



L'EPIDEMIOLOGIA DELLA SALUTE MENTALE IN TOSCANA

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Il ricorso ai Servizi territoriali



L'ospedalizzazione
per disturbi psichici



L'utilizzo dei farmaci
antidepressivi



Il suicidio:
epidemiologia e prevenzione



Il distress psicologico
dei giovani toscani:
i risultati dello studio EDIT 2011



Il personale impiegato
e la spesa prevista
per la salute mentale

63

Novembre
2011

L'epidemiologia della salute mentale in Toscana

Il ricorso ai Servizi territoriali

**L'ospedalizzazione
per disturbi psichici**

**L'utilizzo dei farmaci
antidepressivi**

**Il suicidio:
epidemiologia e prevenzione**

**Il distress psicologico
dei giovani toscani:
i risultati dello studio EDIT 2011**

**Il personale impiegato
e la spesa prevista
per la salute mentale**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

L'epidemiologia della salute mentale in Toscana

Coordinamento

Francesco Cipriani

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Il Documento in sintesi

a cura di Francesco Cipriani

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Introduzione

a cura di Fabio Voller

Dirigente - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 1

a cura di Daniel De Wet¹ e Francesco Innocenti²

¹ Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 2

a cura di Caterina Silvestri¹ e Cristina Orsini²

¹ Responsabile - PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 3

a cura di Caterina Silvestri¹, Giampiero Mazzaglia² e Simone Bartolacci³

¹ Responsabile - PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Consulente - Osservatorio di epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

³ Responsabile - PO Centro statistico elaborazione dati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 4

a cura di Caterina Silvestri¹, Francesco Innocenti², Cristina Orsini², Emanuele Crocetti³ e Carlotta Buzzoni⁴

- ¹ Responsabile - PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana
- ² Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana
- ³ Medico epidemiologo - UO Epidemiologia clinica e descrittiva
Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica
e banca dati Associazione italiana registri tumori
- ⁴ Dottore in statistica - UO Epidemiologia clinica e descrittiva
Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica
e banca dati Associazione italiana registri tumori

Capitolo 5

a cura di Caterina Silvestri¹ e Cristina Orsini²

- ¹ Responsabile - PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana
- ² Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 6

a cura di Daniel De Wet¹, Valentina Uvia Corridoni² e Marzia Fratti³

- ¹ Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana
- ² Tirocinante - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana
- ³ Responsabile - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana

Editing e impaginazione

a cura di Elena Marchini

Osservatorio di epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Indice

Il Documento in sintesi	p. 7
Introduzione	9
1. Il ricorso ai Servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti	13
1.1 Introduzione	15
1.2 La fonte dei dati e il sistema informativo	16
1.3 L'utilizzo dei Servizi	17
1.4 Diagnosi	24
1.5 Attività dei Dipartimenti di Salute mentale	25
2. L'ospedalizzazione per disturbi psichici	29
2.1 I dati italiani	31
2.2 Il ricovero in Toscana	32
2.2 Alcune considerazioni conclusive	39
3. L'utilizzo dei farmaci antidepressivi	41
3.1 I dati italiani	43
3.2 I dati toscani	45
3.3 Alcune considerazioni conclusive	47
4. Il suicidio: epidemiologia e prevenzione	49
4.1 Introduzione	51
4.2 Il quadro epidemiologico internazionale e nazionale	52
4.2.1 <i>I dati internazionali</i>	52
4.2.2 <i>I dati nazionali</i>	54
4.2.3 <i>Il tentativo di suicidio in Italia</i>	55
4.3 Il fenomeno suicidario in Toscana	57
4.3.1 <i>Le differenze per età, genere e territorio</i>	57
4.3.2 <i>Il tentativo di suicidio in Toscana</i>	61
4.4 Alcuni approfondimenti	62
4.4.1 <i>Il ricorso al Servizio sanitario toscano in una coorte di persone decedute per suicidio</i>	62
4.4.2 <i>Il suicidio nei pazienti affetti da patologie oncologiche</i>	69
4.5 La prevenzione	73
4.5.1 <i>Alcuni progetti basati su prove di efficacia</i>	74
- <i>L'iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio: il progetto Suicide Prevention - SUPRE</i>	74
- <i>Lo studio Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviour - SUPRE-MISS</i>	76
- <i>L'iniziativa europea di prevenzione della depressione e del suicidio: il progetto European Alliance Against Depression EAAD</i>	77
- <i>Il progetto di prevenzione della Regione Toscana: Montagna in salute</i>	79
4.6 Alcune considerazioni conclusive	81

5. Il distress psicologico dei giovani toscani: i risultati dello studio EDIT 2011	83
5.1 Premessa	85
5.2 I risultati dello studio EDIT 2011	87
5.3 Alcune considerazioni conclusive	90
6. Il personale impiegato e la spesa prevista per la salute mentale	91
6.1 Il personale dei Servizi di salute mentale	93
6.2 La spesa per la salute mentale	95

Il Documento in sintesi

Il presente Documento ha come scopo quello di riunire le principali informazioni riguardanti la salute mentale in Toscana, al fine di fornire un quadro d'insieme non solo su quelle che sono le principali patologie presenti sul nostro territorio, ma anche sui trattamenti e sulle prestazioni erogate ai cittadini.

Nello specifico, il primo capitolo analizza gli accessi ai servizi dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) fornendo una caratterizzazione degli utenti e delle principali modalità di presa in carico. Secondo i dati tratti dal Sistema informativo regionale sulla salute mentale (SIRSM), nel 2010 risultano pazienti attivi 77.668 persone alle quali, nel corso dell'anno, è stata effettuata almeno una prestazione. 29.637 di questi, ovvero il 38,2%, risultano essere nuovi utenti, mostrando come, nella nostra Regione, i cittadini facciano un uso maggiore dei Servizi territoriali rispetto ad altre Regioni italiane (Lazio, 34%; Lombardia, 17%).

Per quanto riguarda le diagnosi, vengono presentate le principali patologie, suddivise in base alla fascia di età, da cui risulta affetta la popolazione prevalente. Come dato conclusivo, sempre per l'anno 2010, vengono riportate le prestazioni erogate, dalle quali emerge chiaramente che un gran numero di interventi sono costituiti da visite di controllo (che per gli adulti costituiscono circa il 70%), mentre un valore simile viene ricoperto dalle riunioni di équipe per quanto riguarda l'infanzia-adolescenza (71,5%).

Il secondo capitolo affronta il tema dei ricoveri ospedalieri. In questo caso, dopo una panoramica italiana, vengono presentati i dati relativi all'anno 2010 tratti dal flusso delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO). Globalmente, in Toscana, l'andamento dei ricoveri presenta una tendenza alla diminuzione in entrambi i generi mostrando, comunque, una ulteriore diminuzione nel corso dell'ultimo anno soprattutto nel genere maschile. Al decrescere dei ricoveri si associa un aumento dei trattamenti in regime di day hospital che, dal 2002 ad oggi, sono aumentati di 9 punti percentuali (dal 17,9% del 2002 al 26,9% del 2010). Anche le patologie che portano al ricovero hanno subito un'importante variazione nel corso degli anni, mostrando una netta diminuzione, nel genere maschile, dei ricoveri per disturbo schizofrenico che sembrano lasciare il posto al disturbo bipolare e ai disturbi d'ansia.

Nel terzo capitolo viene trattato il tema dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi. Come è noto, la Toscana detiene, a livello nazionale, il primato di maggior utilizzatrice, con un consumo di farmaci antidepressivi (espressi in Dosi definite giornaliere/1.000 ab.), per l'anno 2010, di 56,4 rispetto al valore medio nazionale che, per il 2009, risultava essere di 34,6. La prescrizione, da parte dei medici, di questi farmaci mostra una variabilità intra-regionale che lascia supporre l'appartenenza, da parte di quest'ultimi, a scuole di pensiero diverse o all'utilizzo di protocolli terapeutici differenti.

Il quarto capitolo lascia l'aspetto trattamentale per dedicarsi ad un tema specifico: il suicidio. Come per i ricoveri, anche in questo caso abbiamo assistito ad una progressiva diminuzione rimanendo, tuttavia, su valori lievemente superiori rispetto al dato nazionale (6,3 *vs.* 7,0). L'analisi svolta per singola zona individua, sul nostro territorio, alcune aree maggiormente a rischio, alcune delle quali hanno già attivato progetti mirati di prevenzione. A questo proposito, abbiamo ritenuto interessante descrivere alcuni dei principali progetti di prevenzione, attivati sia a livello internazionale che nazionale, allo scopo di rendere più evidenti le linee guida utilizzate anche dalla nostra Regione. Inoltre, data la delicatezza del tema trattato, questo capitolo contiene due approfondimenti: il primo studia il ricorso al Servizio sanitario toscano in una coorte di persone decedute per suicidio con lo scopo di mettere in luce i possibili elementi che sfuggono agli operatori sanitari ma che, al contrario, potrebbero rappresentare chiavi di lettura in grado di prevenire la scelta suicidaria; il secondo, grazie anche alla collaborazione dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), focalizza l'attenzione sui decessi per suicidio in pazienti affetti da patologie oncologiche.

Il quinto capitolo riporta i risultati aggiornati (2011) del livello di distress psicologico vissuto dai giovani toscani di età compresa fra i 14 e i 19 anni. Le informazioni, tratte dallo studio "Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana – EDIT" mostrano un lento peggioramento, rispetto alla rilevazione svolta nel 2008, dello stato psicologico dei ragazzi, il 17,5% dei quali soffre di un livello elevato di distress.

Infine, nel sesto capitolo, viene presentata una panoramica sul personale impiegato nei Servizi di salute mentale della Toscana e della spesa dedicata a questo tema.

Francesco Cipriani
Direttore
ARS - Toscana



Introduzione

Secondo dati recenti (Eurobarometer, 2010)¹, i disturbi di salute mentale rappresentano un problema sanitario che coinvolge circa un cittadino su dieci dell'Unione europea (UE) e, in molti Stati, la depressione raffigura il problema di salute più comune. Riconoscendo l'importanza che la salute mentale ricopre nel raggiungimento del benessere, la Commissione europea ha svolto un'indagine specifica sui 27 Stati membri, mostrando come la condizione di precarietà economica e lavorativa influisca profondamente nella percezione del proprio stato mentale.

