

Salute mentale e dipendenze

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi dati meritano una lettura critica poiché non rappresentano la totalità dei farmaci utilizzati per le patologie psichiatriche. Il consumo di farmaci antidepressivi, infatti, non può rappresentare il quadro complessivo dei farmaci utilizzati per indicazione psichiatrica. Questo indicatore ci segnala importanti differenze interregionali da non sottovalutare in quanto non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia, ma anche ad una variabilità relativa all'accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

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

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

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

Ospedalizzazione per disturbi psichici

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

(codici ICD-9-CM: 290-319) in un arco di tempo variabile (nel nostro caso, un anno solare), ed il totale dei residenti nella stessa regione nello stesso periodo di tempo.

Sono stati, inoltre, riportati i tassi standardizzati per età, in entrambi i generi, negli anni 2003 e 2012, per poter evidenziare la variabilità regionale e l'andamento temporale del fenomeno.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

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

Numeratore: Dimissioni per disturbi psichici in diagnosi principale
 Denominatore: Popolazione media residente

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

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

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

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per genere e per regione, nel 2003 e nel 2012. Nel 2012, il tasso di ricovero per disturbi psichici è pari a 41,38 (per 10.000) tra gli uomini e 38,03 (per 10.000) tra le donne. Nel 2003, questi valori erano più alti, rispettivamente, del 14,6% e del 17,5% (Tabella 1 e Grafico 1). Dall'analisi del trend delle dimissioni ospedaliere negli anni 1999-2012 appare evidente che, dopo una prima fase caratterizzata da un andamento fluttuante dei ricoveri, negli ultimi 7 anni si è verificata una riduzione pressoché costante del ricorso all'ospedalizzazione (Grafico 2).

Sebbene la situazione complessiva mostri un netto miglioramento, tra le diverse regioni vi erano e continuano ad esserci differenze marcate: nel 2012, il rapporto tra il tasso di ricovero più alto e quello più basso continua ad essere di poco inferiore a 3, così come accadeva nel 2003. In particolare, la PA di Bolzano, la Liguria, il Lazio e l'Abruzzo mostrano tassi di ricovero decisamente più elevati rispetto al valore nazionale, con la Liguria che continua a superare, in entrambi i generi, i 60 ricoveri per 10.000 abitanti. Al contrario, il Friuli Venezia Giulia, la PA di Trento, l'Emilia-Romagna e la Toscana e, nel Meridione, la Campania e la Puglia presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione più bassi (nel caso del Friuli Venezia Giulia nettamente) rispetto al dato nazionale.

Nel confronto con i dati nazionali e regionali di 10 anni fa (2003) (Grafico 1), emergono, da un lato il marcato decremento del tasso ospedaliero in quasi tutte le regioni ed in entrambi i generi, mentre dall'altro alcune significative eccezioni. Se, infatti, nella PA di Bolzano ed in Abruzzo la riduzione dei ricoveri tra il 2003 ed il 2012 ha ormai raggiunto il 40% (-45,2% tra gli uomini residenti nella PA di Bolzano e -44,7% tra le donne in Abruzzo), in Piemonte, Umbria, Marche ed, in partico-

lare, in Campania il tasso di ospedalizzazione è cresciuto, anche se nelle ultime 3 regioni citate il tasso di ricovero continua ad essere inferiore al valore nazionale. In Piemonte, invece, la situazione appare critica, poiché in questa regione il tasso di ospedalizzazione era in passato inferiore al dato italiano, mentre nel 2012 (come era già nel 2010) risulta nettamente superiore in entrambi i generi.

Infine, se si esaminano le differenze tra le macroaree Nord, Centro e Sud ed Isole, non si evincono sostanziali differenze di tipo geografico: tassi al di sopra del valore nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea per entrambi i generi. Appare chiaro che il trend positivo di riduzione dell'ospedalizzazione è ormai un fenomeno diffuso in pressoché tutte le regioni, incluse quelle meridionali.

