizzati, spesso sostenuti da una componente economica, i “Budget Individuali di Salute (BIS)”, che prevedono modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie attraverso l'intermediazione degli Enti del Terzo Settore, al fine di favorire la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone con disturbo mentale. Questo approccio si pone in continuità con l'eredità lasciata da Franco Basaglia, che proprio in Friuli Venezia Giulia ha messo in opera le prime esperienze che hanno rivoluzionato il concetto di salute mentale e portato al varo della Legge n. 180 del 1978 che dispose la chiusura dei manicomi restituendo dignità di persona al paziente psichiatrico. Con i BIS si tenta di passare da un *welfare* dei servizi a un *welfare* di comunità basato sulla centralità delle persone in difficoltà dove le risorse impiegate diventano un investimento sullo sviluppo, anche economico, della comunità in cui il soggetto è inserito. Il secondo *Box* riporta i risultati di studi che evidenziano l'importanza di un ambiente di vita favorevole nel migliorare l'efficacia dei farmaci antidepressivi; questo secondo contributo è in relazione con il tema del primo *Box*, in quanto un investimento sull'ambiente sociale e relazionale delle persone potrebbe migliorare la risposta alle terapie farmacologiche.

Gli indicatori che costituiscono il Capitolo sono strettamente interrelati: la depressione e l'abuso di alcol e droghe costituiscono fattori di rischio sia per il suicidio che per l'omicidio; l'essere esposti ad un ambiente violento (di cui l'omicidio è la massima espressione) potrebbe costituire un fattore di rischio anche per il suicidio; non ultimo, il suicidio e l'omicidio hanno, come effetto differito, un impatto negativo sulla salute mentale dei componenti della rete familiare e sociale della vittima (“survivors”) e della società nel suo complesso.

Una lettura complessiva dei risultati presentati evidenzia alcune aree critiche. Calabria, Sardegna, Valle d'Aosta e Puglia si caratterizzano per gli alti tassi di vittime di omicidio tra gli uomini. L'Umbria, seguita dalla PA di Trento e dalla Calabria è la regione con il maggior tasso di omicidi femminili. In Umbria, inoltre, si registra, per entrambi i generi, la più alta prevalenza di disturbi depressivi e un elevato consumo di farmaci antidepressivi.

Al Nord, la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta presentano i valori più elevati di tutte le altre regioni per le ospedalizzazioni per disturbi psichici e i livelli più elevati di mortalità per suicidio, seguite per questo ultimo indicatore dalla PA di Trento. La Valle d'Aosta presenta anche un alto tasso di mortalità per omicidio tra gli uomini, mentre la PA di Bolzano è una delle aree con i livelli più alti di consumo di farmaci antidepressivi. Alti livelli di consumo di farmaci antidepressivi si registrano anche in Toscana dove si rileva una prevalenza di disturbi depressivi e ospedalizzazioni per disturbi psichici e per abuso di sostanze psicoattive superiori al dato nazionale. Resta, infine, da segnalare il quadro critico della Sardegna che registra livelli elevati, o comunque sopra il valore nazionale, di tutti gli indicatori considerati soprattutto tra gli uomini.

È importante sottolineare che tutti gli indicatori qui considerati sono soggetti a variazioni legate, oltre che allo stato di *well-being* della popolazione, anche a cambiamenti nelle politiche sanitarie e alla disponibilità di servizi. Le cause delle differenze regionali andrebbero, quindi, ricercate in un *mix* tra l'efficienza e la diffusione dei servizi sul territorio e la prevalenza del "disagio psichico", senza trascurare anche ambiti che trascendono l'aspetto puramente sanitario e che includono il contesto sociale, culturale ed economico.

In generale, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi indicati dai maggiori organismi internazionali, la promozione della "salute mentale" della comunità, intesa come insieme di individui tra loro interconnessi, richiede non solo un miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi, ma anche un approccio globale di *Public Health*, ovvero di interventi finalizzati alla riduzione di quei fattori di rischio comuni alla violenza (etero e auto diretta) e ai disturbi psichici (come, ad esempio, l'abuso di alcol e droghe), nonché di politiche mirate a favorire l'integrazione e la riduzione delle disuguaglianze.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020.
- (2) World Health Organization. Mental Health Atlas 2014.
- (3) European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008.
- (4) United Nations. Sustainable Development Goals (SDGs).

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore proposto si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2016), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319). Lo scopo è di descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel cor-

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

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*°

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

°Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di modalità standardizzate per l'acquisizione delle informazioni utili all'elaborazione di questo indicatore. Tale modalità si basa sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) compilate da ogni struttura sanitaria.

Pertanto, la copertura territoriale della rilevazione è completa, ma occorre sottolineare che i dati SDO possono riflettere una diversità di completezza o di codifica nella registrazione delle informazioni tra le regioni. La standardizzazione dei tassi, che consente di evitare potenziali distorsioni legate alla differente struttura per età della popolazione nelle diverse regioni, permette di confrontare il medesimo indicatore nel tempo e nelle diverse aree geografiche del Paese. Il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici al netto dei ricoveri ripetuti.

Descrizione dei risultati

Relativamente all'anno 2016, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o

secondaria di disturbo psichico si è confermato maggiore in alcune aree, come la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, la Liguria e la Sardegna, sia per gli uomini che per le donne e per tutte le fasce di età (Tabella 1, Tabella 2). La classe di età in cui le dimissioni ospedaliere con diagnosi di disturbo psichico sono risultate maggiormente frequenti è quella dei soggetti di età ≥ 75 anni. Per quanto riguarda la categoria di soggetti di genere maschile di età 0-18 anni, i residenti nel Lazio e in Abruzzo sembrano essere maggiormente interessati dall'occorrenza di ricoveri in acuzie con diagnosi primaria e secondaria di disturbi psichici.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2016, mostra un trend in costante decremento per entrambi i generi anche se si registra, per gli uomini, un lieve aumento nell'anno 2016 per la fascia di età 0-18 anni. Si registrano tassi più elevati per i soggetti di età ≥ 75 anni in tutti gli anni presi in considerazione (Grafico 1, Grafico 2).

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

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2016

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	20,60	33,35	48,29	146,37	44,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,57	43,79	71,13	319,77	70,00
Lombardia	20,84	27,89	33,22	115,34	36,24
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>47,84</i>	<i>54,36</i>	<i>78,39</i>	<i>201,60</i>	<i>70,86</i>
<i>Trento</i>	<i>18,15</i>	<i>23,25</i>	<i>42,66</i>	<i>208,85</i>	<i>44,05</i>
Veneto	15,34	25,21	38,46	182,47	41,17
Friuli Venezia Giulia	30,06	25,69	49,18	191,88	45,93
Liguria	70,93	51,31	69,19	203,25	72,89
Emilia-Romagna	22,72	31,98	50,63	236,04	53,56
Toscana	56,41	32,17	42,60	159,62	51,09
Umbria	40,24	28,21	55,35	187,50	50,19
Marche	47,78	40,21	44,34	130,20	51,68
Lazio	117,96	32,28	42,01	119,87	58,38
Abruzzo	112,80	39,35	49,09	125,73	63,05
Molise	47,52	36,80	67,47	145,40	54,13
Campania	53,94	24,81	34,55	84,15	37,56
Puglia	55,13	37,36	49,86	130,78	52,04
Basilicata	43,61	31,54	43,26	127,97	45,60
Calabria	44,43	30,91	44,68	115,01	43,93
Sicilia	63,77	37,72	43,05	92,55	49,22
Sardegna	77,51	41,67	57,32	203,53	66,56
Italia	48,39	32,04	43,88	145,43	48,26

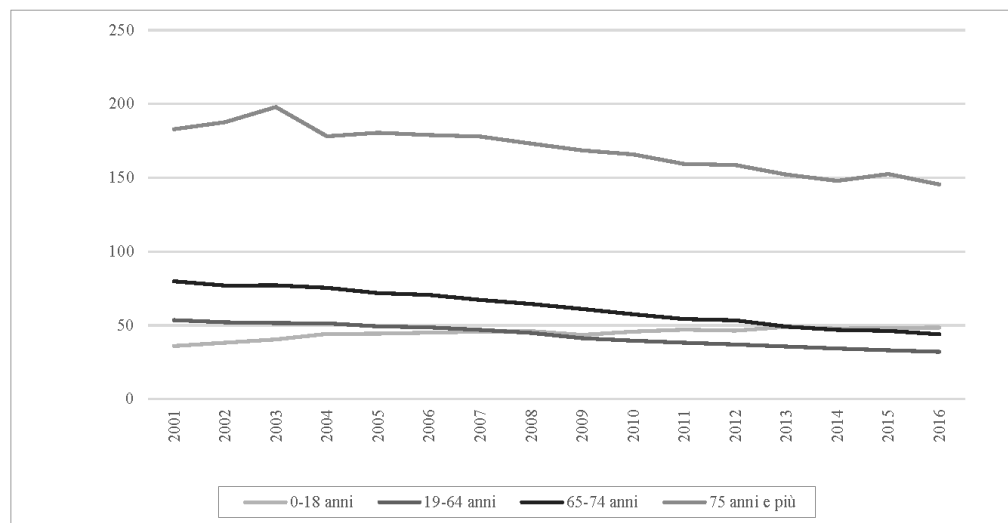
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2018.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2016

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	19,82	33,54	51,03	134,64	43,75
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,08	42,79	76,38	310,50	70,01
Lombardia	21,33	26,86	36,63	103,00	34,46
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>54,08</i>	<i>50,84</i>	<i>78,52</i>	<i>247,90</i>	<i>75,12</i>
<i>Trento</i>	<i>22,17</i>	<i>25,99</i>	<i>44,69</i>	<i>188,51</i>	<i>43,63</i>
Veneto	16,49	26,29	50,05	178,10	42,84
Friuli Venezia Giulia	27,82	25,91	44,33	200,76	45,54
Liguria	44,41	47,89	74,40	219,19	67,87
Emilia-Romagna	21,18	30,73	58,49	248,97	54,62
Toscana	38,11	32,17	56,48	181,90	50,90
Umbria	30,12	37,31	62,90	200,56	54,93
Marche	31,56	35,45	52,58	146,41	47,75
Lazio	70,80	30,29	44,41	137,64	50,08
Abruzzo	58,08	31,46	56,57	134,36	49,93
Molise	19,74	40,02	66,84	151,21	51,75
Campania	35,82	24,99	38,23	88,04	35,03
Puglia	35,30	33,61	52,19	139,74	46,96
Basilicata	29,05	30,68	45,50	140,78	43,44
Calabria	29,06	31,79	51,46	115,15	42,65
Sicilia	37,42	33,20	50,58	109,07	44,00
Sardegna	46,74	37,28	72,53	245,54	64,66
Italia	33,43	30,75	49,64	151,90	45,80

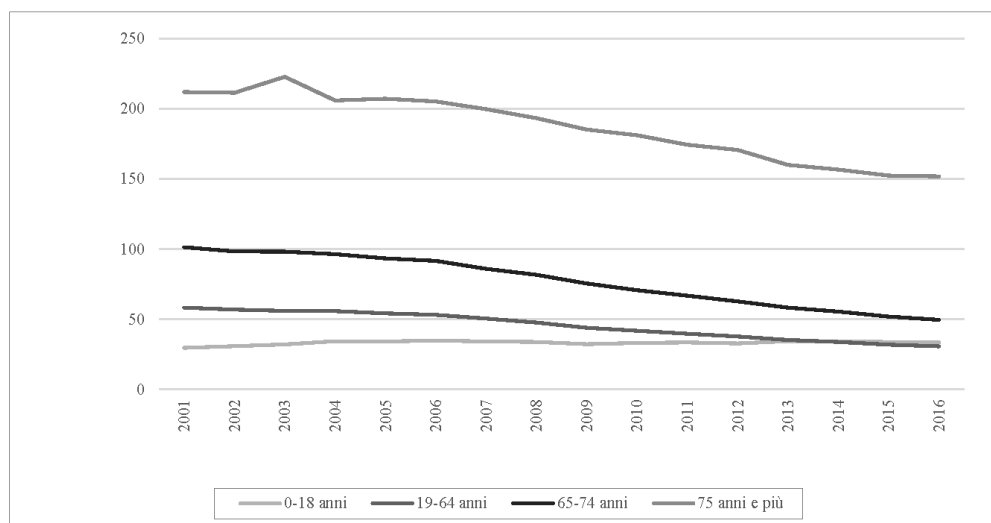
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2018.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2016



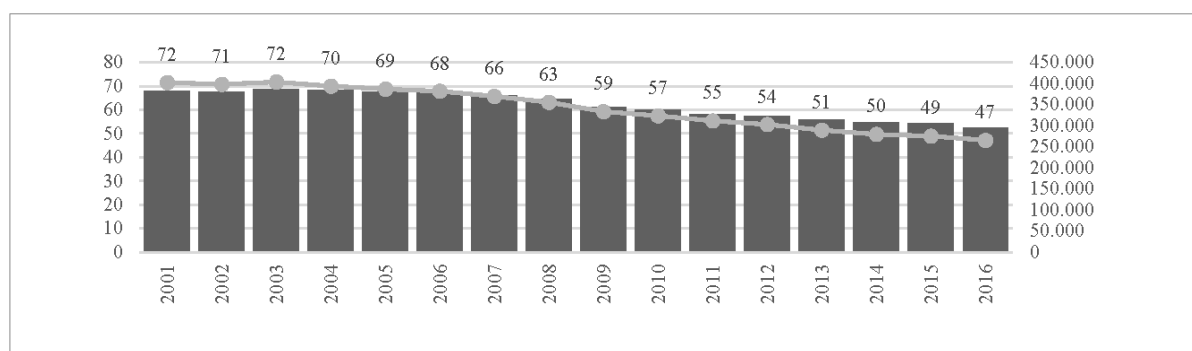
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2018.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2016



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2018.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico - Anni 2001-2016



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, relativi al periodo 2001-2016, confermano una costante riduzione dei ricoveri. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici ha continuato a registrare un trend discendente, con la sola eccezione, per l'anno 2016, dei soggetti di genere maschile appartenenti alla classe di età 0-18 anni.