Prendendo in esame le singole patologie², oltre al disturbo depressivo da cui risulta affetto il 18% della popolazione europea, si rilevano percentuali elevate di disturbi d'ansia (17%), somatoformi (17%) e da dipendenza da sostanze (alcol e droghe) con il 9% della popolazione coinvolta³.

La suddivisione per genere riconferma le donne come le persone maggiormente affette da questi disturbi. In particolare, le differenze si rendono evidenti nei disturbi affettivi (depressione), che colpiscono il 12% delle donne rispetto al 6% degli uomini, nei disturbi d'ansia (il 16% delle donne e l'8% degli uomini) e nei disturbi somatoformi con il 15% delle donne interessate rispetto al 7% degli uomini⁴.

I risultati di quest'indagine, ponendo l'accento sull'influenza che alcuni fattori di ordine socio-economico ricoprono nella determinazione del disagio psichico di una popolazione, hanno messo in evidenza il forte incremento avvenuto nel genere maschile che sembra risentire in misura maggiore dei forti cambiamenti in atto all'interno della Comunità europea⁵ (vedi, ad esempio, l'aumento del tasso di disoccupazione).

Paradossalmente, infatti, anche se esiste una correlazione significativa tra la depressione e il suicidio, gli uomini si suicidano tre volte più spesso delle donne ma soltanto la metà di loro aveva ricevuto una diagnosi di depressione o era in trattamento. Uno studio britannico⁶ ha scoperto che i tassi di consultazione dei medici di medicina generale

¹ European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection coordinated by the Directorate General for Communication (2010) Special Eurobarometer 345, Mental Health. Brussels, TNS Opinion & Social.

² EU (2008) European Pact for Mental Health and Well-being. EU high-level conference, Brussels, 13 June 2008. Slovenian Presidency of the EU.

³ Wittchen H-U, Jacobi F (2005), size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15:357-376.

⁴ European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection (2005) Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels, Directorate General for Health and Consumer Protection

⁵ McDaid D (ed) (2008) Mental Health in Workplace Settings. Consensus paper. Luxembourg, European Communities.

⁶ Shah R, McNiece R, Majeed A (2001) Socio-demographic differences in general practice consultation rates for psychiatric disorders among patients aged 16–64. *Health Statistics Quarterly* Autumn

(MMG) per tutti i disturbi psichiatrici sono di gran lunga superiori nelle donne che negli uomini, tuttavia gli uomini risultano avere un tasso di consultazione 3,8 volte superiore rispetto alle donne per disturbi legati alla dipendenza da alcol e da sostanze.

Tutto ciò può apparire fin troppo evidente ma, se leggiamo queste informazioni alla luce del momento storico che stiamo vivendo, questi risultati mettono in luce come il disagio psichico possa tradursi, in misura ancora maggiore, in un grave problema sanitario ed economico per gran parte dei paesi del mondo.

A conferma di questo, un recente studio inglese⁷ ha sottolineato la correlazione esistente tra fattori economici e percentuali di suicidio e come, tra i diversi fattori indagati, la disoccupazione fosse l'elemento a più grande impatto sulle percentuali di suicidio.

Per l'Italia il dato non è certo confortante.

Prendendo come riferimento ancora l'indagine Eurobarometer 2010, la popolazione italiana sembra avere uno stato emotivo più negativo rispetto alla media europea modificando l'immagine allegra del nostro paese. In particolare, nelle quattro settimane che precedevano l'intervista, soltanto il 33% ha riferito di non essersi sentito profondamente abbattuto (vs. il 47% degli EU) e solo il 16% non si è sentito demoralizzato e triste rispetto al 35% della media EU. Infatti, pur rimanendo a livelli inferiori, anche nel nostro paese è aumentato il ricorso al MMG (10%) o al farmacista (5%) per problemi di questa natura con un aumento, nel corso dell'ultimo anno, di 2 punti percentuali nel primo caso e di 3 nel secondo.

Anche il dato italiano del sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia" (PASSI 2010)⁸ riguardante i sintomi depressivi vissuti dalla popolazione 18-64enne, oltre a confermare il maggior interessamento da parte della popolazione appartenente a livelli socio-economici inferiori, mette in risalto sia la correlazione esistente con patologie croniche (il 13% degli individui depressi ne risulta affetto) sia lo scarso ricorso da parte di queste persone al personale sanitario (soltanto il 33,8% si è rivolto al personale sanitario).

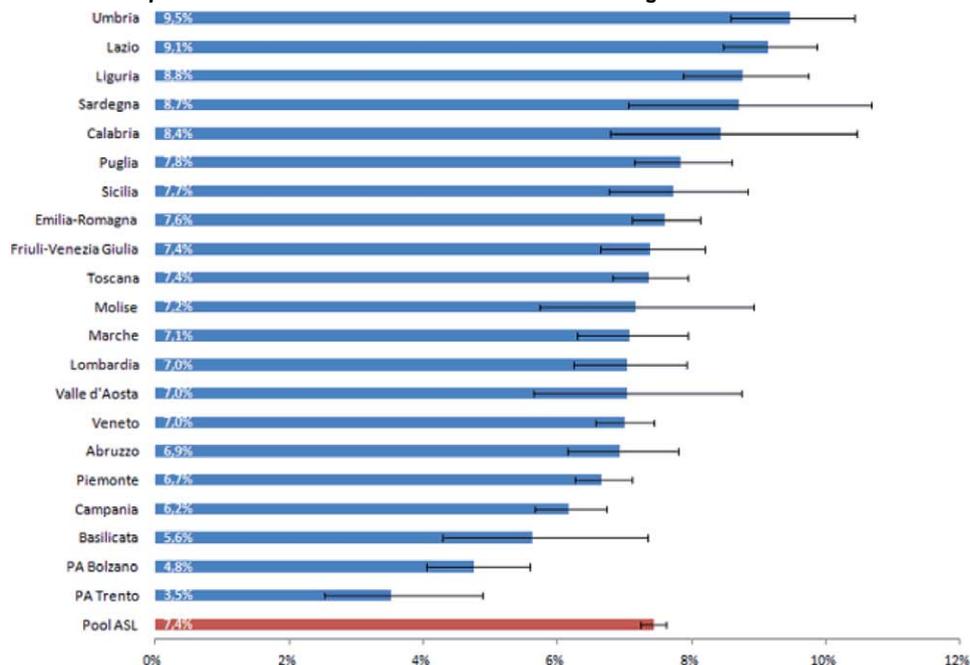
Complessivamente, nel 2010 il 6,4% degli intervistati ha lamentato sintomi depressivi nel corso delle ultime due settimane e tra questi è significativamente più alta sia la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale sia quella dei giorni con limitazione di attività.

Il confronto interregionale, calcolato sul pool quadriennale 2007-2010, mostra come in alcune regioni i valori siano significativamente superiori rispetto alla media nazionale. La Toscana, con il 7,4%, non si discosta dal dato italiano (fig. 1).

5-10.

⁷ Ceccherini-Nelli A, Priebe S (2011), Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:975-982.

⁸ Per maggiori informazioni, consultare il sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/R2010Depressione.asp>

Figura 1**Sintomi di depressione – Pool AUSL 2007-2010 – Fonte: Indagine Passi 2010**

I numerosi studi da cui abbiamo tratto le informazioni, sembrano trovare un filo conduttore nel mettere in risalto l'importanza che la salute mentale ricopre nella definizione del benessere di un paese.

La latenza nel ricorso ai Servizi, che come sappiamo rappresenta un fenomeno diffuso nelle società economicamente avanzate,⁹ non può che aggravare la sintomatologia con la messa in atto di azioni estreme come, ad esempio, il suicidio.

Lo scopo di questo lavoro è quindi quello di approfondire lo studio della salute mentale sul territorio toscano, facendo emergere, laddove presenti, elementi di criticità e punti di forza sui quali investire risorse finalizzate ad un miglioramento complessivo della vita dell'individuo.

Fabio Voller
Dirigente Settore Epidemiologia
dei servizi sociali integrati - ARS Toscana

⁹ Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al., (2004) Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 109 (suppl. 420):47-54.

Capitolo 1

Il ricorso ai Servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti

Daniel De Wet

Francesco Innocenti

1. Il ricorso ai Servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti

1.1 Introduzione

La legge 180 e la legge 833 “Riforma del Servizio sanitario nazionale”, entrambe del 1978, hanno dato avvio a profondi cambiamenti culturali e organizzativi delle istituzioni pubbliche e dell’intera comunità. Con tale normativa è stato sancito il passaggio da interventi pubblici diretti al controllo sociale della malattia mentale alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali; l’asse portante del processo di trasformazione è stato il riconoscimento della dignità della persona e il rispetto dei suoi diritti umani e civili.

Dall’entrata in vigore di tali normative si sono avviate radicali trasformazioni organizzative dell’impianto dei servizi assistenziali, quali la creazione e lo sviluppo di una rete di servizi territoriali articolati su vari livelli di assistenza. In Toscana, il modello organizzativo dei servizi per la salute mentale si è andato configurando sempre più come un sistema di servizi in rete tra loro, con équipe multidisciplinari integrate che operano nella e con la comunità locale; servizi che si dedicano alla promozione della salute mentale, alla individuazione precoce del disturbo, alla cura e riabilitazione dei disturbi psichici delle persone di ogni età. In ogni Azienda USL (AUSL), il Dipartimento di Salute mentale, attraverso la rete territoriale e ospedaliera dei servizi, assicura l’assistenza nell’arco delle 24 ore, sette giorni su sette, e una risposta abbastanza articolata ai diritti di cittadinanza delle persone portatrici di disturbo mentale.

Se la sfida durante gli anni ‘90 era sostanzialmente identificata con il superamento degli ospedali psichiatrici e con la necessità di stabilire servizi di salute mentale di comunità, oggi emerge una nuova sfida che è quella di rendere tali servizi sempre più capaci di rispondere, in maniera efficiente ed efficace, ai bisogni di salute mentale della popolazione. Tale sfida richiede lo sforzo di operare attivamente su più livelli di integrazione, coinvolgendo soggetti istituzionali, forze sociali, operatori pubblici e privati, secondo il principio di una partecipazione comune.

In Toscana, nel 2010, circa l’1,67% della popolazione adulta ha avuto almeno un accesso ai servizi territoriali. Questo dato corrisponderebbe, in linea di massima, alla prevalenza della psicopatologia grave, stimata tra l’1 e il 2% della popolazione. Si stima inoltre che circa il 20% dei cittadini europei sperimenta in un anno almeno una forma di disagio mentale¹.