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 10.000) e variazioni percentuali di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003, 2012

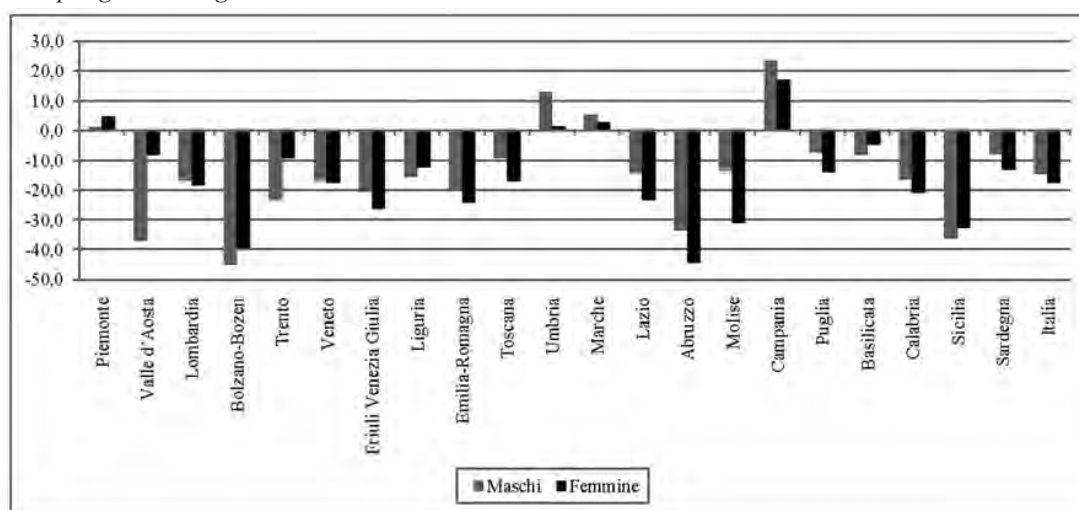
Regioni	Maschi			Femmine		
	2003	2012*	Δ % (2003-2012*)	2003	2012*	Δ % (2003-2012*)
Piemonte	43,42	43,92	1,2	44,24	46,27	4,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,79	44,57	-37,0	53,20	48,85	-8,2
Lombardia	44,81	37,27	-16,8	46,57	37,96	-18,5
Bolzano-Bozen	83,89	45,97	-45,2	88,22	53,37	-39,5
Trento	43,53	33,27	-23,6	41,34	37,46	-9,4
Veneto	43,59	36,30	-16,7	45,39	37,37	-17,7
Friuli Venezia Giulia	31,48	24,96	-20,7	31,43	23,18	-26,2
Liguria	74,76	63,03	-15,7	70,69	61,94	-12,4
Emilia-Romagna	43,66	34,78	-20,3	47,70	36,15	-24,2
Toscana	39,13	35,53	-9,2	41,01	34,00	-17,1
Umbria	33,08	37,28	12,7	33,50	33,98	1,4
Marche	41,48	43,66	5,3	33,34	34,20	2,6
Lazio	66,00	56,51	-14,4	59,43	45,46	-23,5
Abruzzo	80,78	53,82	-33,4	73,79	40,81	-44,7
Molise	54,92	47,51	-13,5	54,66	37,69	-31,0
Campania	29,63	36,57	23,4	23,15	27,09	17,0
Puglia	39,34	36,42	-7,4	36,35	31,21	-14,1
Basilicata	45,09	41,36	-8,3	40,64	38,73	-4,7
Calabria	49,11	41,07	-16,4	43,00	33,98	-21,0
Sicilia	73,65	46,95	-36,3	63,39	42,63	-32,7
Sardegna	52,03	47,88	-8,0	43,72	37,98	-13,1
Italia	48,45	41,38	-14,6	46,11	38,03	-17,5