Questo trend si inserisce all'interno di un quadro di riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, ma sembrerebbe dimostrare come alcuni cambiamenti verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della presa in carico di pazienti con problematiche di salute mentale stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati (2). Fattori chiave di questa riorganizzazione sono sia il potenziamento della rete territoriale che il coinvolgimento dei principali *setting* di vita dei pazienti (domicilio, scuola e luoghi di lavoro) nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (3) riportava che la disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale e la mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio

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

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

Infine, ulteriori impulsi positivi potrebbero derivare dal rafforzamento dell'assistenza primaria e dei rapporti ospedale-territorio per questa tipologia di pazienti e da una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

- (1) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Cialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
- (2) DPR 07,04,1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrapho_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
- (3) Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf.

Sintomi depressivi

Significato. La depressione rappresenta il problema di salute mentale più diffuso nella popolazione determinando interesse da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il notevole impatto sulla qualità della vita e sullo svolgimento delle normali attività quotidiane (lavoro, studio, relazioni sociali etc.).

Il disturbo depressivo maggiore è il più importante tra i disturbi depressivi elencati nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5): chi presenta i sintomi della depressione maggiore sperimenta intensi stati di insoddisfazione e tristezza e tende a non provare piacere o interesse nelle comuni attività quotidiane con ricadute fisiche, talvolta anche gravi, come: diminuzione o aumento dall'appetito,

disturbi del sonno, faticabilità, difficoltà di concentrazione e pensieri estremamente pessimisti circa sé stessi e il proprio futuro.

I sintomi depressivi sono stati rilevati attraverso il questionario psicometrico *Patient Health Questionnaire Depression Scale* (PHQ) inserito nell'Indagine *European Health Interview Survey* (EHIS), con 8 quesiti (PHQ-8) (1). La comparsa di alcuni sintomi che compaiono per la maggior parte del tempo nelle ultime 2 settimane, tra cui umore depresso e/o perdita di interesse o piacere, permettono di elaborare l'indicatore di prevalenza dei sintomi depressivi, differenziando tra depressione maggiore (almeno 5 sintomi) e altri sintomi depressivi (tra 2-4 sintomi).

Prevalenza di persone con sintomi depressivi

Numeratore	Persone di età 15 anni ed oltre con sintomi depressivi nelle ultime 2 settimane
Denominatore	Persone di età 15 anni ed oltre

x 100

Prevalenza di persone con sintomi di depressione maggiore

Numeratore	Persone di età 15 anni ed oltre con sintomi di depressione maggiore nelle ultime 2 settimane
Denominatore	Persone di età 15 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati sulla base di uno strumento validato in ambito internazionale, per il quale sono state accertate le potenzialità di screening in accordo con l'*International Classification of Diseases* (ICD) ICD-10, nonché l'affidabilità interna e la validità di costrutto (2). È stato, inoltre, verificato che l'assenza della domanda sui pensieri suicidari/autolesionistici, omessa per motivi di sensibilità del dato, ma presente nella versione completa dello strumento (PHQ-9), ha scarso effetto sul punteggio finale. Alcuni studi hanno rilevato che i punteggi tra i due test sono altamente correlati ($r=0,998$) e che lo strumento ridotto consente di individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con lo stesso livello di validità della versione completa dello strumento (3).

Tra i limiti segnalati in letteratura vi è la mancanza di riferimenti utili ad elaborare indicatori di prevalenza nel corso della vita, nonché la possibile sovrapposizione dei sintomi.

Valore di riferimento/Benchmark. Lo strumento PHQ-8 è inserito nell'Indagine EHIS. I primi risultati sulle prevalenze dei sintomi depressivi in Europa sono stati pubblicati dalla banca dati Eurostat con riferimento al 2014.

Descrizione dei risultati

Secondo i dati più recenti disponibili (2015), il 5,6% della popolazione di 15 anni ed oltre residente in Italia presenta sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista, mentre il 2,6% ha sperimentato nello stesso arco temporale i sintomi del disturbo depressivo maggiore.

La diffusione dei disturbi depressivi aumenta con l'età: la prevalenza è pari al 2,2% nella fascia di età 15-44 anni e quasi decuplica tra gli ultra 75enni (19,5%). Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, sono molto marcate dopo i 55 anni, ma si evidenziano già nella classe 45-54 (2,8% vs 3,8%) (Grafico 1). Tra le over 75 quasi una donna su quattro soffre di sintomi depressivi (23,0%) a fronte del 14,2% tra gli uomini. Dai dati pubblicati dal Ministero della Salute, le donne con disturbo depressivo sono quasi il doppio degli uomini anche tra gli utenti dei servizi specialistici per la salute mentale (con un tasso di 28,0 per 10.000 abitanti negli uomini vs 47,0 per 10.000 nelle donne) (4). Con riferimento ai sintomi depressivi più gravi ascrivibili alla depressione maggiore, nella fascia di età 75 anni ed oltre ne soffre almeno un individuo su dieci (10,2%) e in misura maggiore le donne (12,3% vs 7,0%). Nelle fasce di età inferiori le prevalenze dei sintomi della depressione maggiore sono nettamente più

basse, ma con divari di genere analoghi.

La diffusione dei disturbi depressivi mostra differenze territoriali a svantaggio delle regioni centrali e meridionali. In Umbria si osserva la quota più elevata di persone con sintomi depressivi (9,5%), mentre nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno le prevalenze sono significativamente superiori a quelle registrate in Trentino-Alto Adige e in Lombardia (rispettivamente, 2,8% e 4,3%) (Tabella 1).

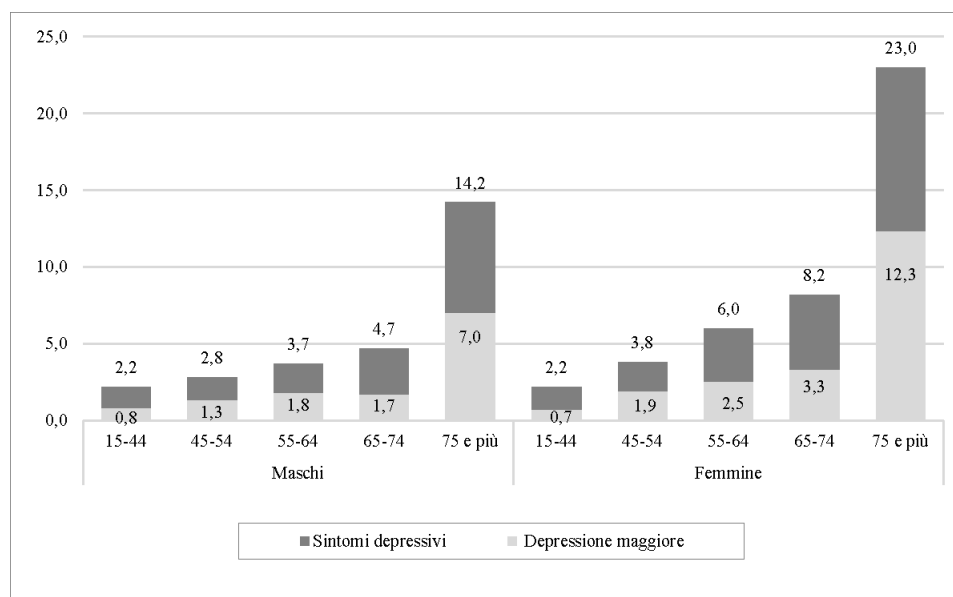
Le differenze di genere sono più evidenti in Sardegna, con le donne che mostrano prevalenze maggiori di 6,3 punti percentuali rispetto a quelle osservate per gli uomini (10,4% vs 4,1%), mentre in più della metà delle regioni queste differenze, sebbene presenti, non risultano statisticamente significative.

La geografia del fenomeno complessivo dei disturbi depressivi non muta quando si considerano le prevalenze controllate per età¹, secondo le quali l'Umbria, la Sardegna e la Campania si confermano le regioni in

cui si riscontrano prevalenze più elevate (Grafico 2).

Oltre alle differenze geografiche, l'analisi descrittiva evidenzia anche la presenza di disuguaglianze sociali: a fronte dell'1,9% degli individui di 25 anni con sintomi depressivi e un titolo di studio elevato (almeno la laurea), ben il 9,2% presenta, invece, un basso livello di istruzione. Questo differenziale si riduce tra i giovani di 25-44 anni (3,5% vs 1,4%) e si amplifica tra gli anziani (15,1% vs 4,6%) (5). Il modello di regressione logistica, controllato per età, genere e titolo di studio, evidenzia un incremento del rischio di soffrire di sintomi depressivi del 30% circa passando dal Nord al Centro e del 50% circa dal Nord al Mezzogiorno (*Odds Ratio* pari, rispettivamente, a 1,3 e 1,5). Lo studio dell'interazione tra le due componenti conferma che le differenze territoriali, a svantaggio del Centro-Sud ed Isole, non si annullano se analizzate contestualmente al titolo di studio, genere ed età.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di sintomi depressivi e di depressione maggiore nella popolazione di età 15 anni ed oltre nelle 2 settimane precedenti l'intervista per genere e per classe di età - Anno 2015



Fonte dei dati: Indagine European Health Interview Survey. Anno 2018.

¹Tassi standardizzati con popolazione europea 2015.

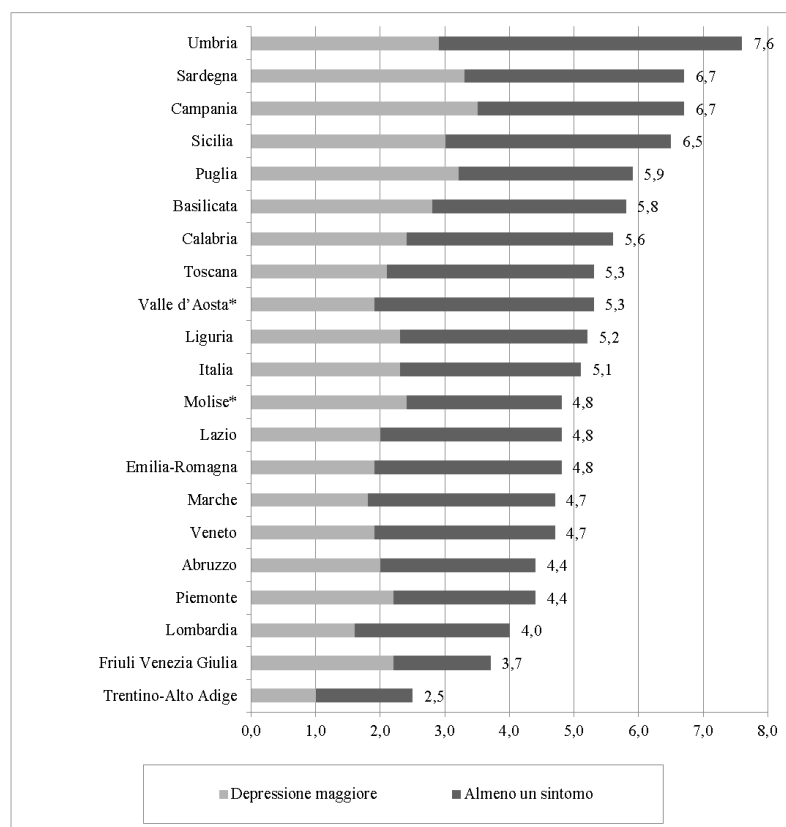
Tabella 1 - Prevalenza (valore per 100) di sintomi depressivi nella popolazione di età 15 anni ed oltre nelle 2 settimane precedenti l'intervista per genere, classe di età e per regione - Anno 2015

Regioni	Maschi	Femmine	15-64	65+	Totale
Piemonte	3,8	6,0	3,1	9,9	5,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,4
Liguria	5,4	7,1	3,7	11,9	6,3
Lombardia	3,4	5,1	2,3	10,3	4,3
Trentino-Alto Adige*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,8
Veneto	3,0	6,7	2,8	11,2	4,9
Friuli Venezia Giulia	n.d.	5,6	n.d.	11,6	4,7
Emilia-Romagna	3,6	7,4	3,2	11,8	5,5
Toscana	3,3	8,9	3,3	13,5	6,2
Umbria	7,6	11,2	4,4	22,3	9,5
Marche	4,3	6,8	3,0	12,5	5,6
Lazio	4,1	6,1	2,9	12,2	5,1
Abruzzo	n.d.	6,0	n.d.	n.d.	4,6
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,7
Campania	5,4	7,5	3,4	17,9	6,5
Puglia	5,0	7,1	2,9	15,9	6,1
Basilicata	n.d.	8,6	3,6	15,4	6,5
Calabria	4,5	8,3	2,7	18,3	6,4
Sicilia	5,5	7,8	4,2	14,7	6,7
Sardegna	4,1	10,4	3,5	19,0	7,3
Italia	4,1	6,9	3,0	13,1	5,6

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Indagine European Health Interview Survey. Anno 2018.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di sintomi depressivi nella popolazione di età 15 anni ed oltre nelle 2 settimane precedenti l'intervista per regione (quozienti standardizzati**) - Anno 2015

*La stima della depressione maggiore non è statisticamente significativa.