¹ Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (2000). Public Health approach on mental health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

La conoscenza dei tassi di incidenza e prevalenza delle patologie e del numero di utenti con una presa in carico, nonché degli “alti utilizzatori”, va a costituire dei dati fondamentali per la programmazione e pianificazione dei servizi. Queste informazioni permettono una migliore destinazione delle risorse, in modo tale che i servizi possano rispondere in modo più appropriato ai reali bisogni della popolazione. È importante tenere presente che una grande parte della popolazione che soffre di disturbi mentali non si rivolge ai Servizi di salute mentale, ma ai medici di medicina generale o a professionisti privati. Un'altra parte ancora non fa richiesta di alcun tipo di assistenza. Il numero delle persone con disagio psichico che rimane fuori del sistema sanitario varia a seconda della patologia. Per esempio, la percentuale delle persone con schizofrenia che non accede ai servizi è ridotta, mentre quella delle persone che soffrono di un disturbo dell'umore o d'ansia (*unmet need*) è piuttosto elevata.

1.2 La fonte dei dati e il sistema informativo

I dati relativi all'attività territoriale provengono dal flusso del Sistema informativo regionale sulla salute mentale (SIRSM), istituito con deliberazione della Giunta regionale n. 687 del 26/6/2005 “*Messa a regime del Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale e inserimento nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari*”.

La Regione Toscana ha sviluppato un sistema informativo di salute mentale, partendo dai risultati del lavoro di analisi del fabbisogno informativo svolto a livello nazionale e regionale dagli operatori del settore, con l'obiettivo di rispondere, oltre che al debito informativo ministeriale, anche alle esigenze di programmazione e valutazione regionale e aziendale. Nell'interpretazione dei dati riportati è importante tenere conto di alcuni limiti posti dal flusso informatico. Innanzi tutto il flusso viene alimentato solo dalle Aziende sanitarie territoriali ed esclude le quattro Aziende ospedaliero-universitarie e l'IRCCS Stella Maris che fanno parte della rete assistenziale della salute mentale. Una seconda criticità è la qualità non ottimale delle informazioni raccolte. La tendenza dei Servizi è quella di prestare maggiore attenzione alla registrazione delle prestazioni, piuttosto che ai dati anagrafici e clinici del paziente; ad esempio, il 51% dei dati relativi al titolo di studio non è stato rilevato o è stato registrato in modo erraneo, così come il 42% del dato relativo allo stato civile e il 40% di quello relativo alla condizione professionale. Anche le informazioni relative alle diagnosi risultano registrate in modo parziale; infatti il 49% del dato risulta mancante per gli utenti che hanno ricevuto 4 o più prestazioni. Ulteriore criticità è rappresentata dall'utilizzo, da parte delle Aziende, di gestionali differenti che presentano delle problematiche e che si sono rivelati più o meno *user-friendly*: sebbene venga rispettato il debito informatico regionale, non sempre è garantita la possibilità di un'interpretazione uniforme tra i vari sistemi. Come tale, la fotografia presentata di seguito è una sottostima dell'utenza e dell'attività dei Servizi di salute mentale territoriali.

Un punto di forza del sistema informatico è il fatto che i dati vengono raccolti sia nei Servizi di salute mentale per infanzia e adolescenza, sia in quelli di salute mentale per gli adulti. Questo ci permette di avere un quadro complessivo della domanda di assistenza

e dell'offerta dei servizi differenziati per età: maggiorenni (18 anni e più) e minorenni (tra 0 e 17 anni).

1.3 L'utilizzo dei Servizi

La **prevalenza trattata** nell'anno è data dal numero di utenti con almeno un contatto nell'anno presso le strutture dei Dipartimenti di Salute mentale. L'**incidenza trattata** è relativa ai pazienti che per la prima volta in assoluto hanno avuto un contatto con le strutture del Dipartimento di Salute mentale (**nuovi utenti**). Gli utenti che hanno ricevuto quattro o più prestazioni vengono considerati utenti con **presa in carico** e gli utenti **alti utilizzatori** sono coloro che hanno ricevuto, nell'anno preso in considerazione, 18 o più prestazioni. Gli ultimi due indicatori cercano di fornire oltre alla prevalenza e l'incidenza trattata, anche una fotografia della modalità di utilizzo dei servizi territoriali.

Nel 2010, 77.668 utenti si sono rivolti ai Servizi di salute mentale territoriali della Toscana, di cui 23.423 minorenni e 54.245 maggiorenni. Sul totale di utenti presenti nei Servizi, 29.637 (ovvero il 38,16%) sono nuovi utenti (il 38,18% dei minorenni e il 38,15% dei maggiorenni). Il dato dei casi incidenti sul totale dei casi prevalenti risulta maggiore rispetto a quanto rilevato in altre regioni italiane, come il Lazio e la Lombardia, dove i casi incidenti ammontano, rispettivamente, al 34% (dato del 2008)² e al 17% (dato del 2005). Nel 2010, 43.852 utenti, ovvero il 56,46% degli utenti totali, hanno ricevuto quattro o più prestazioni. Questa percentuale cambia se si considerano gli utenti maggiorenni e minorenni separatamente: il 53% degli utenti maggiorenni (28.762 utenti) ha ricevuto quattro o più prestazioni rispetto al 64,42% degli utenti minorenni (15.090 utenti). Gli utenti alti utilizzatori sono stati complessivamente 13.517, il 17,40% degli utenti, corrispondenti al 16,81% dell'utenza maggiorenne (9.121 utenti) e al 18,77% dei minorenni (4.396 utenti).

Tabella 1.1

Frequenze assolute e percentuale degli utenti minorenni che afferiscono ai Servizi di salute mentale della Toscana – anno 2010 – Fonte: ARS su dati SALM

GENERE	Prevalenti attivi		Nuovi utenti *		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi	14.674	62,6	5.488	61,4	3.153	61,8	9.531	63,2	2.882	65,6
Femmine	8.749	37,4	3.454	38,6	1.949	38,2	5.559	36,8	1.514	34,4
Totale	23.423	100	8.942	100	5.102	100	15.090	100	4.396	100

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

** pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

² Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Strutture Residenziali terapeutico-riabilitative del Lazio, Anno 2008: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf

Tabella 1.2

Frequenze assolute e percentuale degli utenti maggioresni che afferiscono ai Servizi di salute mentale della Toscana – anno 2010 – Fonte: ARS su dati SALM

GENERE	Prevalenti attivi		Nuovi utenti *		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi	22.792	42,0	8.688	42,0	2.872	40,7	12.218	42,5	4.310	47,3
Femmine	31.453	58,0	12.007	58,0	4.176	59,3	16.544	57,5	4.811	52,7
Totale	54.245	100	20.695	100	7.048	100	28.762	100	9.121	100

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

** pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

Considerando l'utilizzo dei servizi per genere, si notano differenze tra i sessi e per età. Per i minori prevalenti, il rapporto tra maschi e femmine è di 1,68 mentre, nell'età adulta, il rapporto tra maschi e femmine risulta circa dello 0,72. Per quanto riguarda l'età adulta, i dati sono in linea con quelli di altre regioni, come per esempio il Lazio dove il rapporto maschi/femmine risulta anche esso dello 0,72 con una presenza femminile nei servizi territoriali del 58,1%³. Nell'infanzia e adolescenza la forbice nel rapporto tra maschi e femmine si allarga se viene considerata la presa in carico e diventa ancor più evidente se si considerano gli alti utilizzatori. I dati suggeriscono che i maschi non solo sono presenti in misura più elevata nei servizi, ma necessitano di una maggiore assistenza.

Nell'età adulta, il rapporto tra i sessi non cambia sostanzialmente se si considerano gli utenti nuovi e la presa in carico, ma le differenze risultano inferiori se si considerano gli utenti alti utilizzatori.

L'utilizzo dei Servizi di salute mentale territoriale mostra una grande variabilità per fascia d'età, in particolare nelle fasce d'età dell'infanzia e dell'adolescenza. Le fasce d'età maggiormente presenti nei Servizi, siano essi utenti prevalenti, utenti nuovi, utenti con presa in carico o utenti alti utilizzatori, sono: 6-10 anni nell'infanzia adolescenza e 31-50 nell'età adulta.

Considerando i tassi grezzi per 1.000 abitanti, prescindendo quindi dalla residenza, si nota che i tassi per gli utenti prevalenti, utenti nuovi, utenti con una presa in carico e utenti alti utilizzatori nell'infanzia e adolescenza sono maggiori, con un maggiore varianza tra le fasce di età rispetto a quella riscontrabile nell'età adulta. È da tener presente che i Servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza includono una popolazione con disturbi neurologici e neuropsicologici che non sempre prevede un passaggio ai Servizi per gli adulti. Il tasso di utilizzo dei Servizi aumenta costantemente dalle fasce 0-2 e 3-5

³ Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Strutture Residenziali terapeutico - riabilitative del Lazio, Anno 2008: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf

anni per raggiungere un picco nella fascia 6-10, con un successivo calo. Il picco a 6-10 anni coincide con l'inizio e i primi anni della scuola.