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

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

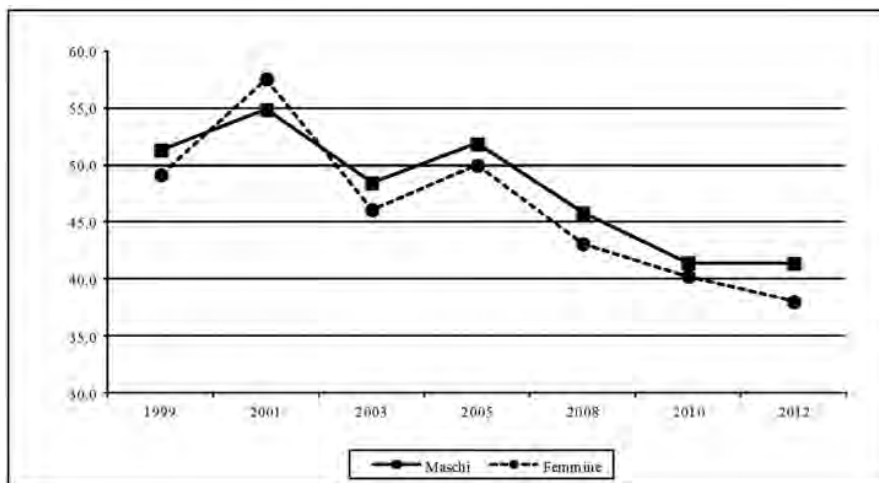
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 1 - Variazione percentuale del tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere e regione - Anni 2003-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici per genere - Anni 1999-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi di ospedalizzazione standardizzati per disturbi psichici relativi all'arco temporale 2003-2012 confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri che era già emersa negli anni precedenti. Negli ultimi 10 anni, infatti, il ricorso all'ospedalizzazione per disturbi psichici si è ridotto di circa il 16%, con un trend ormai stabilmente discendente negli ultimi 5 anni. Questo risultato positivo potrebbe essere un effetto esclusivo della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause (-30% dal 1999 al 2011, a fronte di una riduzione dei ricoveri per disturbi mentali pari al 21% circa). D'altro canto, è possibile supporre che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR del 10 novembre 1999), stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati: in particolare, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi che mirano ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). Alla luce di quanto detto, è probabile che nelle regioni dove il tasso di ospedalizzazione è nettamente più elevato del dato nazionale (come in Liguria) o è cresciuto nel tempo (in particolare, in Piemonte) vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale e permangano, quindi, ancora notevoli margini di miglioramento (anche in virtù dell'adozione delle misure citate). Vanno, infatti, ricordate le aree critiche del sistema, evidenziate anche dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2011-2013) (3), nel quale si poneva l'accento oltre che sulla disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale, anche sulla mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitorag-

gio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Ulteriori positivi risultati potrebbero derivare da un lato rafforzando i rapporti con la medicina generale, dall'altro consentendo una maggiore integrazione tra i Servizi Sanitari e Sociali mirati alla tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti (ad esempio, in base al grado di assistenza richiesta). Anche per tali ragioni, la tutela della salute mentale è stata indicata tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale, ed il Ministero della Salute ha emanato delle "Linee di Indirizzo sulla Salute Mentale" (4), con lo scopo ultimo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione e rafforzare gli interventi in quegli ambiti che necessitano di particolare attenzione (come, ad esempio, tutelare la salute mentale nell'età evolutiva e promuovere una forma di assistenza dei pazienti di tipo domiciliare, in modo da favorire la loro re-inclusione sociale e lavorativa).

Riferimenti bibliografici

- (1) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
- (2) DPR 01.09.1999 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000". Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf.
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: http://www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf.
- (4) Ministero della Salute. "Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale". Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf.

Consumo di farmaci antidepressivi

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

modificazioni nelle prescrizioni dei farmaci considerati da parte dei professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È, inoltre, possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2012.

Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci antidepressivi in Dosi Definite Giornaliere}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata}^{**} \times 365} \times 1.000$$

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

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

Validità e limiti. Le caratteristiche delle popolazioni confrontate (quali genere ed età) influiscono sulla variabilità dei consumi farmaceutici. È stato, pertanto, tenuto conto delle differenze regionali relative a questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi nel momento dell'elaborazione dei dati.

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

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

(Svezia) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.

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

Descrizione dei risultati

Il trend descrittivo del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembra aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,9 DDD/1.000 ab die nel 2011; 36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012) (Tabella 1). I consumi più elevati nell'anno 2012 si sono registrati in Liguria, Toscana e nella PA di Bolzano, mentre i minori consumi in Friuli Venezia Giulia, Campania, Puglia e Basilicata. Il trend in aumento nel corso degli anni dei consumi di antidepressivi è attribuibile a molteplici fattori: la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive, l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio disturbi d'ansia). Tali farmaci vengono utilizzati sempre più frequentemente come parte integrante della terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative e oncologiche e i mutamenti del contesto sociale, influenzati dall'aggravarsi della crisi economica ancora in corso, possono aver modificato in senso incrementale i consumi.