**Tassi standardizzati con la popolazione europea.

Fonte dei dati: Indagine European Health Interview Survey. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo le stime del 2016 dell'OMS i disturbi depressivi colpiscono oltre 300 milioni di persone nel mondo. La depressione rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (circa l'11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne. L'OMS stima, per l'Italia, un carico di 521.547 *Total Years Lived with Disability* (YLD) pari al 7,8% del totale dei YLD (6, 7).

Considerato, quindi, il notevole *burden of disease*, con una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del maggio 2013 è stato richiesto che i Governi di ciascun Paese realizzassero azioni di prevenzione dei disturbi mentali e di salvaguardia e promozione della salute mentale in ogni fase della vita. Anche in Italia il Ministero della Salute, nell'ambito del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale, dal 2013 (8) ha promosso tali attività con un esplicito riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza per adulti, bambini e adolescenti e con la costituzione di un Sistema Informativo Salute Mentale nazionale in tutte le regioni. Secondo l'ultimo Rapporto annuale sulla salute mentale presentato dal Ministero della Salute per il 2016, gli utenti trattati dai Dipartimenti di Salute Mentale o ospedalizzati con diagnosi di depressione ammontano a circa 230 mila, con differenze regionali.

Sebbene l'Italia mostri prevalenze inferiori alla media europea per quanto riguarda i sintomi depressivi (1,6% di persone residenti in Italia riferisce di aver sperimentato i sintomi di depressione maggiore vs 2,9% nell'Unione Europea) emergono, come evidenziato, disuguaglianze sociali e territoriali.

Un aspetto critico, inoltre, è rappresentato dal ricorso e dalla bontà delle cure. A fronte di terapie antidepressive efficaci che si rivolgono ai bisogni dei pazienti depressi, allo stato attuale molti casi rimangono non trattati o solo parzialmente trattati.

Gli ostacoli a una assistenza efficace comprendono la mancanza di risorse, la mancanza di una preparazione specifica da parte degli operatori sanitari e, non ultimo, lo stigma associato ai disturbi mentali.

Il raggiungimento della remissione sintomatologica deve essere il principale obiettivo del trattamento dei disturbi depressivi. Consolidati dati clinici dimostrano che i pazienti depressi che hanno risposto al trattamento, ma non hanno raggiunto la remissione sintomatica, continuano a sperimentare un *deficit* funzionale e sono ad elevato rischio di ricorrenza di un episodio depressivo "completo". La gravità della malattia è consistentemente associata alla non risposta a ripetuti trattamenti e i pazienti con sintomi più severi hanno mostrato una probabilità di remissione tre volte inferiore rispetto ai pazienti con depressione lieve/moderata (9). La gravità si è dimostrata fra i migliori predittori di persistenza dei sintomi depres-

sivi (10), di sintomi residui fra i *remitters* e di rischio di *relapse*. Inoltre, maggiore è la durata di malattia, più scarsa sarà la risposta ai trattamenti (11).

La depressione è il risultato di una complessa interazione di fattori genetici, biologici, familiari e sociali.

Eventi stressanti, quali la perdita del lavoro, un lutto o altro trauma psicologico importante, aumentano il rischio di depressione; viceversa, l'insorgere del disturbo depressivo può aumentare il rischio di perdita del lavoro e di isolamento sociale contribuendo ad aggravare il quadro sintomatologico. Inoltre, va sottolineato che le persone depresse hanno un rischio più elevato di morire per cause naturali e, viceversa, alcune patologie organiche aumentano il rischio di depressione.

L'aspettativa di vita delle persone affette da gravi problemi mentali, tra i quali la depressione maggiore, è dai 20 ai 30 anni inferiore a quella della restante popolazione e il loro cattivo stato di salute fisico è responsabile per circa il 60% di questa maggiore mortalità (12).

Tra le azioni efficaci nell'ambito della prevenzione primaria della depressione rientrano i progetti di intervento nelle scuole volti all'individuazione dei soggetti a rischio su cui effettuare un intervento precoce, ma anche a incentivare negli adolescenti un modello di pensiero positivo e una gestione efficace degli eventi potenzialmente stressanti. Anche programmi diretti alla popolazione anziana per incrementare l'attività fisica e ridurre l'isolamento sociale possono contribuire a ridurre il rischio di depressione in questa fase della vita.

Riferimenti bibliografici

- (1) Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*. 1999; 282 (18): 1.737.
- (2) Wittcampf KA, Naeije L, Schene AH, et al. Diagnostic accuracy of the mood module of the patient health questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29 (5): 388-95.
- (3) Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, et al. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 2009; 114 (1- 3): 163-73.
- (4) Di Cesare M., Di Fiandra T., Di Minco L., La Sala L., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2016. Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2731_allegato.pdf.
- (5) Istat, La salute mentale nelle varie fasi della vita, comunicato stampa 25 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.
- (6) World Health Organization, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: 2017.
- (7) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013. Traduzione italiana. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf.
- (8) Ministero della Salute. Piano di Azioni Nazionali per la Salute Mentale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf.
- (12) WHO. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO, 2013 Piano d'azione. Traduzione italiana a cura del Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore si riferisce all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente e intende descrivere sia eventuali variazioni nel consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai profes-

sionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che, in maniera indiretta, la prevalenza e la variabilità dei disturbi psichici che richiedono trattamenti basati sull'uso di tali farmaci.

Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in <i>Defined Daily Dose</i> *
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365

x 1.000

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

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

Validità e limiti. I risultati forniti da questo indicatore vanno interpretati con cautela e tenendo in considerazione i limiti di seguito esposti.

Un primo fattore da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Una ulteriore limitazione da riportare è legata ai dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi. Difatti, solamente i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, sono stati inclusi nell'analisi, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

Nel confronto tra le diverse regioni, al fine di limitare l'influenza di talune variabili socio-demografiche, quali genere ed età, è stato utilizzato il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale. La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con una metodologia standard utilizzata a livello internazionale, la *Defined Daily Dose* (DDD) (1). Sebbene la DDD sia riconosciuta come metodo standardizzato, impiegato proprio per confrontare i dati provenienti da differenti aree geografiche, la lettura del dato da un punto di vista epidemiologico deve tenere in considerazione alcuni elementi per l'interpretazione dei risultati: la DDD costituisce, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente è un indicatore di patologia; inoltre, rappresenta la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale.

In aggiunta, va considerato che la DDD è soggetta a periodiche revisioni da parte del *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.

I dati dei vari gruppi di farmaci, a partire dall'anno 2011, si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata che all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche; per tali ragioni, questi dati non sono confrontabili con quelli relativi agli anni precedenti.

Metodologia. Nel confrontare i dati di consumo dei farmaci antidepressivi contenuti nelle diverse Edizioni del Rapporto Osservasalute è opportuno tenere conto che sistematicamente vengono effettuate operazioni di aggiornamento delle informazioni registrate nel *datawarehouse* dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali. Queste attività di aggiornamento possono derivare, ad esempio, dalla definizione di nuove DDD da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dalla precisazione di dati precedentemente non disponibili (ad esempio dati di popolazione aggiornati), da controlli effettuati sulla base di nuovi flussi informativi e possono comportare lievi differenze nei valori di consumo pubblicati nei precedenti Rapporti.

Inoltre, i dati utilizzati nel presente Rapporto, acquisiti attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, sono aggiornati al 12 aprile 2018 e, pertanto, non tengono conto di eventuali revisioni da parte di aziende e Regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del consumo di farmaci antidepressivi nell'anno considerato.

Descrizione dei risultati

Il trend relativo al volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi ha fatto rilevare un costante incremento nel periodo 2007-2010, fino a raggiungere negli anni 2011-2012 una fase "plateau" di stabilità (38,5 DDD/1.000 ab die del 2011 e 38,6 DDD/1.000 ab die del 2012) e registrare un nuovo aumento negli ultimi 5

anni (da 39,0 DDD/1.000 ab die del 2013 a 40,4 DDD/1.000 ab die del 2017) (Tabella 1).

I consumi più elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2017) si sono registrati in Toscana, Liguria, PA di Bolzano e Umbria (rispettivamente, 61,5; 54,2; 53,6 e 52,5 DDD/1.000 ab die), mentre le regioni meridionali, con l'eccezione della Sardegna, presentano valori di consumo molto più bassi del valore nazionale (nello specifico: Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Molise). In generale, vi è una elevata variabilità nel ricorso a farmaci antidepressivi tra le diverse regioni; infatti, il valore della Campania è di circa il 50% inferiore a quello della Toscana (Tabella 1).

Il trend nazionale in costante ascesa negli ultimi anni (Grafico 1) può attribuirsi a numerose concause, tra cui: un diverso approccio culturale e una maggiore sensibilità della società nei confronti della patologia

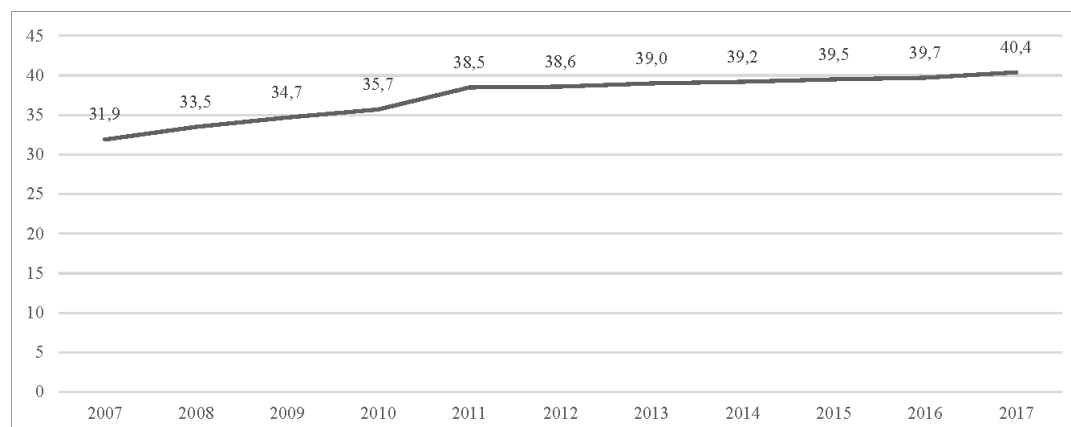
depressiva, con conseguente riduzione di una cosiddetta "stigmatizzazione" che caratterizzava tali patologie; una maggiore attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'arrivo sul mercato farmaceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia). Una ulteriore causa di aumento di consumo di farmaci antidepressivi può essere l'impiego sempre più cospicuo di tali farmaci come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, va certamente tenuto conto del fatto che recenti mutamenti del contesto sociale, nello specifico la crisi economica ancora in atto, possono aver causato un aumento del consumo di farmaci antidepressivi.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2007-2017

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	33,5	35,5	37,4	39,1	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0
Valle d'Aosta	29,6	31,3	32,6	34,0	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5
Lombardia	28,5	30,0	31,2	32,4	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3
Bolzano-Bozen	38,9	40,5	40,5	43,3	51,1	51,8	51,7	52,1	53,0	53,5	53,6
Trento	29,4	30,4	31,7	32,7	36,8	37,2	37,5	38,1	38,4	38,9	39,6
Veneto	29,6	30,8	32,0	33,0	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7
Friuli Venezia Giulia	26,1	26,9	27,6	28,6	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4
Liguria	44,4	46,2	47,3	48,1	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2
Emilia-Romagna	37,4	39,1	40,6	41,7	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9
Toscana	49,5	52,2	54,1	55,7	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5
Umbria	35,7	38,3	40,1	42,2	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5
Marche	33,5	35,3	36,7	37,4	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6
Lazio	32,0	32,5	33,1	33,6	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7
Abruzzo	31,7	33,3	34,0	34,8	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7
Molise	26,2	28,5	29,4	30,0	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9
Campania	24,9	26,3	27,3	28,2	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9
Puglia	25,6	27,5	28,7	29,6	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7
Basilicata	24,7	26,9	28,3	28,2	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5
Calabria	28,0	30,9	31,8	32,6	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8
Sicilia	28,4	29,4	30,1	30,9	32,1	31,5	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0
Sardegna	38,1	39,6	41,3	42,4	44,3	44,1	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4
Italia	31,9	33,5	34,7	35,7	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2018.

Grafico 1 - Trend nazionale del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2007-2017



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto in questo Capitolo può solo parzialmente dimensionare il fenomeno dei disturbi psichiatrici che necessitano di antidepressivi, in quanto le DDD prescritte possono variare non solo in base al numero di soggetti affetti, ma anche in base alle capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale di ciascuna regione e in base alle diverse modalità di trattamento.