Tabella 1.3

Frequenze assolute e percentuali suddivise per fasce di età degli utenti minorenni che afferiscono ai Servizi di salute mentale della Toscana – anno 2010 – Fonte: ARS su dati SALM

CLASSE DI ETÀ'	Prevalenti attivi		Nuovi utenti *		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-2	1.762	7,5	1.231	13,8	555	10,9	906	6,0	277	6,3
3-5	3.574	15,3	1.843	20,6	989	19,4	2.287	15,2	881	20,0
6-10	9.087	38,8	3.389	37,9	2.064	40,5	6.210	41,2	2.012	45,8
11-12	3.257	13,9	961	10,7	594	11,6	2.129	14,1	465	10,6
13-17	5.743	24,5	1.518	17,0	900	17,6	3.558	23,6	761	17,3
Totale	23.423	100	8.942	100	5.102	100	15.090	100	4.396	100

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

** pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

Tabella 1.4

Frequenze assolute e percentuali suddivise per fasce di età degli utenti maggioresnni che afferiscono ai Servizi di salute mentale della Toscana – anno 2010 – Fonte: ARS su dati SALM

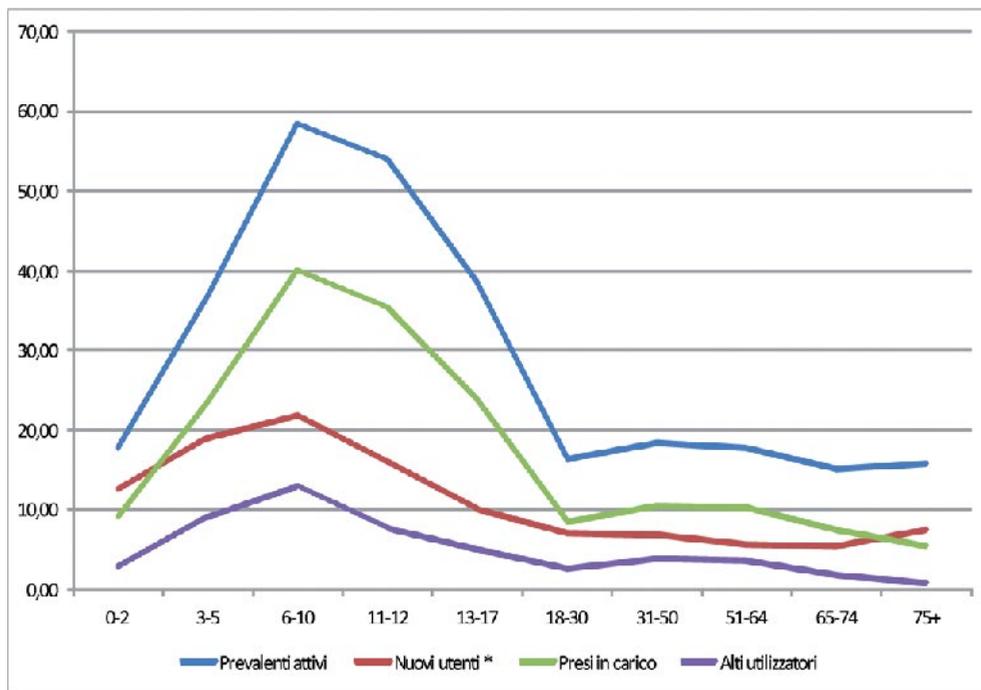
CLASSE DI ETÀ'	Prevalenti attivi		Nuovi utenti*		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-30	7.587	14,0	3.319	16,0	1.298	18,4	3.976	13,8	1.217	13,3
31-50	21.095	38,9	7.933	38,3	3.054	43,3	12.179	42,3	4.337	47,5
51-64	12.131	22,4	3.830	18,5	1.352	19,2	7.019	24,4	2.411	26,4
65-74	6.430	11,9	2.272	11,0	658	9,3	3.155	11,0	770	8,4
75+	7.002	12,9	3.341	16,1	686	9,7	2.433	8,5	386	4,2
Totale	54.245	100	20.695	100	7.048	100	28.762	100	9.121	100

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

** pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

Figura 1.1

**Prevalenza trattata degli utenti totali che afferiscono ai Servizi di salute mentale della Toscana
Tassi grezzi per 1.000 abitanti - Popolazione toscana 2010**



Nelle tabelle 1.5 e 1.6 vengono riportati, sia per i minorenni sia per i maggiorenni, i tassi grezzi per 1.000 residenti della prevalenza e incidenza trattata. Le tabelle riportano i tassi per ciascun Dipartimento di salute mentale, distinti per genere. Sia per i minorenni sia per i maggiorenni si riscontra una spiccata variabilità tra i vari Dipartimenti di salute mentale. Se si esclude l'AUSL 3 di Pistoia, interessata da un problema tecnico nella trasmissione dei dati, si nota che i tassi di prevalenza nell'infanzia e adolescenza passano dal 20,5 per 1.000 abitanti residenti al 68,3, con una media regionale del 41,0 per 1.000 abitanti residenti. Negli adulti, il tasso va dal 12,0 per 1.000 al 25,2, con una media regionale di 16,7 per 1.000 abitanti residenti.

Questa variabilità si riscontra anche se si considera l'incidenza trattata. I tassi, in questo caso, vanno da 6,2 a 23,9, con una media regionale di 15,6 per 1.000 residenti nell'infanzia e adolescenza e da 3,7 a 12,3, con una media regionale di 6,3 per 1.000 residenti. Le differenze riscontrate tra i vari Dipartimenti di salute mentale sono troppo marcate per potersi spiegare con una normale varianza nella prevalenza e incidenza dei disturbi a livello territoriale. Nell'interpretazione del dato sarà anche utile tenere presente le variabili demografiche che incidono sull'utilizzo dei Servizi territoriali, come

Tabella 1.5
Frequenze assolute, percentuali e tasso grezzo per 1.000 residenti per AUSL e genere – Popolazione minorenni, anno 2010

AUSL	Maschi												Femmine												Totale			
	Prev. attivi			Nuovi utenti *			Prev. attivi			Nuovi utenti *			Prev. attivi			Nuovi utenti *			Prev. attivi			Nuovi utenti *						
	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso	N	%	Tasso				
Massa	353	2,4	24,0	336	6,1	22,9	227	2,6	16,6	221	6,4	16,2	580	2,5	20,5	557	6,2	19,6										
Lucca	1.496	10,2	85,8	487	8,9	27,9	834	9,5	49,9	296	8,6	17,7	2.330	9,9	68,3	783	8,8	22,9										
Pistoia	88	0,6	3,9	31	0,6	1,4	57	0,7	2,6	28	0,8	1,3	145	0,6	3,3	59	0,7	1,3										
Prato	1.308	8,9	61,5	556	10,1	26,1	815	9,3	40,8	353	10,2	17,7	2.123	9,1	51,5	909	10,2	22,0										
Pisa	1.810	12,3	68,6	656	12,0	24,9	1.017	11,6	41,5	373	10,8	15,2	2.827	12,1	55,6	1.029	11,5	20,2										
Livorno	2.189	14,9	84,9	710	12,9	27,5	1.424	16,3	58,7	484	14,0	20,0	3.613	15,4	72,2	1.194	13,4	23,9										
Stiena	900	6,1	43,5	308	5,6	14,9	548	6,3	28,3	195	5,6	10,1	1.448	6,2	36,1	503	5,6	12,6										
Arezzo	626	4,3	22,8	193	3,5	7,0	356	4,1	13,8	135	3,9	5,2	982	4,2	18,5	328	3,7	6,2										
Grosseto	836	5,7	51,6	448	8,2	27,7	492	5,6	32,5	286	8,3	18,9	1.328	5,7	42,4	734	8,2	23,4										
Firenze	2.976	20,3	46,8	1.000	18,2	15,7	1.733	19,8	28,8	619	17,9	10,3	4.709	20,1	38,0	1.619	18,1	13,1										
Empoli	1.224	8,3	59,8	423	7,7	20,7	726	8,3	38,8	268	7,8	14,3	1.950	8,3	49,8	691	7,7	17,7										
Viareggio	618	4,2	48,7	222	4,0	17,5	378	4,3	31,7	132	3,8	11,1	996	4,3	40,5	354	4,0	14,4										
Totale Regione Toscana	14.424	98,3	49,8	5.370	97,8	18,6	8.607	98,4	31,7	3.390	98,2	12,5	23.031	98,3	41,0	8.760	97,9	15,6										
Non residente in Toscana	156	1,1	-	82	1,5	-	103	1,2	-	49	1,4	-	259	1,1	-	131	1,5	-										
Non rilevato - Mancante	94	0,6	-	36	0,7	-	39	0,4	-	15	0,4	-	133	0,6	-	51	0,6	-										
TOTALE	14.674	100	-	5.488	100	-	8.749	100	-	3.454	100	-	23.423	100	-	8.942	100	-										

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

per esempio la “vulnerabilità sociale”⁴. Inoltre, tali differenze possono rispecchiare i diversi modelli organizzativi presenti nei Servizi sul territorio e gli stili di lavoro a livello aziendale, come le differenze nella registrazione e trasmissione del dato.

Il confronto del dato della prevalenza e incidenza trattata della Regione Toscana richiede prudenza, in quanto i dati riportati delle altre Regioni non fanno sempre riferimento alla stessa popolazione. Per quanto riguarda la prevalenza trattata dei maggiorenni, il Lazio riporta un tasso standardizzato per 1.000 residenti maggiori di 14 anni di 13,8 (2008)⁵ e la Lombardia un tasso di 14,3 per 1.000, anche in questo caso per abitanti maggiori di 14 anni (2005)⁶. Il Veneto riporta un tasso per utenti maggiori di 17 anni di 15,9 per 1.000 residenti (2009)⁷ che si avvicina al dato della Toscana del 16,7 per 1.000 residenti.

Anche per quanto riguarda l'incidenza trattata, il dato della Toscana del 6,3 per 1.000 residenti con più di 18 anni di età risulta maggiore a quello delle regioni a cui si è fatto riferimento. Il Lazio riporta un tasso standardizzato di incidenza trattato nel 2008 di 4,4 per 1.000 abitanti residenti maggiori di 14 anni, e la Lombardia un tasso grezzo di 2,4 per 1.000 residenti maggiori di 14 anni (2005).

Purtroppo non è possibile confrontare la prevalenza e l'incidenza trattate della popolazione 0-17 anni con quelle di altre regioni, in quanto non è nota nessuna altra Regione che tratti tali dati.

⁴ Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S, Cesano S, Testa C, Scala E, Pinciaroli L. (2005). Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(2):95-106.