Tabella 1 - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2000-2012

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

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2000-2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto, utilizzando le dosi giornaliere prescritte, è in grado di quantificare solo parzialmente la frequenza del disturbo psichiatrico considerato. Infatti, le DDD vengono influenzate non soltanto dal numero di soggetti affetti dalla patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle diversificate modalità di trattamento. La tipologia di classe farmaceutica, caratterizzata da relativa facilità di utilizzo e di prescrizione da parte dei MMG, senza il supporto specialistico, può essere in parte responsabile del passato e dell'eventuale futuro aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci con conseguente aumento della spesa. Non va, però, dimenticato come le problematiche legate alla patologia in oggetto siano in costante aumento. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ipotizza negli

anni a venire per la depressione un ruolo di primaria importanza tra le cause di morte nei Paesi occidentali (2). Tali elementi innegabilmente conducono ad una rilevante ed improcrastinabile sfida per i professionisti sanitari e l'agenda della Sanità Pubblica non può esimersi dall'affrontare il problema. Il miglioramento dei flussi informativi, a livello nazionale e regionale utili a registrare ed identificare le dimensioni del fenomeno, il censimento della qualità e dell'appropriatezza delle cure, sono un supporto efficace delle strutture territoriali di diagnosi e cura per il contenimento della spesa e dell'inappropriatezza prescrittiva.

Riferimenti bibliografici

- 1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.
- 2) Rapporto OsMed 2011. AIFA, Luglio 2011.

Suicidi

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

I principali fattori di rischio documentati nell’ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall’età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall’abuso di sostanze (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato

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

Tasso di mortalità per suicidio*

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

$$\text{Denominatore}$$

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

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10-CM) (5) e dai dati sulla popolazione residente in Italia raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Il primo limite di questo indicatore concerne la possibile sottostima dovuta all’eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le “cause non determinate” e le “morti accidentali”. Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l’indicatore qui presentato è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi commessi nel nostro Paese da stranieri non residenti (210 casi nel biennio 2009-2010).

Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (20 casi registrati nel biennio 2009-2010). Tuttavia, l’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale, fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato, se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall’altro non fornisce una misura della “reale” dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), il valore auspicabile dovrebbe corrispon-

dere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore nazionale (relativo al biennio 2009-2010, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2009-2010, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,46 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,21 per 100.000 (Tabella 1). Nel 78,1% dei casi il suicida è un uomo (dati non tabulati). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,15 (per 100.000) per gli uomini e a 3,00 (per 100.000) per le donne (Tabella 2).

La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età (Tabella 1, Grafici 1 e 2). Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni di età e il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,90 suicidi per 100.000 nella classe di età 65-69 a 36,20 per 100.000 tra gli *over 84enni*). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (4,90 per 100.000), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (4,34 per 100.000 tra le donne di 85 anni ed oltre) (Grafici 1 e 2, dati non tabulati).

L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio troviamo il Piemonte (9,56 per 100.000), la PA di Bolzano (10,93 per 100.000) e l’Emilia-Romagna (9,24 per 100.000), ma anche la Sardegna (10,97 per 100.000); all’estremo opposto, con livelli di suicidalità che sono circa la metà rispetto a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate, troviamo la Campania (4,82 per 100.000), la

Puglia (5,22 per 100.000), il Lazio (5,46 per 100.000), la Sicilia (6,28 per 100.000) e la Calabria (6,79 per 100.000) e, al Nord, la Liguria (4,08 per 100.000) (Tabella 1).

Per gli uomini le regioni con i tassi di suicidio più elevati al Nord sono la PA di Bolzano (18,75 per 100.000), il Piemonte (16,14 per 100.000), la Valle d'Aosta (15,73 per 100.000) e l'Emilia-Romagna (15,61 per 100.000) a cui si aggiungono, al Sud, la Sardegna (18,79 per 100.000) e la Basilicata (14,43 per 100.000). Per le donne i livelli di mortalità per suicidio più elevati si riscontrano in Piemonte (4,06 per 100.000), in Emilia-Romagna (3,91 per 100.000) e nella PA di Bolzano (3,86 per 100.000), mentre i livelli più bassi si registrano in Liguria (2,13 per 100.000), Puglia (2,14 per 100.000), Lazio (2,20 per 100.000) e Campania (2,24 per 100.000)

(Tabella 2).

Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questa tendenza alla riduzione subisce un arresto (Grafico 1). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni di disponibilità del dato, si rileva per gli uomini un aumento della mortalità per suicidio nella fascia di età lavorativa tra i 30-69 anni a fronte di una riduzione tra i più giovani e tra gli anziani (ad eccezione della classe di età estrema - Grafico 4). Per le donne dal confronto dei tassi età-specifici negli ultimi due bienni non si rilevano cambiamenti degni di nota (Grafico 5).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo e standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio per classe di età e regione - Anni 2009-2010

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	2,02	8,88	13,39	17,14	10,28	9,56
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	5,68	18,23	27,16	9,54	8,80
Lombardia	1,45	7,71	8,07	10,45	7,80	7,55
Bolzano-Bozen	2,24	10,72	12,64	16,64	11,08	10,93
Trento	2,40	7,60	6,92	13,89	7,99	7,76
Veneto	2,54	7,73	9,23	10,00	7,95	7,71
Friuli Venezia Giulia	-	8,51	10,49	10,33	8,71	8,14
Liguria	0,98	3,90	6,22	6,25	4,51	4,08
Emilia-Romagna	2,49	7,88	13,31	20,60	10,05	9,24
Toscana	1,24	6,32	12,26	16,80	8,33	7,56
Umbria	3,25	6,96	15,59	15,16	9,04	8,41
Marche	0,89	6,56	10,76	16,69	8,21	7,56
Lazio	1,16	5,07	6,69	9,82	5,62	5,46
Abruzzo	1,91	6,95	9,96	12,09	7,73	7,55
Molise	7,55	6,36	14,03	11,82	8,04	7,84
Campania	1,01	4,17	7,11	8,42	4,66	4,82
Puglia	1,33	4,55	6,11	11,50	5,27	5,22
Basilicata	1,92	6,44	15,97	16,11	8,45	8,27
Calabria	1,07	6,03	9,23	12,27	6,80	6,79
Sicilia	1,84	5,81	8,49	9,59	6,29	6,28
Sardegna	6,25	10,2	15,9	14,39	11,11	10,97
Italia	1,72	6,63	9,64	12,57	7,46	7,21

- = non disponibile.

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

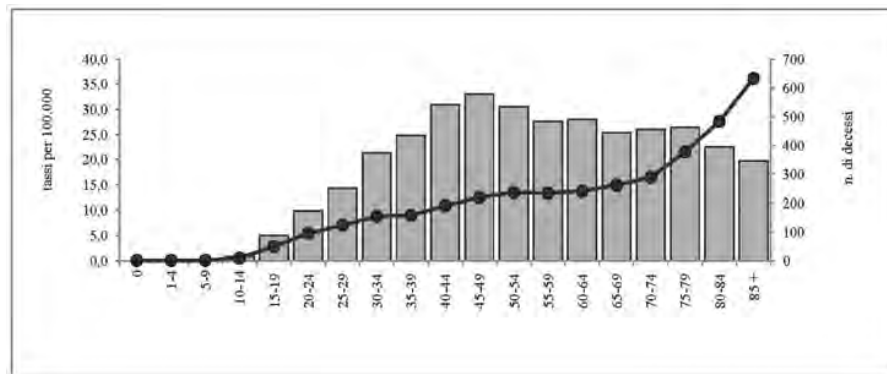
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

Tabella 2 - Tasso medio standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio della popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2009-2010

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,14	4,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,73	2,64
Lombardia	12,57	3,15
Bolzano-Bozen	18,75	3,86
Trento	13,56	2,83
Veneto	12,94	3,12
Friuli Venezia Giulia	13,14	3,80
Liguria	6,36	2,13
Emilia-Romagna	15,61	3,91
Toscana	13,12	3,09
Umbria	13,85	3,77
Marche	12,61	3,24
Lazio	9,38	2,20
Abruzzo	11,80	3,80
Molise	12,74	3,42
Campania	7,91	2,24
Puglia	8,87	2,14
Basilicata	14,43	2,87
Calabria	11,30	2,75
Sicilia	10,51	2,62
Sardegna	18,79	3,78
Italia	12,15	3,00