L'aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, può essere in parte ascrivibile a 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. In tale contesto, la valutazione in termini di qualità ed appropriatezza delle strutture territoriali che si occupano della dia-

gnosi e della cura dei disturbi psichiatrici, va supportata allo scopo di limitare le problematiche legate alla inappropriatezza prescrittiva e alla spesa sanitaria associata al consumo di farmaci antidepressivi.

Va ribadito, peraltro, che le patologie che necessitano di farmaci antidepressivi, a causa del loro costante aumento registrato a livello non solo europeo ma internazionale, anche nei cosiddetti Paesi dalle economie emergenti, rivestono un ruolo sempre più prioritario.

A conferma di ciò, vi sono dati dell'OMS che segnalano tali patologie come alcune tra le principali cause di morte nei Paesi occidentali (1).

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2017. Oslo, 2017.

Ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Significato. I disturbi mentali e comportamentali derivanti da uso di sostanze psicoattive includono disturbi causati dall'uso di alcol, oppioidi (oppio o eroina), cannabinoidi (marijuana), sedativi e ipnotici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni, tabacco e solventi volatili (1). Le patologie considerate includono intossicazione, uso dannoso, dipendenza e disturbi psicotici. La sindrome della dipendenza, in particolare, comporta un forte desiderio di assumere la sostanza, la difficoltà di controllarne l'uso, uno stato di ritiro fisiologico, la tolleranza, l'abbandono di piaceri e interessi alternativi e la persistenza dell'uso nonostante il danno a sé e ad altri (2). Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti dall'uso di

sostanze ha evidenziato che i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente. Oltre un adulto su quattro con gravi problemi di salute mentale ha anche un problema di uso delle sostanze (2).

L'indicatore qui presentato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2016) con una diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive quali alcol (codici ICD-9-CM: 291; 303; 305.0) e droghe (codici ICD-9-CM: 292; 304; 305.1-305.9).

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

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

x 100.000

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

oTutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva).

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di modalità standardizzate (flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera-SDO) e la copertura territoriale della rilevazione è completa. La standardizzazione dei tassi consente di evitare potenziali distorsioni legate alla differente struttura per età della popolazione nelle diverse regioni. Nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo che identifica univocamente ciascun paziente, la qualità di questo codice è molto alta (circa il 98%); le SDO con codice non affidabile sono state escluse dalle analisi. Sono stati considerati solo i ricoveri per "acuti" e sono stati esclusi i ricoveri ripetuti relativi allo stesso paziente. L'indicatore è riferito alla sola popolazione residente in Italia di età ≥ 15 anni. Il limite principale di questo indicatore è costituito dalla possibile non omogeneità nella completezza e accuratezza della registrazione delle informazioni tra le regioni e dalla variabilità dell'offerta sul territorio di servizi non ospedalieri (Servizi per le Tossicodipendenze, Associazioni *no-profit* etc.). Per i confronti territoriali e il trend temporale il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore presentato. Al fine di evidenziare eventuali differenze territoriali, è

stata scelta come soglia di riferimento il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2016 il numero di pazienti di età 15 anni ed oltre dimessi da un ospedale almeno una volta nell'anno con menzione di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive è stato circa 28.000, in maggioranza di genere maschile (68,8% uomini). Nel corso degli anni si è registrata una diminuzione dei ricoveri per disturbo psichico derivante dall'uso di almeno una sostanza psicoattiva, scendendo dal 93,59 per 100.000 del 2001 al 54,49 per 100.000 del 2016 (Tabella 1).

Il tasso di dimessi con diagnosi di disturbo psichico droga-correlato e quello di dimessi con disturbo psichico alcol-correlato negli ultimi anni convergono (Tabella 1). Nel 2016, in tutte le regioni il tasso standardizzato è stato più elevato tra gli uomini rispetto alle donne. Le regioni con i valori più elevati sono state, sia per gli uomini che per le donne, la PA di Bolzano, la Liguria, la Valle d'Aosta e, per i soli uomini, la Sardegna; il valore più basso è stato registrato, invece, in Campania per gli uomini e in Sicilia per le donne (Cartogramma).

Tra i minorenni, i valori dei tassi standardizzati sono statisticamente superiori al dato nazionale in Sardegna, nella PA di Bolzano e in Umbria per entrambi i generi. Inoltre, in Liguria si registrano valori del tasso elevati sia per gli uomini (1° posto) che per le donne (3° posto),

mentre in Campania, Veneto e Sicilia il tasso è significativamente più basso di quello nazionale per entrambi i generi (Tabella 2, Tabella 3).

Nella classe di età 19-64 anni i tassi standardizzati sono significativamente superiori al dato nazionale nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta e Liguria per entrambi i generi ed in Sardegna solo per gli uomini, mentre i valori del tasso sono significativamente più bassi del valore nazionale in Campania per entrambi i generi, nella PA di Trento per gli uomini e in Sicilia per le donne (Tabella 2, Tabella 3). Tra gli anziani di età 65-74 anni i tassi standardizzati sono superiori al dato nazionale per gli uomini in tutte le regioni, ad eccezione di Lombardia, Calabria, Umbria, Veneto, Campania e Sicilia. Valori più elevati del dato nazionale si registrano nella PA di Bolzano, in Valle

d'Aosta e in Liguria per entrambi i generi, in Sardegna per gli uomini e in Toscana per le donne. I valori sono, invece, inferiori al valore Italia in Sicilia, Campania e Calabria per entrambi i generi, in Veneto solo per gli uomini e in Basilicata solo per le donne (Tabella 2, Tabella 3).

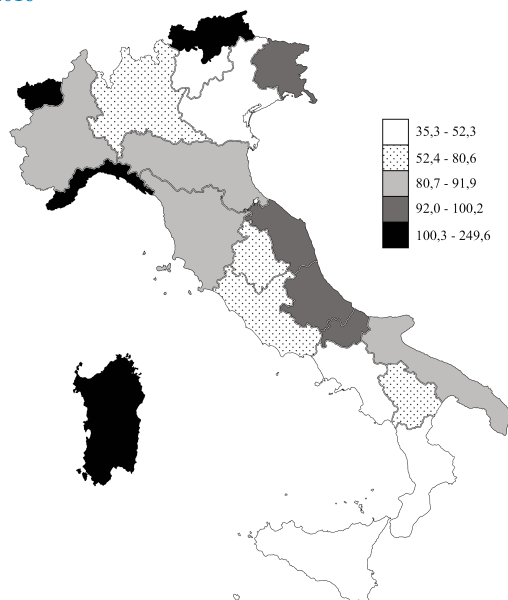
Tra gli ultra 75enni, infine, valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano per entrambi i generi nella PA di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia; Valle d'Aosta e Basilicata per il solo genere maschile, mentre in Toscana ed in Liguria per il solo genere femminile. Valori inferiori al dato italiano, invece, si registrano in Sicilia e Calabria per entrambi i generi, in Campania per i soli uomini e in Molise per le sole donne.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico derivante dall'uso di alcune sostanze psicoattive - Anni 2001-2016

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2018.

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Maschi. Anno 2016



Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Femmine. Anno 2016

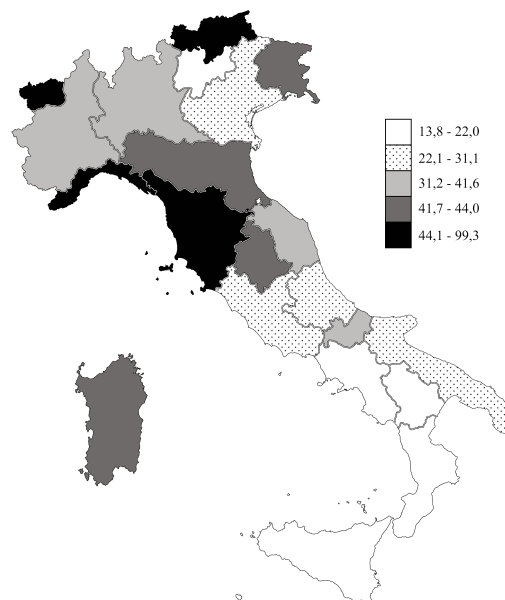


Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2016

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	25,2	92,4	68,2	43,7	82,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,1	192,1	135,3	123,8	155,5
Lombardia	51,7	92,8	57,4	34,1	80,6
Bolzano-Bozen	132,8	266,1	301,2	171,2	249,6
Trento	8,7	46,1	87,5	52,2	52,3
Veneto	20,9	44,8	36,9	34,9	41,2
Friuli Venezia Giulia	23,3	93,5	143,4	105,3	99,5
Liguria	87,0	183,4	135,0	68,8	162,2
Emilia-Romagna	41,5	106,2	61,2	54,3	91,9
Toscana	33,4	99,6	65,4	42,9	87,4
Umbria	56,6	65,5	38,5	31,3	59,5
Marche	27,8	109,9	73,7	48,0	97,4
Lazio	27,4	90,8	64,4	38,8	80,5
Abruzzo	52,8	118,8	73,2	34,8	100,2
Molise	0,0	108,9	78,5	62,6	99,6
Campania	8,7	39,7	30,6	21,1	35,3
Puglia	44,0	100,8	64,7	31,8	87,8
Basilicata	25,1	78,6	80,8	71,3	79,1
Calabria	21,9	51,9	39,6	16,1	45,4
Sicilia	23,5	58,4	22,6	10,5	48,1
Sardegna	153,9	150,8	79,9	54,4	130,5
Italia	36,5	86,7	61,1	39,8	76,9

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2018.

Tabella 3 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2016

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	23,0	44,8	35,8	20,3	40,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,3	87,2	122,7	24,1	85,9
Lombardia	39,3	47,3	29,4	17,7	41,6
Bolzano-Bozen	139,8	99,2	79,9	80,0	99,3
Trento	9,3	24,3	27,6	12,7	22,0
Veneto	12,2	26,5	23,9	16,0	24,2
Friuli Venezia Giulia	40,1	44,2	42,2	43,4	41,9
Liguria	40,9	73,3	48,1	29,7	64,6
Emilia-Romagna	23,1	50,5	29,6	27,9	44,0
Toscana	32,7	49,4	45,4	39,7	47,6
Umbria	41,0	49,6	34,3	22,5	43,8
Marche	22,5	45,0	35,8	21,2	38,4
Lazio	17,5	28,8	26,4	18,9	27,9
Abruzzo	21,8	33,5	22,1	16,8	31,1
Molise	18,0	33,6	44,8	7,4	32,6
Campania	6,9	15,4	12,7	12,8	14,6
Puglia	28,7	25,8	13,4	12,6	23,4
Basilicata	9,3	17,2	16,4	12,7	17,0
Calabria	5,1	22,3	18,6	8,4	19,9
Sicilia	9,6	16,4	8,5	5,1	13,8
Sardegna	51,8	48,1	25,3	17,0	41,9
Italia	24,0	36,1	27,2	19,9	33,0

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Esiste una relazione causale tra uso di sostanze e una serie di disturbi mentali e comportamentali, malattie, incidenti e lesioni; inoltre, al di là delle conseguenze per la salute, il consumo di alcol e sostanze psicoattive comporta significative perdite sociali ed economiche per gli individui e per la società in generale.

Il consumo dannoso e l'abuso di alcol e sostanze psicoattive sono tra i principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e hanno un impatto diretto su molti degli obiettivi inseriti nell'Agenda Globale per lo sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite relativi alla salute, compresi quelli per la salute materna e infantile, le malattie infettive (*Human Immunodeficiency Virus*, virus dell'epatite e tubercolosi), malattie non trasmissibili, salute mentale, lesioni e avvelenamenti.

Tra gli obiettivi inseriti nell'Agenda Globale per lo sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, infatti, una delle dimensioni da considerare per "assicurare una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età" (obiettivo 3: "Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages") è la prevenzione del consumo dannoso e dell'abuso di alcol e sostanze psicoattive (obiettivo 3.5: "Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol").

Le stime più recenti pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della sanità dimostrano che gli obiettivi legati al consumo di alcol e sostanze psicoattive non sono stati raggiunti nonostante molti Paesi abbiano

adottato diverse strategie a livello globale, nazionale e regionale (3, 4).

In Italia, l'ampia variabilità interregionale suggerisce una differente diffusione del problema uso di sostanze-salute mentale e dipendenze, che non è esente da disistime in funzione di una differente accessibilità e fruibilità territoriale e aziendale sanitaria di servizi, procedure, interventi e anche culture, ancora oggi non completamente orientate a considerare le dipendenze come malattie da curare ma ancora ampiamente stigmatizzate, anche in virtù dell'identificazione tardiva dei comportamenti a rischio. Peraltro, è da notare che la riduzione dei ricoveri non appare collegabile ad una riduzione reale della problematica alcol-correlata; al contrario, è verosimilmente più espressione dell'incapacità da parte del sistema di intercettare il consumo dannoso e l'alcol-dipendenza con conseguente mancato o tardivo intervento. L'offerta di servizi sul territorio risulta sicuramente ridotta rispetto ai casi attesi sulla base delle manifestazioni cliniche del danno da alcol e notoriamente ben lontana dall'assicurare che i circa 700 mila consumatori dannosi possano essere presi in carico da strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Identificazione precoce, intervento di qualunque tipo, programmi e protocolli di "invio" alle strutture specialistiche, creazioni di reti medici-ospedali-territorio, protocolli comuni di *case management* porterebbero a una gestione clinica e ricoveri sicuramente più congrui ed omogenei sul territorio favorendo l'emersione di problematiche complesse che richiedono una

nuova cultura di inclusione e di rispetto che è parte integrante del cambiamento richiesto dalle strategie di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

1) The European Mental Health Action Plan 2013-2020, World Health Organization 2015. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf.
2) World Health Organization, The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponibile sul sito: www.who.int/whr/2001/en.