⁵ Agenzie di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Strutture Residenziali terapeutico - riabilitative del Lazio, Anno 2008: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf

⁶ Direzione Generale Sanità, Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria e Terme, Regione Lombardia. (2009). Il Sistema di Salute Mentale di Regione Lombardia. http://www.psychiatryonline.it/ital/SSM_LOMBARDIA.pdf

⁷ SER, Regione Veneto, La tutela della Salute Mentale nel Veneto, Rapporto 2010: <http://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/RapportoSaluteMentale2010.pdf>

Tabella 1.6
Frequenze assolute, percentuali e tasso grezzo per 1.000 residenti per AUSL e genere – Popolazione maggiorenne, anno 2010

AUSL	Maschi						Femmine						Totale					
	Prev. attivi		Nuovi utenti *		Tasso		Prev. attivi		Nuovi utenti *		Tasso		Prev. attivi		Nuovi utenti *		Tasso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Massa	1.937	8,5	23,2	994	11,4	11,9	2.482	7,9	29,8	1.158	9,6	13,9	4.419	8,1	25,2	2.152	10,4	12,3
Lucca	1.913	8,4	21,1	578	6,7	6,4	2.492	7,9	27,5	813	6,8	9,0	4.405	8,1	23,3	1.391	6,7	7,4
Pistoia	368	1,6	3,1	250	2,9	2,1	495	1,6	4,2	317	2,6	2,7	863	1,6	3,5	567	2,7	2,3
Prato	1.458	6,4	14,6	760	8,7	7,6	1.939	6,2	19,4	1.118	9,3	11,2	3.397	6,3	16,4	1.878	9,1	9,1
Pisa	2.619	11,5	19,1	999	11,5	7,3	3.933	12,5	28,7	1.613	13,4	11,8	6.552	12,1	22,9	2.612	12,6	9,1
Livorno	2.417	10,6	16,9	781	9,0	5,5	3.654	11,6	25,5	1.243	10,4	8,7	6.071	11,2	20,1	2.024	9,8	6,7
Sienna	1.388	6,1	12,6	520	6,0	4,7	1.882	6,0	17,1	693	5,8	6,3	3.270	6,0	14,1	1.213	5,9	5,2
Arezzo	1.436	6,3	10,1	439	5,1	3,1	2.114	6,7	14,9	644	5,4	4,5	3.550	6,5	12,0	1.083	5,2	3,7
Grosseto	1.189	5,2	12,8	590	6,8	6,4	1.890	6,0	20,4	888	7,4	9,6	3.079	5,7	15,7	1.478	7,1	7,6
Firenze	4.503	19,8	13,8	1.289	14,8	3,9	5.793	18,4	17,7	1.582	13,2	4,8	10.296	19,0	14,8	2.871	13,9	4,1
Empoli	1.697	7,4	17,6	664	7,6	6,9	2.477	7,9	25,7	972	8,1	10,1	4.174	7,7	20,9	1.636	7,9	8,2
Viareggio	1.126	4,9	16,7	447	5,1	6,6	1.646	5,2	24,3	692	5,8	10,2	2.772	5,1	19,2	1.139	5,5	7,9
Totale Regione Toscana	22.051	96,8	14,6	8.311	95,6	5,5	30.797	98,9	20,4	11.733	97,7	7,8	52.848	97,4	16,7	20.044	97,8	6,3
Non residente in Toscana	353	1,5	-	240	2,8	-	300	1,0	-	170	1,4	-	653	1,2	-	410	2,0	-
Non rilevato - Mancante	388	1,7	-	137	1,6	-	356	1,1	-	104	0,9	-	744	1,4	-	241	1,2	-
TOTALE	22.792	100	-	8.688	100	-	31.453	100	-	12.007	100	-	54.245	100	-	20.695	100	-

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

1.4 Diagnosi

Nelle tabelle 1.7 e 1.8 vengono riportate le percentuali delle patologie da cui risultano affetti i pazienti presi in carico (pazienti con 4 o più prestazioni), distinti per genere e per appartenenza alla fascia della minore e della maggiore età. Le diagnosi nel flusso regionale sono state codificate con codici ICD9-CM per gli utenti adulti e con codici ICD10 per gli utenti nell'infanzia e adolescenza. Per rendere i dati omogenei dal punto di vista del sistema di classificazione, le diagnosi con codici ICD10 sono state trasformate in codici ICD9-CM. Le diagnosi sono state raggruppate secondo i criteri proposti dall'ISTAT⁸.

L'interpretazione del dato viene resa molto difficile, in quanto il dato della diagnosi non è disponibile per il 65,5% degli utenti minori e per il 49,9% degli utenti maggiorenni con presa in carico.

Tabella 1.7

Percentuali delle patologie da cui risultano affetti i pazienti presi in carico dai Servizi di salute mentale, per genere – Popolazione minorenni, anno 2010

Raggruppamenti diagnostici	Maschi	Femmine	Totale
Altre condizioni mentali	23,5	22,9	23,3
Disturbi dell'età pre adulta	6,5	3,8	5,5
Schizofrenia e disturbi correlati	3,6	1,4	2,8
Ansia, disturbi somatoformi, etc,	2,0	3,6	2,6
Disturbi affettivi	1,3	1,5	1,4
Ritardo mentale	0,9	1,1	0,9
Anamnesi personale di disturbo psichico	0,5	0,7	0,6
Disturbi mentali senili e organici	0,5	0,5	0,5
Altre psicosi	0,1	0,1	0,1
Disturbi mentali per abuso di droghe	0,0	0,1	0,1
Disturbi mentali per abuso di alcol	0,0	0,0	0,0
Cause rimanenti	4,1	5,3	4,5
Non rilevato o mancante	64,8	66,8	65,6

NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una diagnosi che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

⁸ Criteri ISTAT (tratto dalle note metodologiche: "L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici - anni 2007-2008").

Tabella 1.8

Percentuali delle patologie da cui risultano affetti i pazienti presi in carico dai Servizi di salute mentale, per genere – Popolazione maggiorenne, anno 2010

Raggruppamenti diagnostici	Maschi	Femmine	Totale
Disturbi affettivi	13,0	18,5	16,1
Cause rimanenti	12,7	12,6	12,6
Ansia, disturbi somatoformi, etc,	9,5	9,5	9,5
Schizofrenia e disturbi correlati	9,1	5,0	6,7
Altre psicosi	2,6	2,1	2,3
Ritardo mentale	2,1	1,2	1,6
Disturbi mentali senili e organici	1,3	1,1	1,2
Disturbi mentali per abuso di alcol	0,5	0,2	0,4
Disturbi mentali per abuso di droghe	0,7	0,1	0,4
Disturbi dell'età pre adulta	0,2	0,1	0,2
Anamnesi personale di disturbo psichico	0,1	0,1	0,1
Altre condizioni mentali	2,7	4,4	3,6
Non rilevato o mancante	49,9	50,0	49,9

NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una diagnosi che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

1.5 Attività dei Dipartimenti di Salute mentale

In questa sezione si descrivono le prestazioni erogate dai Dipartimenti di Salute mentale (DSM). Analizzando le tabelle 1.9 e 1.10 si nota una varianza tra genere e tra utenti maggiorenni e minorenni nelle tipologie di prestazioni erogate (ad esempio l'utilizzo degli interventi di "riunioni d'équipe", le "valutazioni diagnostiche strutturate" e il "colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista"). Le differenze sono dovute a vari fattori che includono, tra l'altro, le diversità degli interventi previsti nelle diverse fasce di età in risposta alle differenti tipologie di patologie prevalenti in fasi diverse della vita e tra generi.

Tabella 1.9

Percentuali delle prestazioni effettuate dai pazienti presi in carico dai Servizi di salute mentale, per genere – Popolazione minorenne, anno 2010

Raggruppamenti prestazioni	Maschi	Femmine	Totale
Riunione di equipe	72,5	69,9	71,5
Interventi sulla rete sociale	58,9	55,8	57,8
Valutazioni diagnostiche strutturate	54,3	51,3	53,2
Visita di controllo	44,9	42,8	44,1
Intervento psicoterapeutico	41,5	45,2	42,9
Prima visita specialistica	36,4	37,7	36,9
Interventi di riabilitazione espressivo/motoria	23,5	19,8	22,2
Colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista	13,7	12,9	13,4
Interventi formativi psicoeducazionali e di risocializzazione	10,5	8,9	10,0
Consulenza	5,9	6,2	6,0
Somministrazione farmaci	0,7	0,8	0,7
Altro	7,1	6,8	7,0

NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno prescrizione che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

Tabella 1.10

Percentuali delle prestazioni effettuate dai pazienti presi in carico dai Servizi di salute mentale, per genere – Popolazione maggioranne, anno 2010

Raggruppamenti prestazioni	Maschi	Femmine	Totale
Visita di controllo	72,1	69,5	70,6
Intervento psicoterapeutico	45,3	50,3	48,2
Colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista	44,8	38,1	40,9
Interventi sulla rete sociale	45,2	36,6	40,3
Riunione di equipe	37,1	29,3	32,6
Somministrazione farmaci	35,3	28,3	31,3
Prima visita specialistica	22,3	24,6	23,6
Interventi di riabilitazione espressivo/motoria	12,6	8,7	10,4
Altro	12,7	8,5	10,3
Interventi formativi psicoeducazionali e di risocializzazione	10,8	7,5	8,9
Consulenza	8,5	7,8	8,1
Valutazioni diagnostiche strutturate	6,8	6,4	6,6

NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno prescrizione che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

La distribuzione dei Servizi sul territorio risulta buona, anche se esiste un'ampia variabilità tra i diversi Dipartimenti di Salute mentale. Dai dati emerge che la Toscana ha un tasso di prevalenza e di incidenza trattato più alto delle altre regioni con cui è stata confrontata. L'incidenza è un indicatore chiave per comprendere l'accessibilità dei Servizi; tale indicatore, infatti, non è solo legato alle risorse strutturali, ma anche alla capacità dei Servizi di attrarre l'utenza. Pertanto emerge dai dati che i Servizi di salute mentale sono presenti sul territorio e rappresentano un riferimento per la popolazione. La distribuzione sul territorio dei Servizi per infanzia e adolescenza risulta maggiore rispetto a quella dei Servizi per gli adulti.

La maggiore criticità che emerge dall'analisi è l'incompletezza dei dati relativi ad alcune variabili, come quelle socio-demografiche e, in particolare, le diagnosi. Ciò comporta una difficoltà nella valutazione dell'appropriatezza dell'accesso ai servizi e delle prestazioni erogate.

Capitolo 2

L'ospedalizzazione per disturbi psichici

Caterina Silvestri

Cristina Orsini

2. L'ospedalizzazione per disturbi psichici

2.1 I dati italiani

Da molti anni il trattamento dei disturbi mentali avviene sempre più con interventi che si discostano dal ricovero presso la struttura ospedaliera. Studi epidemiologici condotti in alcune realtà italiane¹ negli anni successivi all'emanazione della legge di riforma (l. 180/1978), hanno messo in evidenza la progressiva diminuzione del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e la graduale implementazione di un modello che, discostandosi sempre più dal ricovero, era fortemente incentrato sull'assistenza territoriale². Questi cambiamenti risentono sicuramente di un più ampio obiettivo di politica sanitaria perseguito in gran parte del territorio italiano che vede, come target principale, la contrazione dei posti letto per acuti all'interno della contrazione generale del numero totale dei ricoveri per disturbi mentali. A questo proposito, però, non possiamo non ricordare i risultati dello studio Progres-Acuti, secondo il quale il tasso di posti letto pubblici e privati per acuti in Italia (esclusa la Sicilia) risultava, nel 2001, pari a 1,72 per 10.000 abitanti, un valore che gli stessi autori della ricerca giudicarono comparativamente "uno dei più bassi in Europa"³.