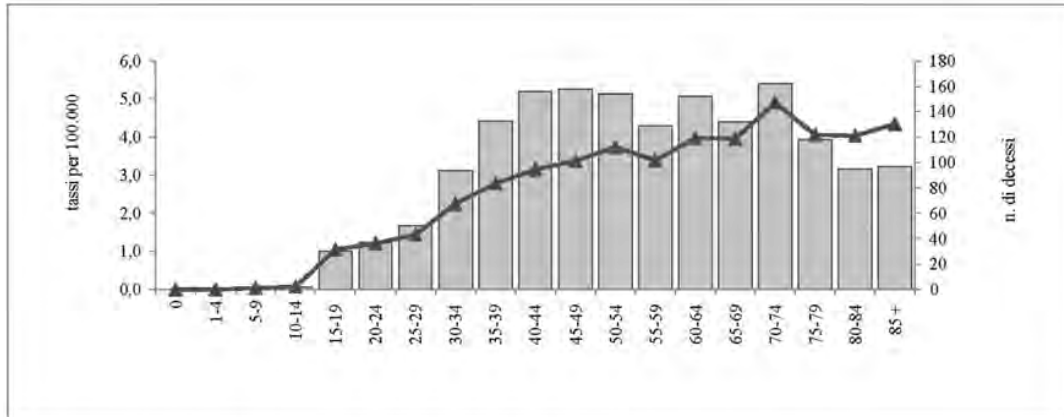
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2009-2010

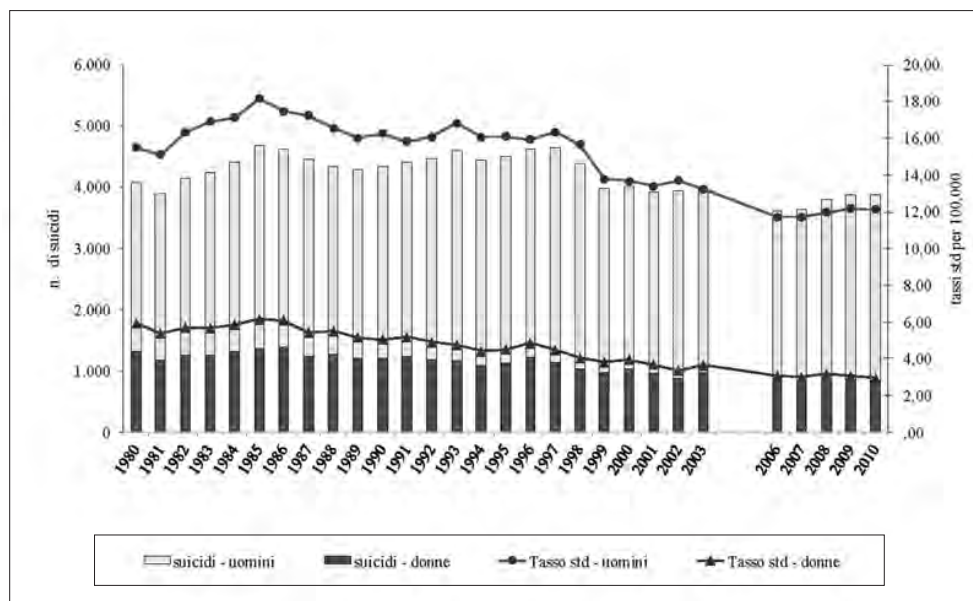
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