3) World Health Organization, Global status report on alcohol and health 2018, Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.

4) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol), Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).

Suicidi

Significato. Il suicidio è indubbiamente un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione, ma può anche essere letto come un indicatore di “disagio” e di debole coesione ed integrazione sociale.

I principali fattori di rischio documentati nell’ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall’età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall’abuso di sostanze. Fattori di tipo culturale,

ambientale e socio-demografico possono giocare un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (1-3). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato con il rischio di ripetizione dell’atto con esiti letali e, quindi, anche l’offerta e l’efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a determinare i livelli di questo indicatore.

Tasso di mortalità per suicidio*°

Numeratore	Decessi per suicidio di persone di età 15 anni ed oltre
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

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

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

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD) ICD-10 (suicidio: X60-X84, Y870) e dai dati, sempre di fonte Istat, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

Il primo limite di questo indicatore concerne la possibile sottostima dovuta all’eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare a “cause non determinate” e a “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 (171 casi nel biennio 2014-2015). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, pur essendo estremamente raro, esiste (13 casi registrati nel biennio 2014-2015). Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per suicidio rappresenta un solido indicatore per i confronti geografici e per il monitoraggio dei trend poiché utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato (popolazione di riferimento: Italia 2011), se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall’altro non fornisce una misura della “reale” dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

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

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2014-2015, il tasso grezzo annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,58 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2014-2015 si sono tolte la vita 7.941 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,0%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,61 per 100.000 per gli uomini e a 3,18 per 100.000 per le donne (Tabella 1). I valori dei tassi riferiti a tutte le età sono diminuiti, soprattutto per gli uomini, rispetto ai valori del biennio 2012-2013 (vedi Rapporto Osservasalute 2016).

Per gli uomini il tasso aumenta costantemente fino alla classe di età 60-64 anni dove raggiunge un valore di circa 13/14 casi ogni 100.000 abitanti; a partire dai 65 anni di età l’aumento diventa esponenziale e il tasso raggiunge un massimo di circa 36 casi ogni 100.000 abitanti tra gli ultra 85enni. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio cresce fino alla classe di età 50-54 anni raggiungendo un massimo di circa 5 casi ogni 100.000 abitanti, mentre dopo i 55 anni di età il tasso si stabilizza intorno ad un valore di circa 4 casi ogni 100.000 abitanti (Grafico 1).

Per entrambi i generi, quindi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età ma, mentre per le donne raggiunge un *plateau* dopo i 55 anni di età, per gli

uomini si registra un aumento esponenziale proprio in coincidenza con l'età al pensionamento, evento che, soprattutto per gli uomini, comporta spesso una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione.

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Centro-Nord, ma con alcune eccezioni. Per entrambi i generi i valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano in Valle d'Aosta e nelle PA di Bolzano e i più bassi in Molise e Campania; nella PA di Trento, inoltre, il tasso è particolarmente elevato per gli uomini ma non per le donne. Rappresentano una eccezione la Liguria al Nord, con tassi di suicidalità simili a

quelli di molte regioni meridionali, e la Sardegna nel Meridione, con una mortalità del suicidio tra le più elevate d'Italia (Tabella 1).

Rispetto al biennio 2012-2013 (vedi Rapporto Osservasalute 2016) per gli uomini il tasso di mortalità per suicidio si riduce nelle classi di età centrali tra i 35-64 anni, mentre resta stabile tra gli anziani; per le donne, invece, la riduzione del tasso interessa le età più anziane (65 anni ed oltre). Per gli uomini, nelle classi di età centrali si registra, quindi, un riavvicinamento ai livelli di mortalità del biennio 2006-2007, precedente alla crisi economico-finanziaria del 2008 (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2014-2015

Regioni	Tassi grezzi					Maschi 15+	Tassi std	Totale 15+
	15-18	19-64	65-74	75+	15+		Femmine 15+	
Piemonte	2,98	8,66	12,00	17,75	10,21	16,32	4,34	9,78
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	13,63	17,52	24,15	14,95	25,88	4,85	14,83
Lombardia	2,76	7,10	8,79	11,00	7,62	12,23	3,46	7,52
Bolzano-Bozen	6,42	12,44	16,96	20,78	13,56	21,47	7,41	13,79
Trento	0,00	12,99	11,70	8,97	11,71	21,28	2,83	11,77
Veneto	2,72	8,49	8,90	9,78	8,45	13,95	3,38	8,36
Friuli Venezia Giulia	3,70	10,01	12,72	12,95	10,58	15,55	5,81	10,29
Liguria	0,99	4,74	5,39	10,27	5,64	8,60	2,40	5,17
Emilia-Romagna	2,35	8,01	10,00	17,85	9,46	14,78	4,36	9,03
Toscana	3,62	7,62	9,59	16,02	8,98	14,73	3,54	8,60
Umbria	4,97	8,51	11,27	20,03	10,47	16,81	4,53	10,00
Marche	3,61	9,44	13,71	15,50	10,63	17,05	4,59	10,41
Lazio	0,95	5,02	6,63	8,89	5,51	9,23	2,38	5,49
Abruzzo	0,00	8,07	8,13	10,36	8,06	14,07	2,56	7,99
Molise	0,00	3,66	1,52	9,98	4,17	6,48	2,03	4,08
Campania	1,48	3,61	5,98	7,01	4,09	7,05	1,93	4,26
Puglia	2,02	5,03	6,19	9,56	5,55	9,70	2,17	5,62
Basilicata	2,19	5,90	11,44	11,83	7,15	13,08	1,84	7,15
Calabria	3,08	5,39	7,20	9,52	5,99	10,51	2,23	6,10
Sicilia	1,15	5,54	8,14	12,24	6,40	11,31	2,43	6,49
Sardegna	5,32	10,97	11,79	13,36	11,14	19,42	3,47	10,96
Italia	2,29	6,83	8,81	12,32	7,58	12,61	3,18	7,50

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.



SALUTE MENTALE

281

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di 15 anni ed oltre per regione. Anni 2014-2015

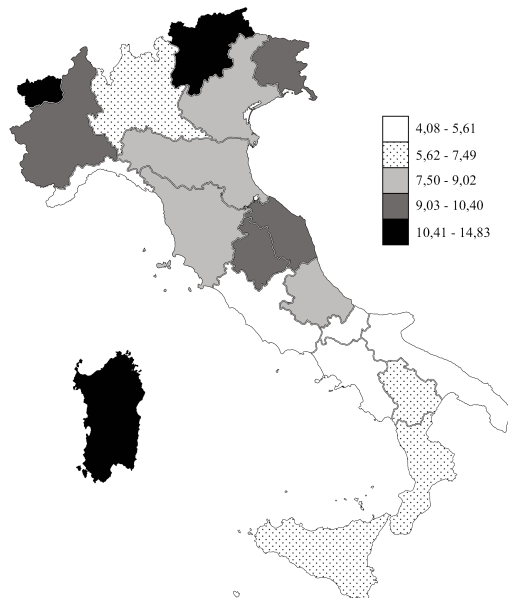


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2012-2013, 2014-2015

Maschi

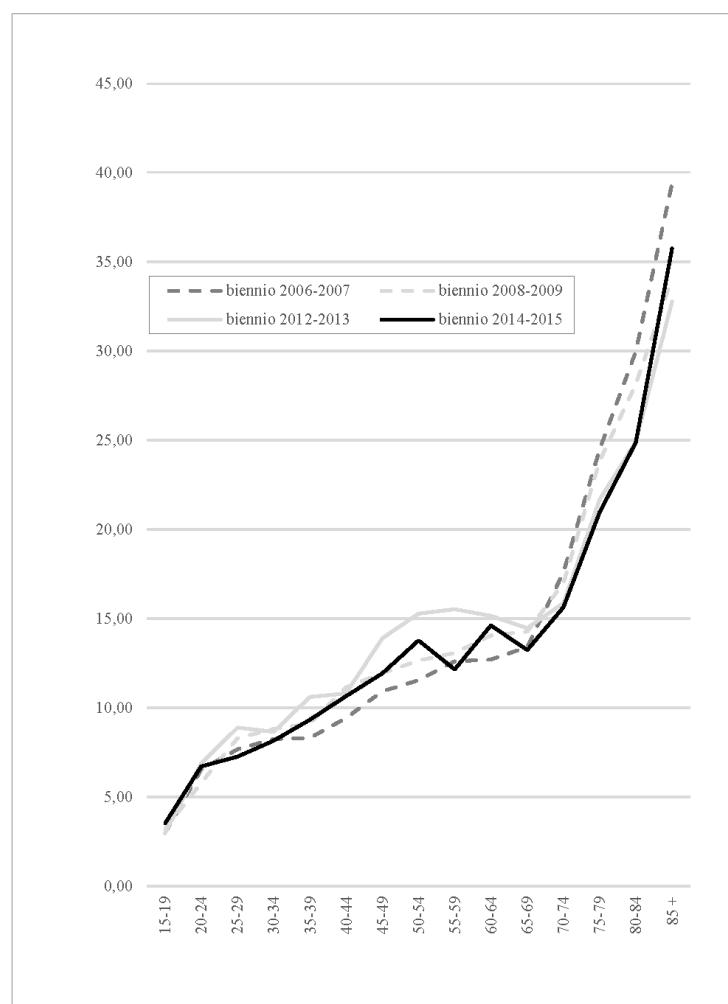
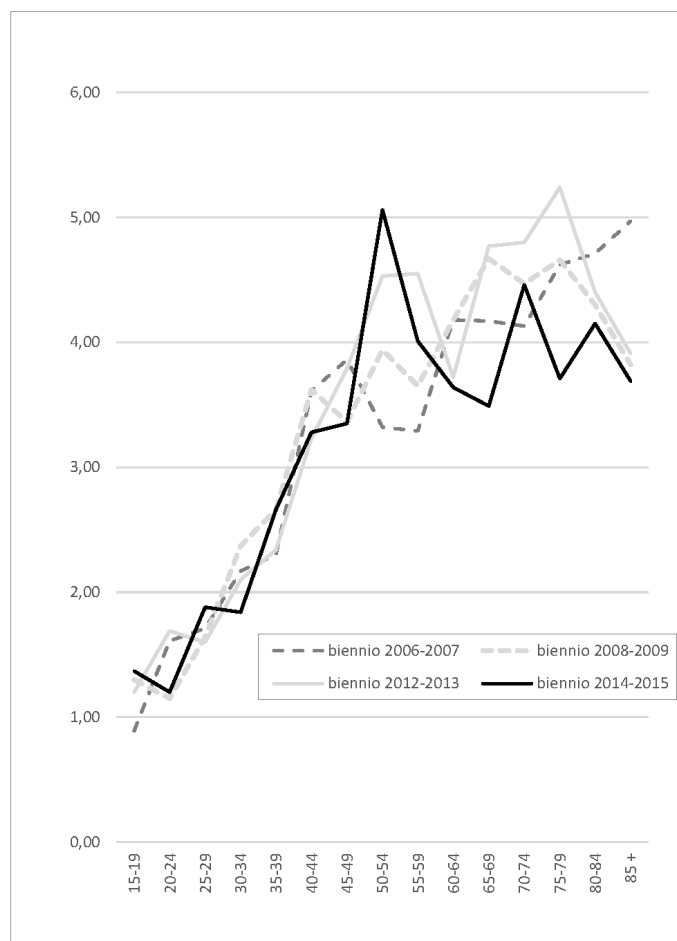


Grafico 1 - (segue) *Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2012-2013, 2014-2015*

Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello Europeo che a livello mondiale (5-9).

Nel 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova “Agenda globale per lo sviluppo sostenibile” e i relativi obiettivi (*Sustainable Development Goals*-SDGs) da raggiungere entro il 2030. Tra gli SDGs vi è anche quello di “ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili e promuovere la salute mentale e il benessere” e il tasso di suicidio è uno degli indicatori proposti per promuoverne il raggiungimento.

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica *in primis* la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco e accesso a luoghi elevati) e l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso di alcol e sostanze; inoltre, particolare enfasi va posta sulle “pratiche di copertura mediatica inappropriate” che possono aumentare il

rischio di emulazione. Occorre, invece, promuovere l'adozione da parte dei *media* di un atteggiamento responsabile per ciò che concerne le informazioni sui casi di suicidio come, ad esempio, evitare di usare un linguaggio sensazionalistico o presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema ed evitare di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato e fornire, invece, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (5-9).