Quindi, se da un lato il ricorso a strutture alternative presuppone un'evoluzione e un continuo sviluppo nel trattamento del disagio psichico, dall'altro pone l'accento sull'esigenza di monitorare la distribuzione dei ricoveri sul territorio nazionale affinché non si verifichino profonde disuguaglianze dovute non soltanto alla tipologia di utenza, ma anche alla diversa offerta di soluzioni alternative all'ospedalizzazione "tradizionale".

La principale fonte informativa in grado di delineare l'andamento del ricorso al ricovero sono le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) nelle quali, utilizzando codici tratti dall'*International Classification of Diseases (ICD)*, i clinici descrivono le principali patologie per le quali il soggetto è stato ricoverato. Secondo i dati pubblicati dal Rapporto Osservasalute 2010 riguardanti la salute mentale,⁴ in Italia, per l'anno 2008, il tasso standardizzato medio nazionale risulta essere di 44,61 x 10.000 abitanti. Alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più elevati rispetto alla media nazionale, in particolare la PA di Bolzano, la Liguria, l'Abruzzo e la Sicilia, mentre il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria presentano i valori più bassi (rispettivamente, -38,6% e -25,5%).

¹ Pantusa M.F., et al. (2007), I Trattamenti Sanitari Obbligatori nel Servizio di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Cosenza: 25 anni di osservazione (1978-2003), *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 4:363-368.

² Carpiello B., Pinna F., Orrù M.G. (2007), Lode del dubbio. Riflessioni su alcuni aspetti del ruolo e delle funzioni dei servizi di salute mentale in Italia, *Psichiatria e Psicoterapia*, 26, 4:283-290.

³ De Girolamo G., Bassi M., Neri G., et al. (2007), Characteristics and activities of acute in-patient facilities: national survey in Italy, *Brit J Psych* 191, 170-177.

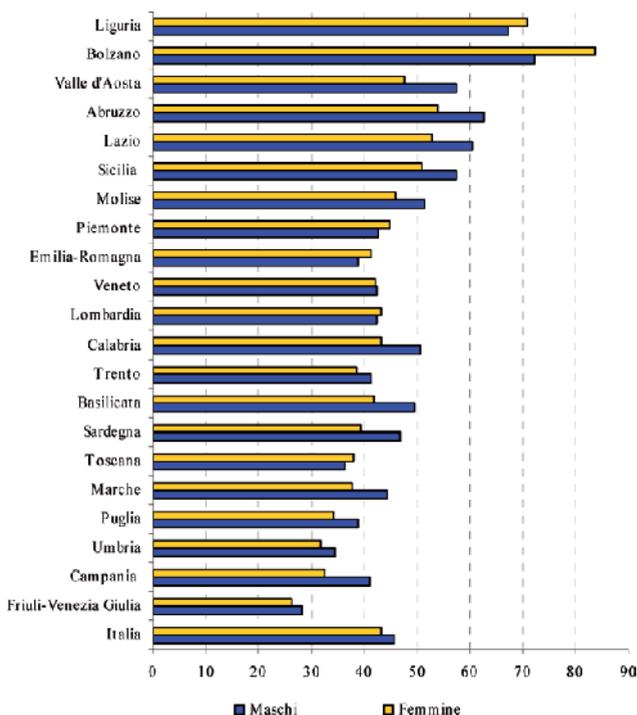
⁴ Rapporto Osservasalute 2010: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane / [Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane] - Milano: Prex, c2008. - pp. 230-232.

In generale, le differenze di ricovero per genere, in termini di tasso standardizzato medio nazionale, non sembrano sostanziali: tali valori si attestano rispettivamente al 45,81 e al 43,11 x 10.000 (figura 2.1).

La Toscana, con un tasso di 36,44 x 10.000 abitanti nel genere maschile e 38,09 x 10.000 abitanti nel genere femminile, risulta al di sotto del valore nazionale e si posiziona fra le regioni con i valori più bassi.

Figura 2.1

Ospedalizzazione per disturbi psichici in Italia, Tassi standardizzati per età x 10.000 residenti, per regione e genere, popolazione standard Italia 2001 – Fonte: Osservasalute 2010



2.2 Il ricovero in Toscana

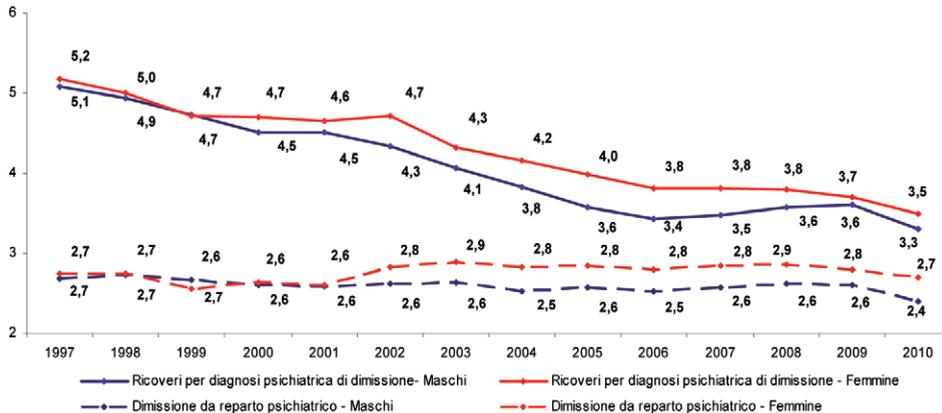
Passando ad esaminare nel dettaglio i dati toscani, nel triennio 2008-2010 sono state ricoverate per disturbo psichico⁵ 23.240 persone corrispondenti a 40.075 ricoveri. Da ciò si evince che, mediamente, una persona si è ricoverata 1,7 volte nel corso del triennio. Il 73,1% delle dimissioni si riferisce a ricoveri avvenuti in regime ordinario, mentre il 26,9% a trattamenti di day-hospital.

⁵ I ricoveri del gruppo disturbi psichici (codifiche ICDIXcm: 290-319) comprendono anche le psicosi organiche (demenze) e i disturbi da uso di sostanze.

Globalmente, in Toscana, l'andamento dei ricoveri negli anni 1997-2010 presenta una tendenza alla diminuzione in entrambi i sessi mostrando, comunque, una ulteriore diminuzione nel corso dell'ultimo anno soprattutto nel genere maschile (Figura 2.2).

Figura 2.2

Andamento temporale dell'ospedalizzazione totale per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – e nei reparti psichiatrici per genere – Toscana 1997-2010 – Tassi standardizzati per età per 1.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000



Gli utenti con diagnosi psichiatrica assistiti in ambito ospedaliero, hanno un'età media di 42,4 anni (che sale a 44,9 se si considerano soltanto gli adulti) rappresentando, in rapporto alla popolazione residente sul nostro territorio, il 6,2 x 1.000 residenti.

Tra gli utenti, le donne costituiscono il 52,4% del totale anche se, osservandone l'andamento per classe di età, possiamo notare come queste diventino prevalenti soprattutto dopo i 40 anni. Nel genere maschile, al contrario, i ricoveri nella prima infanzia risultano nettamente superiori (tabella 2.1).

Indipendentemente dal genere, la fascia di età maggiormente rappresentata nei ricoveri per disturbi psichici in Toscana continua ad essere quella compresa fra i 30 e i 59 anni, descrivendo il 43,3% del totale. Le donne di età superiore ai 60 anni costituiscono una quota rilevante dell'utenza femminile (29,5%), a differenza dei maschi dove la popolazione di età più avanzata rappresenta il 20,8%. Questo dato risulta in linea con i dati nazionali presentati dall'Istat per l'anno 2008 e da quelli relativi ad altre regioni italiane (Veneto⁶ e Lazio⁷) per l'anno 2009.

⁶ SER, Regione Veneto, La tutela della Salute Mentale nel Veneto, Rapporto 2010:

<http://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/RapportoSaluteMentale2010.pdf>

⁷ Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, L'attività di ricovero Ordinario e di DH per i pazienti psichiatrici nel Lazio, Anno 2009: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/DimPsi_2009.pdf

Tabella 2.1**Utenti ricoverati con diagnosi psichiatrica per sesso e classe di età. Toscana, anni 2008-2010**

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-9	1.854	16,7	857	7,0	2.711	11,7
10-19	911	8,2	984	8,1	1.895	8,2
20-29	1.332	12,0	1.327	10,9	2.659	11,4
30-39	1.896	17,1	1.917	15,8	3.813	16,4
40-49	1.603	14,5	2.037	16,7	3.640	15,7
50-59	1.169	10,6	1.447	11,9	2.616	11,3
60-69	772	7,0	1.099	9,0	1.871	8,1
70-79	780	7,0	1.118	9,2	1.898	8,2
80+	754	6,8	1.383	11,4	2.137	9,2
Totale	11.071	100	12.169	100	23.240	100,0

L'analisi svolta per singola AUSL continua a mostrare, ormai da alcuni anni, differenze territoriali nel ricovero totale per disturbo psichico con valori superiori a carico delle AUSL di Viareggio (4,8 x 1.000 residenti), Firenze (4,7 x 1.000 residenti) e Massa-Carrara (4,3 x 1.000 residenti), (Tabella 2.2).