Grafico 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2009-2010



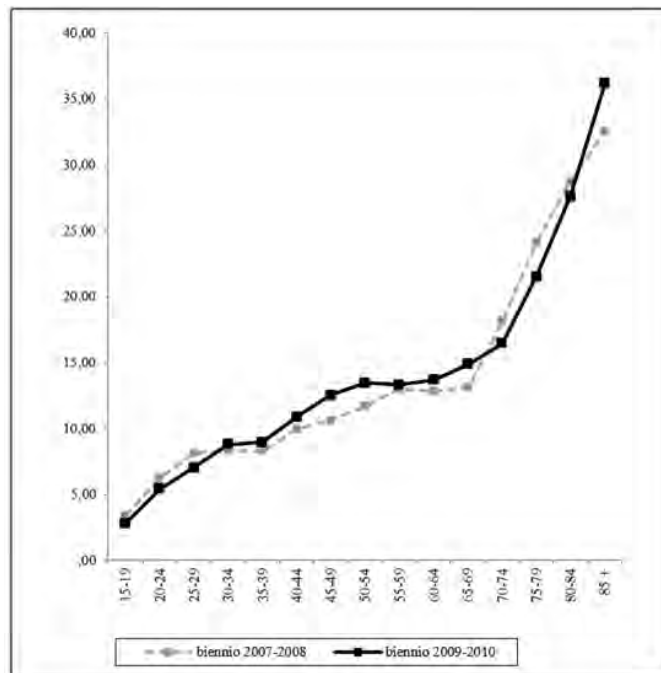
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

Grafico 3 - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio della popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2010



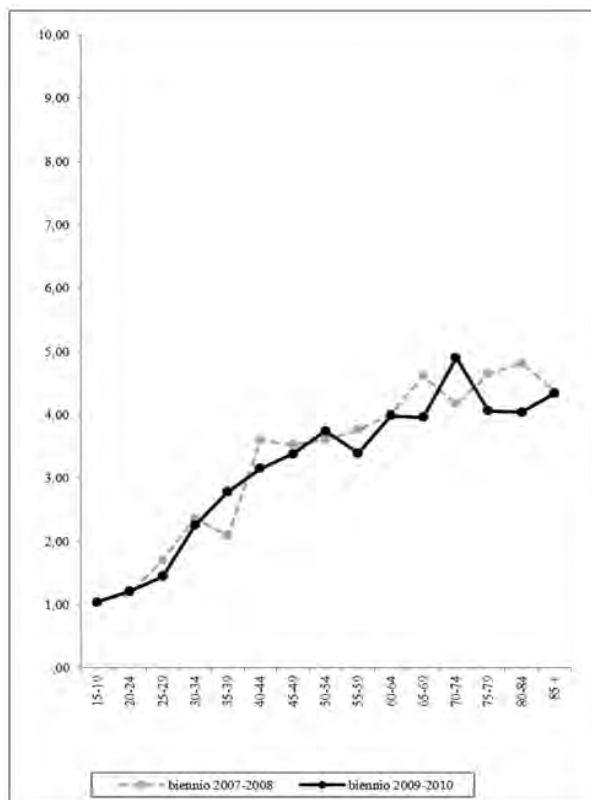
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

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



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

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



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La "Prevenzione della depressione e dei suicidi" è stata inserita dalla Commissione Europea fra le cinque aree d'azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being* lanciato nel 2008. Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" ha ripreso questo tema tra le aree di intervento (8, 9).

Sebbene il nostro Paese si collochi ancora tra quelli europei a più basso rischio di suicidio, l'incremento della mortalità che si sta osservando tra gli uomini nella fascia di età lavorativa necessita di essere attentamente monitorato anche in relazione alla crisi che sta attraversando l'economia mondiale (10-12).

Va poi sottolineato che, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d'Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione.

In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (8) indicano, tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio, anche la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell'abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno già tentato il suicidio. Nell'ambito della programmazione di politiche d'intervento, occorre poi tener conto che il decesso per suicidio si ripercuote con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche di indirizzo a livello nazionale basate anche sull'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale. L'integrazione di fonti di dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della

Salute, le segnalazioni raccolte dai Centri Antiveneni presenti in alcune regioni e le informazioni su prevenzione e assistenza raccolte dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale sarebbe altamente auspicabile per lo studio e il monitoraggio del suicidio in particolari gruppi sociali e categorie a rischio, e potrebbe fornire in futuro ulteriori e fondamentali informazioni per la prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010 Jul 13; 341: c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).
- (5) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA – Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (8) European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_allegato.pdf.
- (10) Stucker D., Basu S., Suhrcke M. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).
- (11) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
- (12) 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* 2013, doi: 10.1111/hsc.12086. [Epub ahead of print].