Nell'ambito della programmazione di politiche di 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. Andrebbe, a questo proposito, incentivata la diffusione sul territorio di strutture dedicate alla prevenzione come il “Servizio per la Prevenzione del Suicidio” attivo presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, che ha l'obiettivo di offrire sostegno alle persone che voglio-

no tentare, o hanno tentato in passato, il suicidio, ma anche a quanti hanno perso un caro per suicidio. Come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio che va, invece, visto come la risultante di molti fattori di tipo genetico, psico-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Depressione, abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente interrelati; ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio per essere efficaci non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi mirati anche a livello di comunità (1, 5-10). Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali (5-11), solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi. L'OMS sottolinea da lungo tempo la necessità di poter disporre di dati affidabili sui tentativi di suicidio al fine di supportare l'implementazione di politiche nazionali di prevenzione e per valutare l'efficacia degli interventi (11). In Italia, l'informazione sui tentativi di suicidio non esiste; per colmare questo *gap* informativo è in via di definizione un Osservatorio Epidemiologico sul Suicidio e Tentato Suicidio (OESTES) basato sull'integrazione di fonti di dati correnti (mortalità, dimissioni ospedaliere e accessi al Pronto Soccorso) come suggerito in un recente documento dell'OMS (12). Si auspica, quindi, che l'OESTES contribuisca a aumentare la sensibilizzazione sul fenomeno e possa fornire nel futuro una base conoscitiva per la messa a punto di interventi strategici di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (2) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio-demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).
- (3) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
- (4) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Cialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
- (5) Commissione Europea. "European pact for mental health and well-being". Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (6) OMS. "Public health action for the prevention of suicide. A framework". Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- (7) Commissione Europea. "Join Action su Mental Health and Wellbeing". Disponibile sul sito: www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health.
- (8) OMS. "Mental health action plan 2013-2020". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
- (9) OMS. "Preventing suicide. A global imperative". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en.
- (10) OMS. "Preventing suicide. A community engagement toolkit. Pilotversion 1.0". Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>.
- (11) United Nations. Dept. for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- (12) OMS. "Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en.

Omicidi

Significato. L'omicidio può essere visto come la punta dell'*iceberg* di una violenza molto più diffusa. L'omicidio, e la violenza in generale, hanno un enorme impatto in termini di Sanità Pubblica. Infatti, l'atto violento costituisce un fattore di rischio per la salute mentale della rete familiare e sociale sia della vittima che dell'esecutore della violenza e si ripercuote con effetti destabilizzanti sulla comunità e sulla società nel suo complesso.

Anche se non si può escludere che fattori biologici e

genetici possano predisporre all'aggressività, è indubbio che questi fattori si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento.

Il tasso di omicidi riflette il grado di sicurezza della società e il livello di conflittualità in atto e, in modo speculare al suicidio, può essere letto come un indicatore di malessere sociale.

Tasso di mortalità per omicidio*^o

Numeratore	Decessi per omicidio di persone di età 15 anni ed oltre
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

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

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

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per omicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD) ICD-10 (omicidio: X85-Y09, Y871) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e, per gli anni 2001-2011, della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". L'indicatore include, esclusivamente, le vittime di omicidio volontario e preterintenzionale escludendo, pertanto, gli omicidi colposi (come, ad esempio, quelli da incidente stradale o incidente sul lavoro). L'indicatore presenta diversi limiti che elenchiamo di seguito:

- la possibile sottostima dovuta soprattutto ai decessi "in accertamento giudiziario" per i quali al momento del rilascio dei dati non è ancora stata accertata la causa del decesso;
- è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto delle vittime di omicidio non residenti in Italia (74 casi nel biennio 2014-2015);
- sono esclusi gli omicidi di bambini <15 anni (30 casi nel biennio 2014-2015) che si è scelto di non considerare per rendere questo indicatore comparabile con quello sui suicidi riportato in questo stesso Capitolo;
- il tasso è riferito alla residenza della vittima e non al luogo in cui è stato perpetrato l'omicidio; tuttavia, nella maggioranza dei casi (96,6%) l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima. Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per omicidio rappresenta un solido indicatore per i con-

fronti geografici e per il monitoraggio dei trend poiché utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato (popolazione di riferimento: Italia 2011), se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce una misura della "reale" dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché l'omicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili", il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi; tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2014-2015, il tasso medio annuo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,64 (per 100.000 residenti di 15 anni ed oltre) (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2014-2015 sono state uccise 671 persone; tra queste, gli uomini rappresentano circa il 69%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,92 per 100.000 per gli uomini e a 0,37 per 100.000 per le donne (Tabella 1).

Per gli uomini, il tasso età-specifico ha due massimi in corrispondenza delle classi di età 25-29 anni e 40-44 anni, con una lieve tendenza alla diminuzione nelle età più anziane. Per le donne, invece, il tasso aumenta

tra i 15-29 anni per poi, dopo un lieve decremento tra i 30-65 anni, aumentare in modo esponenziale dopo i 69 anni, raggiungendo un massimo nella classe di età 80-84 anni (Grafico 1).

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica. Le regioni con i tassi di mortalità per omicidio più elevati sono Calabria, Sardegna e Umbria, seguite da Sicilia, Valle d'Aosta, Puglia e Basilicata; all'estremo opposto si collocano il Molise, la PA di Bolzano e la Liguria che presentano i tassi di omicidio più bassi. L'analisi per età fa emergere che in Calabria, Sardegna e Sicilia i tassi sono più elevati del valore nazionale sia tra i giovani (*under 65 anni*) che tra gli anziani (*over 65 anni*); in Valle d'Aosta, invece, la mortalità per omicidio è più elevata solo tra gli anziani e in Umbria, al contrario, solo tra i giovani (Tabella 1).

Una analisi separata per genere della vittima mostra

importanti differenze geografiche. Per gli uomini, Calabria, Sardegna e Valle d'Aosta sono le regioni con i tassi più elevati (poco meno di due omicidi ogni 100.000 abitanti), seguite da Puglia, Sicilia, Campania e Basilicata (con valori del tasso >1 per 100.000). La regione con il livello più alto di mortalità femminile per omicidio è l'Umbria, seguita dalla PA di Trento, dalla Calabria e dal Piemonte. All'estremo opposto la PA di Trento non ha registrato vittime di omicidio tra gli uomini e la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e il Molise non hanno registrato vittime femminili (Tabella 1).

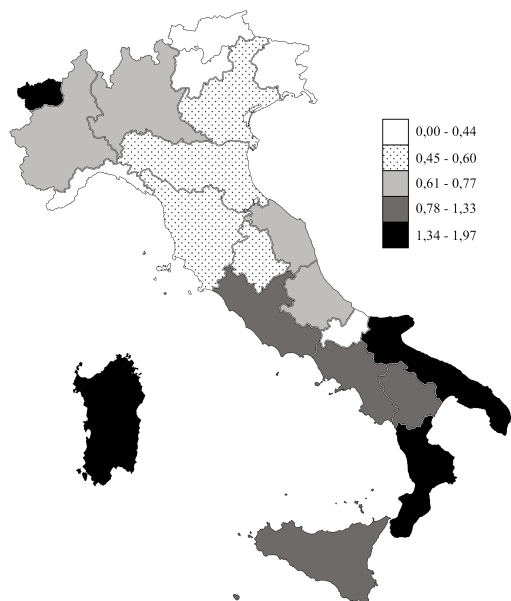
Infine, merita di essere portato all'attenzione il rapporto di genere del tasso che risulta essere molto elevato nelle regioni meridionali, mentre nella maggioranza delle regioni del Nord le vittime femminili sono inferiori a quelle maschili (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2014-2015

Regioni	Tassi grezzi			Maschi 15+	Tassi std Femmine 15+	Totale 15+
	15-64	65+	15+			
Piemonte	0,54	0,79	0,61	0,62	0,53	0,58
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,61	1,74	0,91	1,82	0,00	0,84
Lombardia	0,60	0,55	0,59	0,76	0,41	0,59
Bolzano-Bozen	0,30	0,00	0,23	0,44	0,00	0,22
Trento	0,43	0,00	0,33	0,00	0,67	0,33
Veneto	0,30	0,56	0,37	0,47	0,24	0,37
Friuli Venezia Giulia	0,39	0,49	0,42	0,39	0,47	0,41
Liguria	0,31	0,11	0,25	0,31	0,18	0,25
Emilia-Romagna	0,34	0,77	0,45	0,50	0,40	0,44
Toscana	0,45	0,86	0,57	0,60	0,47	0,54
Umbria	0,98	0,46	0,84	0,57	1,20	0,87
Marche	0,61	0,27	0,52	0,77	0,29	0,53
Lazio	0,71	0,57	0,68	0,99	0,38	0,68
Abruzzo	0,35	0,66	0,43	0,61	0,18	0,40
Molise	0,25	0,00	0,18	0,39	0,00	0,19
Campania	0,85	0,49	0,78	1,30	0,22	0,75
Puglia	0,92	0,36	0,78	1,43	0,19	0,78
Basilicata	0,66	1,21	0,79	1,22	0,30	0,76
Calabria	1,23	1,38	1,26	1,97	0,55	1,25
Sicilia	0,78	1,04	0,84	1,33	0,41	0,85
Sardegna	1,22	0,98	1,16	1,97	0,34	1,16
Italia	0,64	0,64	0,64	0,92	0,37	0,64

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2014-2015



Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2014-2015

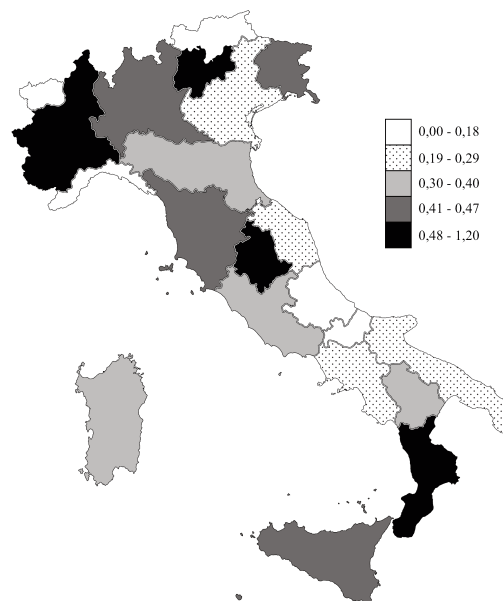


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2014-2015

Maschi

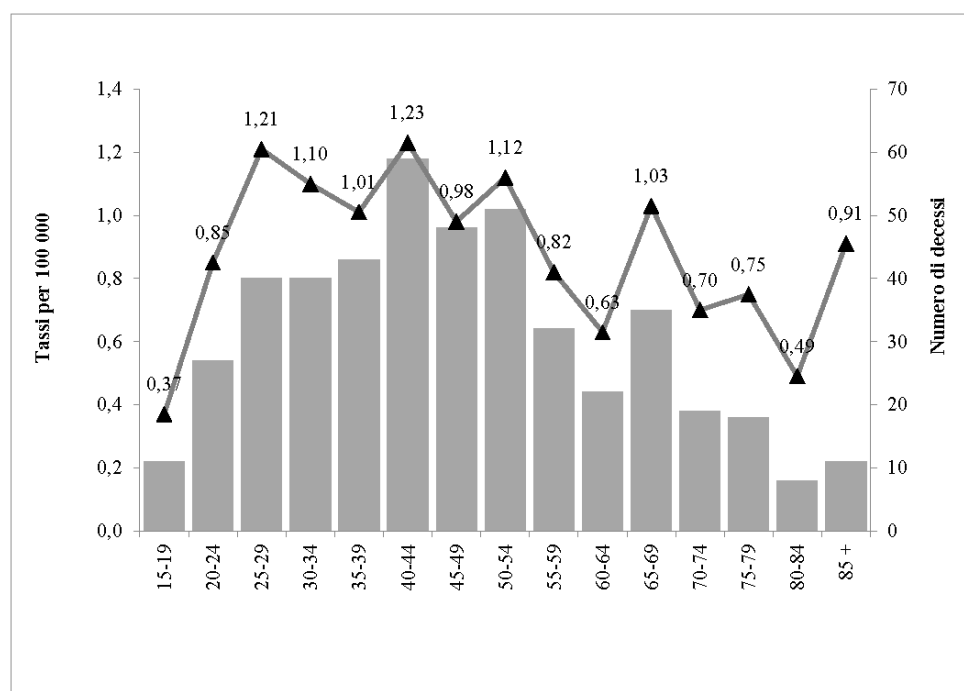
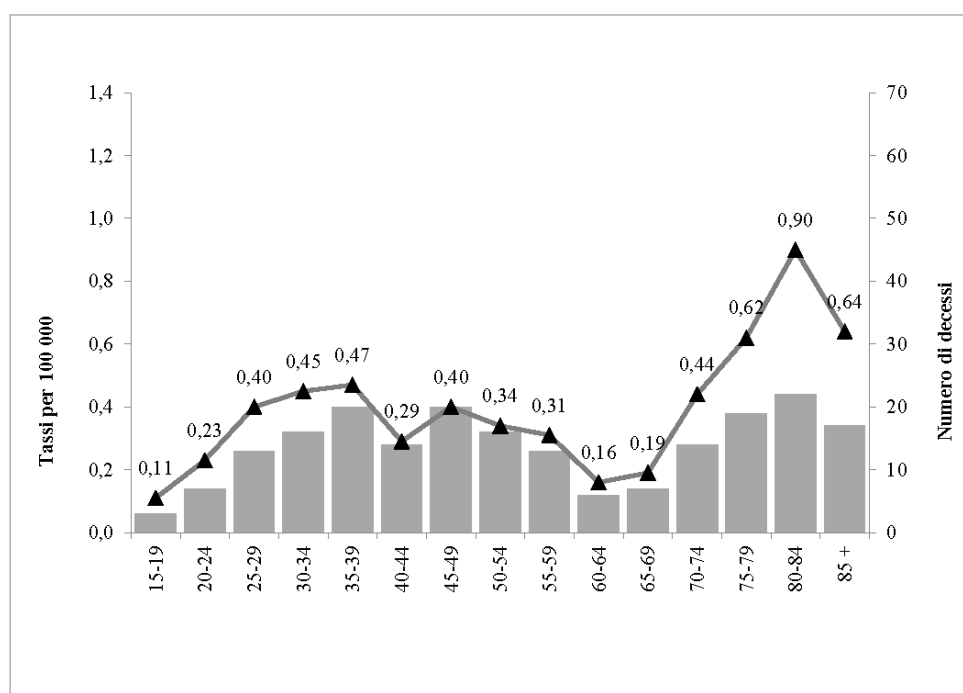