Tabella 2.2

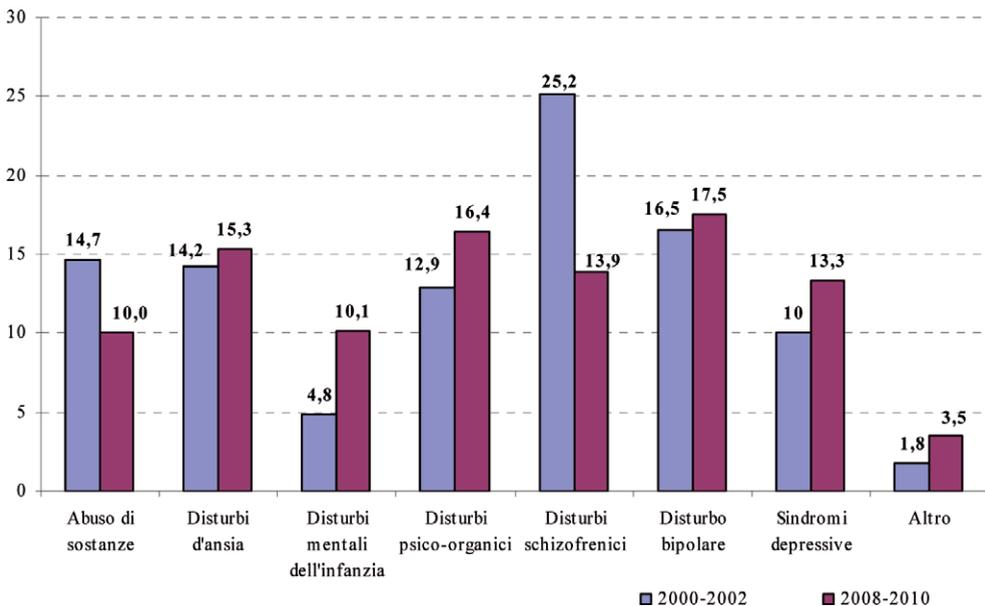
Ospedalizzazione per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – dei residenti toscani – Analisi per genere, AUSL e Area vasta – Toscana 2008-2010 – Tassi standardizzati per età per 1.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000

AUSL	Maschi		Femmine	
	Osp. totale Dist. Psic.	Osp. Rep. Psic.	Osp. totale Dist. Psic.	Osp. Rep. Psic.
Massa-Carrara	4,2	3,4	4,2	3,5
Lucca	3,1	2,1	2,9	1,9
Pistoia	2,6	2,1	3,2	2,5
Prato	2,9	1,9	3,0	2,0
Pisa	3,8	3,0	3,9	3,0
Livorno	3,5	2,6	3,9	2,6
Siena	3,7	2,7	3,8	3,0
Arezzo	2,5	1,4	2,4	1,7
Grosseto	2,5	1,8	2,9	2,3
Firenze	4,5	3,4	4,9	3,8
Empoli	2,5	1,9	2,8	2,2
Viareggio	4,6	4,3	4,4	3,9
Area vasta				
Centro	3,6	2,7	3,9	3,0
Nord-Ovest	3,7	3,0	3,8	2,9
Sud-Est	2,9	1,9	3,0	2,3
TOSCANA	3,5	2,6	3,7	2,8

La patologia per cui si realizza il maggior numero di ricoveri (figura 2.3) continua ad essere il disturbo bipolare (psicosi maniaco-depressiva) che rappresenta il principale in entrambi i sessi con una prevalenza (fra i ricoverati con diagnosi psichiatrica 2008-2010) del 17,5% negli uomini e del 21,4% nelle donne. Ciò che invece emerge dal confronto con il triennio 2000-2002 è la forte diminuzione, soprattutto nel genere maschile, del ricovero per disturbo schizofrenico che si è ridotto di oltre 10 punti percentuali (da 25,2% a 13,9%) e del disturbo da uso di sostanze (da 14,7% a 10,0%). Questo fenomeno può essere letto non soltanto alla luce dell'introduzione di trattamenti farmacologici sempre più avanzati nel trattamento della schizofrenia, ma anche ad una maggior presa in carico da parte dei servizi territoriali e dal ruolo protettivo svolto da altre variabili extracliniche, prima fra tutte il supporto sociale, inteso non soltanto come rete familiare, ma anche come sviluppo di servizi a forte integrazione comunitaria⁸. Interpretazione molto simile può essere utilizzata anche per il ricovero psichiatrico associato ad abuso di sostanze (le cosiddette doppie diagnosi) dove l'ampia rete di Servizi per le tossicodipendenze (SerT) ormai da anni tratta in modo sempre più specifico questa patologia stabilizzando, così, il ricorso al servizio ospedaliero.

Figura 2.3

Confronto della prevalenza dei soggetti ricoverati per disturbi psichici - Codifiche ICD9-CM 290-319 - Maschi, Toscana, anni 2000-2002 e 2008-2010



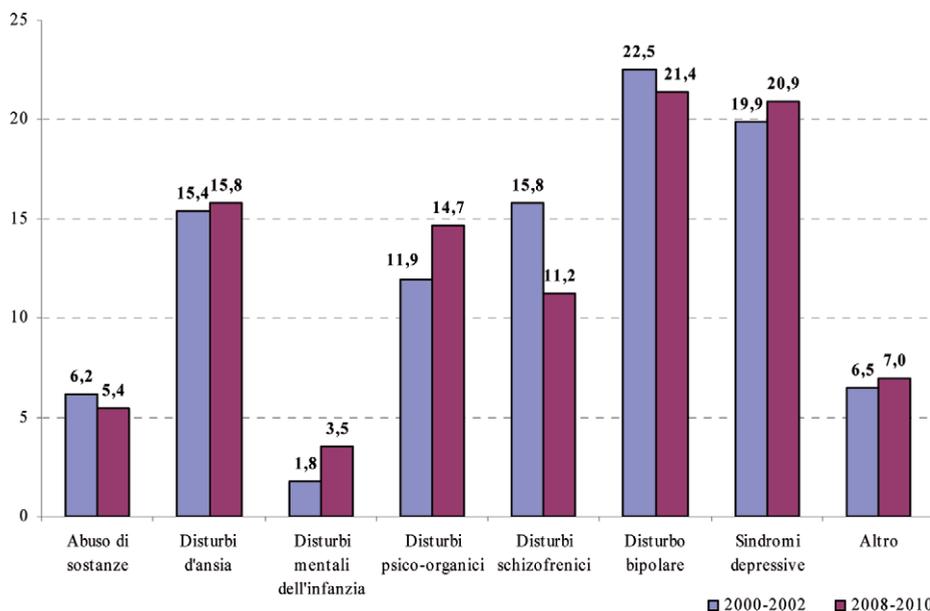
⁸ Lasalvia A, Ruggeri M (2003), *L'esito della schizofrenia. Gli studi internazionali e i dati italiani*, Centro Scientifico Editore, Torino: pp.69-74.

Per quanto riguarda, invece, il ricovero delle patologie dell'infanzia, è importante precisare che il costante incremento al quale abbiamo assistito nel corso degli ultimi anni, non rappresenta un isolato fenomeno toscano, ma risulta sovrapponibile al dato nazionale dove, già nel 2002, si registrava un aumento di due punti percentuali rispetto alla rilevazione del 1999 (8,6% vs. 10,7%)⁹.

Pur con valori diversi, modificazioni simili sono osservabili anche nel genere femminile (figura 2.4).

Figura 2.4

Confronto della prevalenza dei soggetti ricoverati per disturbi psichici - Codifiche ICD9-CM 290-319 - Femmine, Toscana, anni 2000-2002 e 2008-2010



La diversa modalità di aggregazione adottata in altre regioni rende difficile il confronto numerico; tuttavia, i disturbi affettivi¹⁰ (in cui ritroviamo il disturbo bipolare, le sindromi depressive e i disturbi d'ansia) rappresentano, anche a livello nazionale, le principali patologie per cui si ricorre al ricovero ospedaliero¹¹.

⁹ Istat, Dimissioni dagli istituti di cura in Italia, Anni 2001-2002 (edizione, anno 2006): http://www.istat.it/dati/catalogo/20060609_00/

¹⁰ Vedi nota metodologica Istat: http://www.istat.it/dati/dataset/20110318_00/nota_%20metodologica.pdf

¹¹ Istat, L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici, anni 2007-2008: http://www.istat.it/dati/dataset/20110318_00/

Osserviamo, adesso, la suddivisione per fascia di età delle diverse patologie. Come prevedibile, i disturbi psico-organici interessano soprattutto gli ultra70enni, con valori nettamente superiori a carico del genere femminile. Per le altre patologie dell'adulto, si conferma, invece, la prevalenza maggiore nella fascia di età compresa fra i 30 ed i 59 anni indipendentemente dal tipo di diagnosi.

Nonostante le modificazioni che abbiamo avuto modo di osservare, negli ultimi anni il ricovero per disturbi psichici ha visto una progressiva diminuzione che risulta principalmente a carico dei reparti non specialistici (figura 2.2). Vediamo come si distribuiscono all'interno delle diverse tipologie di reparto (tabella 2.3).

I disturbi psico-organici (che ricordiamo sono prevalentemente di tipo senile) vengono ricoverati soprattutto nei reparti non specialistici, indicando la necessità di interventi sanitari non di tipo psichiatrico. Considerazioni simili possono essere fatte per il disturbo da sostanze che, in caso di ricovero, viene trattato in reparti di degenza specialistici come la tossicologia medica (nei contesti ospedalieri in cui è presente).

In linea con quanto ci aspettavamo, la neuropsichiatria infantile accoglie pazienti con disturbi che si manifestano in questa fascia di età e/o di natura psico-organica, come i ritardi mentali o altre patologie a forte componente organica; la neurologia tratta prevalentemente disturbi di natura organica; mentre la psichiatria accetta pazienti cronici affetti soprattutto da sindromi psicotiche o da episodi acuti.

L'appropriatezza, non solo del ricovero ospedaliero ma anche della scelta del reparto di cura, suggerisce un miglioramento nell'assistenza dei pazienti affetti da disturbi psichici che, essendo di varia natura, necessitano sempre più di trattamenti specifici.

Oltre al reparto di degenza, l'altra variabile importante riguarda il regime di ricovero. Sicuramente, la costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione, legata sia alle progressive modificazioni apportate al trattamento della salute mentale, sia alla necessità di ridurre le spese sanitarie, ha prodotto un incremento nel trattamento in regime di day-hospital che dal 2002 al 2010 è aumentato di 9 punti percentuali passando dal 17,9% al 26,9%. Tra le patologie per le quali si ricorre in misura maggiore a questa tipologia di ricovero prevalgono i disturbi dell'infanzia (85%; n=747), i disturbi psico-organici (32,5%; n=606) e i disturbi d'ansia (26,5%; n=475) (tabella 2.4).

Come ultima informazione riguardante la modalità di ricovero, riportiamo alcuni dati sul ricorso ai Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) che, nel corso degli anni, hanno subito anche in Toscana una forte diminuzione, passando da n=552 del 2002 a n=276 del 2010.