Grafico 1 - (segue) Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2014-2015

Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'omicidio e, più in generale, la violenza, non si distribuiscono in modo casuale, ma si concentrano in particolari sottogruppi di popolazione. Inoltre, il rischio di essere vittima o autore di violenza aumenta se la rete sociale e/o familiare del soggetto include vittime e/o autori di violenza. Nel 1996, la 49^a *World Health Assembly* (“Prevention of violence: a public health priority”) riconosce la violenza come problema di Sanità Pubblica e afferma l'importante concetto che la violenza si può prevenire (2). Nel 2002 l'approccio alla violenza in termini di *Public Health* viene formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la pubblicazione del “World Report on violence and health” (3). Il concetto viene poi ribadito nel 2014 nella 67^a *World Health Assembly* (“Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children”) e dal successivo “Plan of action” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (4, 5). Nel settembre del 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova “Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile” e i relativi “Obiettivi” (*Sustainable Development Goals*) da raggiungere entro il 2030; l'obiettivo n. 16 è “promuovere società inclusive e pacifiche” (“Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective,

accountable and inclusive institutions at all levels”) e uno dei *target* è la “riduzione significativa di tutte le forme di violenza e dei relativi tassi di mortalità”.

Nel nostro Paese il tasso di omicidio presenta a partire dagli anni Novanta e per entrambi i generi anche se in misura maggiore per gli uomini, un trend in riduzione (vedi Rapporto Osservasalute 2017) che ha portato l'Italia a collocarsi tra i Paesi europei con i più bassi livelli di omicidi (6). La riduzione del tasso di omicidio è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime maschili determinando un aumento percentuale delle donne sul totale delle vittime. Infatti, attualmente, le donne rappresentano complessivamente circa un terzo del totale dei decessi.

Il fenomeno presenta una marcata variabilità regionale e i tassi, soprattutto per gli uomini, si mantengono ancora su valori elevati in molte regioni meridionali dove è storicamente presente la criminalità organizzata (Mafia, Camorra, ‘Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (6). Inoltre, sebbene il tasso complessivo di omicidi femminili nel nostro Paese sia tra i più bassi di Europa (la media europea nel 2014 è di circa 1,4 omicidi ogni 100.000 abitanti), in alcune regioni si registrano valori piuttosto alti e questo dato indica indirettamente che l'uxoricidio/femminicidio si pone ancora come elemento di allarme da ascrivere a una perdurante difficoltà nell'affrontare il mutamento sociale e l'adeguamento dei rapporti tra generi (7).

La lotta e il contrasto alla criminalità organizzata restano al primo posto tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di omicidio (6); tuttavia, è auspicabile affrontare il fenomeno della violenza anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di violenza al fine di individuare i possibili fattori di rischio, individuali, familiari e di contesto. L'individuazione dei gruppi e delle aree a maggior rischio costituisce la base per affrontare il problema della violenza in un'ottica, non solo di repressione, ma anche di prevenzione progettando interventi multisettoriali che includano non solo la giustizia ma anche la sanità, la scuola, il lavoro e le politiche sociali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Cialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
- (2) 49th World Health Assembly. "Prevention of violence: a public health priority". Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf.
- (3) 67th World Health Assembly. "Strengthening the role of

the health system in addressing violence, in particular against women and girls and against children". Disponibile sul sito:

www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2014/24_05/en.

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

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en.

- (5) WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. WHO, Geneva, Switzerland, 2016. Disponibile sul sito:

www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en.

- (6) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito:

www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013.

- (7) WHO, Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Disponibile sul sito:

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_185-1793-sdr-homicide-and-intentional-injury-all-ages-per-100-000/visualizations/#id=19117&tab=table. Ultimo accesso 11 gennaio 2019.

Budget Individuali di Salute come strumento innovativo di *recovery* in salute mentale: l'esperienza del Friuli Venezia Giulia

Dott. Giulio Castelpietra, Dott.ssa Tamara Feresin, Dott.ssa Morena Furlan, Dott.ssa Sari Massiotta, Sig. Tobia Miccoli, Dott. Fabio Samani, Dott. Ranieri Zuttion

I servizi di salute mentale del Friuli Venezia Giulia da molti anni pongono una particolare attenzione ai processi abilitativi/riabilitativi, attuati in stretta collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e l'associazionismo e basati sulla multisettorialità, sull'*empowerment* e quanto più individualizzati (1). Un aspetto qualificante dell'organizzazione dei servizi del Friuli Venezia Giulia è l'applicazione da parte di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), spesso sostenuti da una componente economica definita "Budget Individuale di Salute" (BIS). Questa metodologia di lavoro è stata utilizzata in vari Progetti innovativi orientati alla *recovery* nei servizi di salute mentale del Friuli Venezia Giulia e la sua descrizione e prospettive di sviluppo sono trattate approfonditamente nel Piano Regionale Salute Mentale infanzia, adolescenza ed età adulta, anni 2018-2020 (PRSM) (2). In generale, il PTRI si presenta come un documento che comprende sia la componente clinica che quella riabilitativa ed è redatto da parte dell'*équipe* di presa in carico del DSM e dagli eventuali Enti *partner* (Servizi Sociali, Terzo Settore e altri soggetti), con la partecipazione attiva della persona e della famiglia. Il PTRI, inoltre, pone al centro la persona con disabilità psichica e i suoi bisogni, definendo gli obiettivi, le modalità, le procedure e le risorse necessarie a favorire l'inclusione, l'abilitazione e la reintegrazione sociale. Ha una temporalità limitata ed è soggetto a una revisione programmata in sede di valutazione. I BIS, come eventuale componente economica che sostiene i PTRI, possono rappresentare "un efficace strumento per realizzare un passaggio effettivo da un *welfare* dei servizi, dove gli utenti sono destinatari passivi, ad un *welfare* di comunità, dove le persone riacquistano un protagonismo possibile e dove le risorse messe in campo assumono un carattere di investimento sulla comunità e sullo sviluppo, anche economico, della stessa" (3). I BIS si configurano, quindi, come un investimento che il servizio pubblico fa sulle persone con bisogni di salute mentale attraverso l'intermediazione degli Enti del Terzo Settore. Il fine è quello di riattivare il funzionamento sociale, nonché dare opportunità concrete sugli assi casa, lavoro e relazioni sociali. In generale, la metodologia PTRI/BIS può essere vista come un "contratto" tra vari attori: le Aziende Sanitarie, il Terzo Settore, i Servizi Sociali e lo stesso beneficiario, che diventano *partner* in un processo di co-produzione. Il contratto stabilisce, quindi, i ruoli, le responsabilità e gli obiettivi delle azioni, specifica il livello di "intensità" abilitativa e ne definisce i tempi. Questo dovrebbe permettere una progressione dal punto di vista abilitativo e un passaggio a livelli diversi di intensità del BIS, con la conseguente diminuzione dell'investimento in termini anche di risorse economiche.

I livelli di intensità in cui si articola il BIS sono cinque (Alta, Medio-Alta, Media, Medio-Bassa e Bassa) a seconda dei diversi e specifici bisogni dei destinatari di ciascun PTRI e, conseguentemente, del diverso grado di investimento in termini di risorse e supporti che il *partner* è chiamato ad attivare per la costruzione di opportunità inclusive. Esistono, inoltre, BIS ad altissima intensità, nel caso di bisogni particolarmente complessi e che richiedono un investimento sulla persona il cui valore supera quello previsto per l'alta intensità, e BIS "flessibili" nel caso in cui il valore economico degli interventi riabilitativi necessari a rispondere ai bisogni della persona non superi la soglia minima per l'attivazione di un PTRI con BIS. Il gruppo operativo-professionale è responsabile dell'elaborazione del PTRI e dell'attribuzione del livello di intensità ai fini della valorizzazione di BIS, in relazione alle indicazioni clinico-riabilitative, alle condizioni psicopatologiche, al grado di compromissione delle funzioni e delle abilità della persona, al grado di intervento previsto nelle aree riabilitative e di risocializzazione ed alla durata (4). Gli interventi sono, quindi, strutturati su tre assi (2):

- asse abitare: creazione di "opportunità di abitare" attraverso il supporto alla domiciliarità, sistemazioni individuali o di gruppo in strutture messe a disposizione o indicate dall'Azienda Sanitaria o dal *partner*. Si evidenzia che il modello assistenziale ed organizzativo della Regione Friuli Venezia Giulia (1), ha permesso nel tempo un minor ricorso alla residenzialità psichiatrica (5). Le Aziende Sanitarie hanno promosso, tramite i DSM, soluzioni diversificate di *co-housing* capaci di garantire una adeguata assistenza e riabilitazione ed una rete di rapporti e opportunità emancipative. In questo modello di intervento, le finalità riabilitative vengono perseguite attraverso una attenzione individualizzata basata sulla continuità terapeutico-riabilitativa, nell'ambito della specifica dimensione abitativa parzialmente o totalmente supportata in collaborazione con le cooperative sociali. Il processo ha portato a sviluppare nuove forme di "abitare inclusivo" (2), con progetti che hanno caratteristiche differenti a seconda del territorio in cui si sono sviluppate, ma anche aspetti comuni. Esperienze di maggiore rilevanza sono, ad esempio, i nuclei di convivenza non superiori a sei persone e soluzioni abitative con requisiti di civili abitazioni, di cui le persone sono titolari;

- asse lavoro e formazione professionale: creazione di opportunità di esperienze di inserimento socio-lavorativo, attraverso la messa a disposizione di luoghi e contesti produttivi caratterizzati da vera imprenditorialità, in cui la persona possa esercitare una attività lavorativa in un ambiente formativo; in parallelo, nello svolgimento di attività di sostegno competente all'accesso e alla fruizione delle opportunità create;

- asse socialità: promozione allo sviluppo di abilità (percorsi di formazione artistica ed espressiva) e competenze sociali, mirando a costruire relazioni e reti amicali, familiari e sociali, attraverso la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative e sportive in spazi e tempi della normale quotidianità, organizzate o svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone.

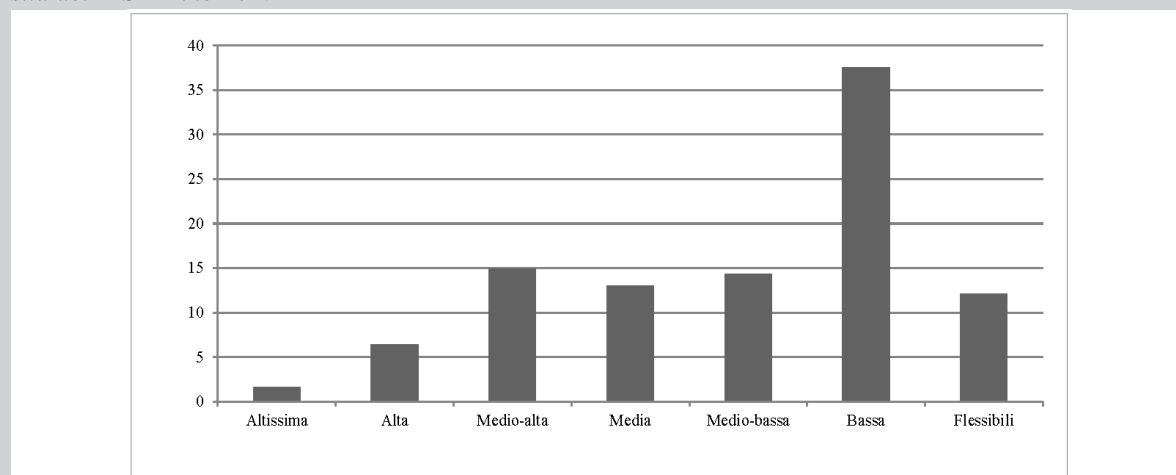
La programmazione regionale prevede per i prossimi anni obiettivi strategici che riguardano, nello specifico, la valutazione standardizzata della metodologia dei BIS in relazione alle risorse impiegate e alle linee di indirizzo sulle progettualità di abitare inclusivo (2). Questo ha reso necessaria la formalizzazione di un gruppo tecnico per l'accompagnamento delle procedure dei BIS, con rappresentanti delle varie Aziende Sanitarie Regionali.

Dal punto di vista epidemiologico, il numero di persone di 18 anni ed oltre in carico ai DSM regionali, che beneficiavano di un BIS, è stato di 1.090 nel 2017, con un tasso di 53,8 per 1.000 utenti, di cui 403 Progetti (37%) finanziati in compartecipazione con i Servizi Sociali dei Comuni. I BIS a Medio-Bassa e Bassa intensità comprendevano circa la metà dei BIS totali (Grafico1). Il *budget* complessivo che la Regione Friuli Venezia Giulia ha investito nei BIS è stato pari indicativamente a 16,8 milioni di €. Le percentuali di investimento sui diversi assi sono differenti a seconda delle Aziende Sanitarie considerate sebbene, per tutte, l'investimento maggiore sia stato quello sull'asse abitare (Tabella 1).

Negli anni si è notato un importante sviluppo in Friuli Venezia Giulia di Progetti innovativi, che si sono focalizzati soprattutto sui bisogni individuali in base alle aspirazioni personali, in linea con il concetto di *recovery* (6). Sul piano pratico, si è assistito ad un uso estensivo di programmi di abitare inclusivo e di supporto lavorativo (7). Questo è stato reso possibile anche da una forte pianificazione strategica su base regionale, con l'intento di integrare e coordinare meglio i servizi di salute mentale e i loro interventi, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (8). Lo strumento principale per lo sviluppo di questi Progetti innovativi è stato, sicuramente, la metodologia PTRI/BIS. Ciò nonostante rimangono alcune criticità da affrontare. In primo luogo, vi sono ancora disomogeneità nell'applicazione dello strumento a livello delle varie Aziende Sanitarie, sia sul piano tecnico che su quello amministrativo. In secondo luogo, sono ancora in fase di definizione criteri più precisi per l'attribuzione dell'intensità di BIS. In terzo luogo, vi è una generale necessità di definire ed utilizzare a livello regionale misure standardizzate per la valutazione degli esiti conseguenti all'utilizzo di tali strumenti (9). Il gruppo attivo sui BIS sta affrontando queste criticità, in linea con le indicazioni contenute nel PRSM (2). Un aspetto rilevante per il loro superamento, e per una maggiore omogeneità, sarà anche l'introduzione di un nuovo sistema informativo unico regionale per la salute mentale, previsto nel 2019.

Nonostante le limitazioni suddette, i BIS si rivelano strumenti importanti nella abilitazione, inclusione sociale ed *empowerment* delle persone con disturbo mentale. Questo può avere un impatto positivo sul funzionamento delle persone con disturbo mentale, in linea con il principio di *recovery*.

Grafico 1 - Persone (valori per 100) che beneficiano di un Budget Individuale di Salute (BIS) secondo l'intensità dei BIS - Anno 2017



Fonte dei dati: Gruppo di accompagnamento BIS (DGR 732/2018). Dati da ricognizione aziendale. Anno 2018.

Tabella 1- *Budget Individuali di Salute (valori per 100) sul totale dell'importo annuo di investimento economico per area di intervento - Anno 2017*

Aree di intervento	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana Isontina	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 Alto Friuli, Collinare-Medio Friuli	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine	Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 Friuli Occidentale
Asse abitare	80,0	45,3	70,1	75,0	88,0
Asse lavoro e formazione professionale	4,0	25,2	1,9	20,0	0,2
Asse socializzazione	16,0	29,5	28,0	5,0	11,8

Fonte dei dati: Gruppo di accompagnamento BIS (DGR 732/2018). Dati da ricognizione aziendale. Anno 2018.

Riferimenti bibliografici

- (1) Castelpietra G, Feresin T, Organizzazione dei Servizi di Salute Mentale per l'adulto nella Regione Friuli Venezia Giulia, in Salute Mentale, Rapporto Osservasalute 2017, 26-27.
- (2) Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta, anni 2018-2020, Regione Friuli Venezia Giulia; DGR n. 732/2018.
- (3) Approvazione del progetto di piano sanitario e socio-sanitario regionale per il triennio 2006-2008; DRG n. 3222/2005.
- (4) Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), Regione Friuli Venezia Giulia. Capitolato speciale per l'affidamento dei servizi relativi alla realizzazione di budget individuali di salute nelle aziende per l'assistenza sanitaria del Friuli Venezia Giulia e Allegati; ID15SER015.
- (5) Bracco R, Furlan M. Dalle strutture residenziali all'abitare supportato. L'esperienza del Friuli Venezia Giulia. Le strutture residenziali: scenari vecchi e nuovi nell'abitare supportato in psichiatria, 10 ottobre 2017, Milano.
- (6) Anthony WA. A recovery-oriented service system: setting some system level standards. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000; 24: 159-68.
- (7) Ridente P, Mezzina R. From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. International Journal of Mental Health. 2016; 45 (1): 59-70.
- (8) World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes; Geneve; 2004.
- (9) Castelpietra G, Innovative projects based on recovery principles: the experience of Region Friuli Venezia Giulia, Italy, Synapsis, 2018; 49 (14): 19-24.

Depressione: l'efficacia dei farmaci dipende anche dal contesto ambientale

Dott. Igor Branchi

Gli antidepressivi rappresentano una delle strategie d'elezione per il trattamento del disturbo depressivo maggiore. Tuttavia, questa classe di farmaci ha una efficacia incompleta. Dati clinici, infatti, dimostrano come il 30-40% dei pazienti non risponda al trattamento, ovvero non mostri un miglioramento sensibile, e il 60-70% dei pazienti non risolva il problema medico (1). Di conseguenza, nuove strategie terapeutiche più efficaci sono necessarie per far fronte alle rilevanti problematiche di carattere medico, sociale ed economico derivanti da questa psicopatologia che affligge più di 300 milioni di persone al mondo, di cui circa 3 milioni solo in Italia (2). Una delle ragioni della limitata efficacia degli antidepressivi e, in particolare, degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), è la limitata comprensione della loro azione terapeutica che va oltre il meccanismo di azione molecolare, ovvero l'aumento del tono della serotonina, uno dei neurotrasmettitori principali del sistema nervoso centrale. A tal fine, negli ultimi anni, numerosi studi sono stati volti a comprendere il ruolo del sistema serotoninergico nel cervello. Gli studi, che spaziano dalla psichiatria genetica alla farmacologia, hanno evidenziato come un aumento dei livelli di serotonina sia associato a un incremento della plasticità neurale, ovvero la capacità di modificare la funzione e la struttura del cervello, e di conseguenza di modificare il comportamento, in seguito a specifiche esperienze e/o *input* ambientali (3).

Dato il ruolo della serotonina nell'aumentare la plasticità neurale e comportamentale, è stata di recente proposta l'ipotesi in base alla quale gli antidepressivi SSRI, producendo un aumento del tono serotoninergico, elevano la plasticità neurale, rendendo l'individuo più suscettibile all'influenza del proprio ambiente di vita. Di conseguenza, l'efficacia del trattamento con farmaci antidepressivi serotoninergici dipende anche dal contesto ambientale del paziente e, quindi, dal contesto in cui i farmaci vengono assunti. In particolare, l'influenza di un ambiente di vita favorevole può portare a una maggiore efficacia degli antidepressivi (4). È importante sottolineare come per ambiente di vita non si intenda solo la qualità della vita, ma anche la capacità dell'individuo di fronteggiare tale ambiente (5).

Sebbene siano necessari ulteriori studi per validare il ruolo degli antidepressivi serotoninergici come potenziali amplificatori dell'influenza dell'ambiente di vita, una serie di articoli scientifici ha recentemente prodotto risultati a favore di tale ipotesi (6-8). In particolare, sono stati analizzati i dati relativi a uno dei più importanti *trial* clinici in campo psichiatrico, denominato *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*, condotto negli Stati Uniti con lo scopo di confrontare l'efficacia di diverse strategie terapeutiche per la cura della depressione maggiore. Il *clinical trial* ha coinvolto più di 4.000 pazienti trattati con citalopram, uno degli SSRI più comuni (1). Gli studi, pubblicati nel 2017 sulla rivista *Translational Psychiatry* e nel 2019 sulla rivista *The Pharmacogenomics Journal*, riportano come, con l'aumentare della dose di citalopram, lo stato depressivo sia in modo sempre più significativo dipendente dalla qualità dell'ambiente di vita del paziente. In altre parole, gli studi dimostrano come il trattamento con antidepressivi serotoninergici produca una amplificazione dell'influenza dell'ambiente sull'umore (7). In linea con questi risultati, un numero crescente di articoli nella letteratura scientifica suggerisce di utilizzare l'interazione tra l'aumentata plasticità neurale e comportamentale indotta dal trattamento con SSRI e la qualità dell'ambiente di vita, al fine di migliorare l'esito clinico nella depressione maggiore (8).

Il cambiamento concettuale nell'interpretazione dell'azione dei farmaci antidepressivi serotoninergici da fattore non solo causale, in grado di determinare il miglioramento dello stato depressivo, a fattore anche permissivo che consente all'ambiente di vita di influenzare la psicopatologia, ha la potenzialità di incidere sulla pratica clinica. In particolare, dato il ruolo chiave dell'ambiente nel determinare gli esiti del trattamento e la limitata capacità dei pazienti di cambiare rapidamente ed efficacemente il loro ambiente di vita, fornire ai pazienti gli strumenti concettuali per affrontare meglio condizioni di vita difficili può potenziare l'efficacia dell'SSRI. Ciò può essere ottenuto mediante diverse forme di psicoterapia come, ad esempio, la terapia comportamentale cognitiva (5), che aiutano il paziente a fronteggiare specifiche difficoltà. Infatti, è stato ampiamente dimostrato come la combinazione del trattamento con SSRI e della psicoterapia sia spesso più efficace del solo trattamento farmacologico (9). Altre forme di supporto, quali la presa in carico del paziente attraverso servizi specializzati, si sono anche esse dimostrate efficaci nel ridurre le conseguenze di un ambiente di vita avverso (10).

Tale approccio, in linea con il paradigma della medicina personalizzata, sottolinea la rilevanza delle caratteristiche psicosociali ed economiche dell'ambiente di vita del paziente nel determinare l'esito del trattamento con farmaci antidepressivi e, più in generale, nell'influenzare la salute mentale. In futuro, studi clinici, inclusi i *trial* clinici volti a valutare l'efficacia di antidepressivi o di altri farmaci psichiatrici, dovranno tenere in considerazione informazioni relative allo *status* socio-economico del paziente, quali il reddito, il grado di istru-

zione, l'occupazione, ma anche informazioni sulla condizione socio-demografica, quali la qualità della vita sociale, in modo tale da avere una migliore capacità di comprendere e, quindi, di prevedere l'esito del trattamento. In conclusione, questa nuova interpretazione dell'azione dei farmaci antidepressivi permette di costruire un quadro teorico innovativo in grado di integrare e conciliare due delle principali ipotesi sul disturbo depressivo maggiore: la prima, secondo cui meccanismi alla base della psicopatologia e del suo trattamento siano da ricercare tra le caratteristiche neurobiologiche del paziente, quali la plasticità neurale; la seconda, che riconduce la patologia a fattori psicosociali.

Come nota di cautela importante è sottolineare che, sebbene questo approccio ampli la nostra conoscenza dei fattori e meccanismi che potenzialmente determinano l'efficacia degli antidepressivi serotoninergici, esso non giustifica la sospensione del trattamento farmacologico in quei pazienti che vivono un ambiente di vita non favorevole.

Riferimenti bibliografici

- (1) Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M, Team SDS. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 28-40.
- (2) Istat. La salute mentale nelle varie fasi della vita. Report Istat 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2018/2007/Report_Salute_mentale.pdf.
- (3) Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M, Brummett B, Williams R. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry* 2009; 14: 746-754.
- (4) Branchi I. The double edged sword of neural plasticity: increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36: 339-351.
- (5) Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, Garland A, Hollinghurst S, Jerrom B, Kessler D, Kuyken W, Morrison J, Turner K, Williams C, Peters T, Lewis G. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *Lancet* 2012.
- (6) Alboni S, van Dijk RM, Poggini S, Milior G, Perrotta M, Drenth T, Brunello N, Wolfer DP, Limatola C, Amrein I, Cirulli F, Maggi L, Branchi I. Fluoxetine effects on molecular, cellular and behavioral endophenotypes of depression are driven by the living environment. *Mol Psychiatry* 2017; 22: 552-561.
- (7) Chiarotti F, Viglione A, Giuliani A, Branchi I. Citalopram amplifies the influence of living conditions on mood in depressed patients enrolled in the STAR*D study. *Transl Psychiatry* 2017; 7: e1066.
- (8) Viglione A, Chiarotti F, Poggini S, Giuliani A, Branchi I. Predicting antidepressant treatment outcome based on socioeconomic status and citalopram dose. *Pharmacogenomics J.* 2019. doi: 10.1038/s41397-019-0080-6.
- (9) Wilkinson ST, Holtzheimer PE, Gao S, Kirwin DS, Price RB. Leveraging Neuroplasticity to Enhance Adaptive Learning: The Potential for Synergistic Somatic-Behavioral Treatment Combinations to Improve Clinical Outcomes in Depression. *Biol Psychiatry* in press.
- (10) Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF, 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* 2014; 13: 56-67.
- (11) Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 790-804.