Tabella 2.3

Numero di ricoveri disturbi psichici nella popolazione residente in Toscana – Codifiche ICDIXcm 290-319 – suddivisa per tipologia di reparto, anno 2010

Reparto dimissione	Patologie															
	Abuso di sostanze		Disturbi d'ansia		Disturbi mentali dell'infanzia		Disturbi psico-organici		Disturbi schizofrenici		Disturbo bipolare		Sindromi depressive		Altro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Neurologia	6	0,8	66	3,7	98	11,2	453	24,3	9	0,5	8	0,3	22	1,3	79	10,2
Neuro-psichiatria infantile	0	0,0	173	9,7	654	74,5	109	5,8	12	0,6	44	1,4	26	1,6	267	34,4
Psichiatria	283	38,0	1.199	67,0	27	3,1	288	15,4	1.799	92,6	2.926	93,9	1.364	81,7	170	21,9
Altro	455	61,2	351	19,6	99	11,3	1.015	54,4	123	6,3	139	4,5	257	15,4	261	33,6
Totale	744	100	1.789	100	878	100	1.865	100	1.943	100	3.117	100	1.669	100	777	100

Tabella 2.4

Numero di ricoveri per disturbi psichici nella popolazione residente in Toscana – Codifiche ICDIXcm 290-319 – suddivisa per regime di ricovero, anno 2010

Regime di degenza	Patologie															
	Abuso di sostanze		Disturbi d'ansia		Disturbi mentali dell'infanzia		Disturbi psico-organici		Disturbi schizofrenici		Disturbo bipolare		Sindromi depressive		Altro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Degenza ordinaria	714	96,0	1.314	73,4	131	14,9	1.259	67,5	1.762	90,7	2.304	73,9	1.422	85,2	438	56,4
Day-hospital	30	4,0	475	26,6	747	85,1	606	32,5	181	9,3	813	26,1	247	14,8	339	43,6
Totale	744	100	1.789	100	878	100	1.865	100	1.943	100	3.117	100	1.669	100	777	100

2.3 Alcune considerazioni conclusive

Come abbiamo visto, in Toscana il ricorso al ricovero ospedaliero per disturbo psichico risulta inferiore rispetto alla media nazionale e in costante diminuzione. Questo cambiamento risente sicuramente di un più ampio obiettivo di politica sanitaria perseguito in gran parte del territorio italiano che vede, come target principale, la contrazione dei posti letto per acuti all'interno della contrazione generale del numero totale dei ricoveri per disturbi mentali. Alla riduzione dei posti letto si aggiunge, sicuramente, la modificazione culturale avvenuta nel corso degli anni con un aumento della presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali e un sempre più ridotto ricorso al ricovero ospedaliero che rimane, in molti casi, un intervento attivato soltanto in fase acuta. Aumentano, infatti, le patologie trattate in regime di day-hospital che, ad oggi, rappresentano il 26,9% dei trattamenti, nove punti percentuali in più rispetto al 2002 (17,9%). Rispetto al passato, anche le patologie che richiedono un ricovero ospedaliero sembrano aver subito qualche variazione, con una forte riduzione dei disturbi schizofrenici e legati all'abuso di sostanze e un aumento del disturbo bipolare che rappresenta, in entrambi i generi, la prima patologia per la quale si ricorre all'ospedalizzazione. Queste lievi modificazioni non possono certo render conto di mutamenti di ordine clinico, ma risulta interessante osservare come, nel tempo, patologie che hanno caratterizzato il genere femminile iniziano ad interessare sempre di più gli uomini in una sorta di equilibrio fra i generi.

Capitolo 3

L'utilizzo dei farmaci antidepressivi

Caterina Silvestri

Giampiero Mazzaglia

Simone Bartolacci

3. L'utilizzo dei farmaci antidepressivi

3.1 I dati italiani

Il trend in costante aumento delle patologie del sistema nervoso centrale e dei disturbi psichiatrici va di pari passo con l'incremento nell'utilizzo di farmaci psicoattivi. Nonostante l'esistenza di una relazione lineare fra le due variabili, l'utilizzo dell'informazione farmacologica come indicatore in grado di quantificare i disturbi psichici risulta applicabile solo parzialmente a causa delle numerose differenze esistenti sia in termini di capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale che delle correlate e diversificate modalità di trattamento.

L'indicatore che a livello nazionale viene utilizzato per il monitoraggio del consumo di farmaci antidepressivi e antipsicotici è calcolato dal rapporto fra consumo del farmaco in *Defined Daily Doses* (DDD - Dosi definite giornaliere) e la popolazione residente pesata¹ x 365 x 1.000 (figura 3.1).

Figura 3.1

Calcolo del consumo di farmaci antidepressivi e antipsicotici in Dosi definite giornaliere

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici in DDD}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata x 365}} \times 1.000$$

Questa modalità consente di calcolare i dati su base regionale tenendo presenti le differenze esistenti nella composizione della popolazione (in particolare, genere ed età). Per una corretta lettura, però, è importante ricordare che l'indicatore utilizza come fonte esclusivamente le prescrizioni erogate da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN); di conseguenza, un reale confronto interregionale risulta ancora molto difficile a causa dell'alto numero di prescrizioni "a carico del cittadino" utilizzate per questa categoria farmacologica.

Secondo quanto riportato dal rapporto Osservasalute 2010², l'aumento nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi (N06A) interessa indistintamente tutte le regioni italiane (tabella 3.1).

Nel corso degli ultimi 10 anni, il valore medio nazionale è aumentato di circa 4 volte passando da 8,18 DDD/1.000 ab/die rilevato nel 2000 a 34,66 DDD/1.000 ab/die nel

¹ Viene utilizzato il sistema di pesi organizzato su 7 fasce di età predisposto dal Dipartimento della programmazione del Ministero della salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo sanitario nazionale.

² Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.osservasalute.it>

2009. Le regioni del Centro-Nord (compresa la Sardegna) risultano essere le maggiori consumatrici con il valore più elevato riscontrato in Toscana (54,07 DDD/1.000 ab/die nel 2009) mentre, in linea con quanto messo in evidenza rispetto anche ad altri fenomeni riguardanti la salute psichica (v. capitolo 4), la Campania detiene il valore più basso con 27,30 DDD/1.000 ab/die.

Il crescente utilizzo, sicuramente, risente dei cambiamenti culturali avvenuti nel corso degli ultimi anni, che hanno comportato una minore stigmatizzazione di patologie come ansia e depressione da parte della popolazione generale e un'accresciuta facilità nel ricorso all'aiuto medico. Non dobbiamo dimenticare, inoltre, che alcuni di questi farmaci vengono utilizzati anche in altri ambiti clinici, come ad esempio nel trattamento del dolore cronico, il cui trattamento ha subito profonde trasformazioni anche nel nostro Paese. Per quanto riguarda invece le differenze territoriali, queste possono essere interpretate come un indice in grado di spiegare il diverso ricorso ai servizi da parte della popolazione oppure, in alternativa, una diversa completezza nella registrazione da parte delle regioni.

Tabella 3.1

Consumo pesato per età (in DDD/1.000 ab/die) di farmaci antidepressivi (classe N06A) per regione – Anni 2000-2009 - Fonte: Osservasalute 2010

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,96	31,09	33,46	35,53	37,43
valle d'Aosta	7,29	14,06	17,24	21,03	25,5	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,24
Trentino Alto-Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00
Friuli Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,4	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26
Italia	8,18	16,24	19,90	22,58	26,18	27,78	30,08	31,88	33,46	34,66

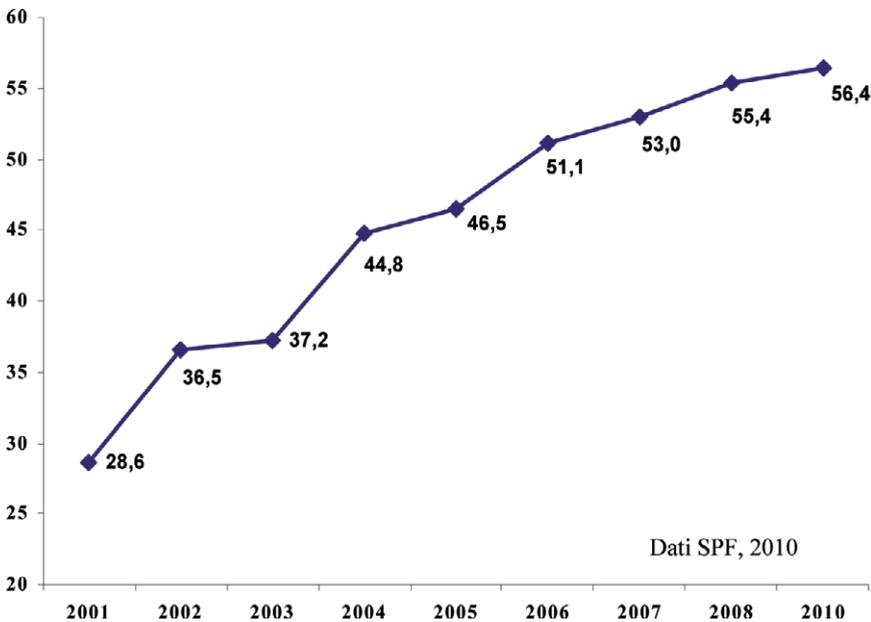
3.2 I dati toscani

Come abbiamo avuto modo di osservare, la Toscana risulta essere la regione italiana con il consumo maggiore di farmaci antidepressivi (AD). A questo proposito, estraendo i dati dal Flusso regionale delle prescrizioni farmaceutiche (SPF) erogate dall'SSN, ne abbiamo ricostruito l'utilizzo nel corso degli ultimi dieci anni.

Come si osserva nella figura 3.2, nel 2010 la prescrizione di AD risulta doppia rispetto al dato di partenza con un andamento che sembra trovare maggior assestamento dall'anno 2008.

Figura 3.2

Consumo toscano di farmaci antidepressivi (DDD/1.000 ab. die) rimborsati dal SSN – Anni 2001 – 2010 – Fonte: ARS



Il maggior interessamento del genere femminile nel disturbo dell'umore identifica le donne come le principali utilizzatrici, con un consumo medio di AD di 76,27 DDD/1.000 ab. die, doppio rispetto a quello del genere maschile che si attesta su 34,63 DDD/1.000 ab/die.

Osservandone l'impiego per singola Azienda USL, emergono interessanti differenze territoriali, con valori molto elevati rispetto alla media regionale nell'AUSL 3 di Pistoia (DDD 67,85/1.000 ab. die) e nell'AUSL 2 di Lucca (DDD 65,15/1.000 ab. die) mentre, al lato opposto, troviamo l'AUSL 4 di Prato e l'AUSL 9 di Grosseto con valori di DDD rispettivamente di 44,61 e 48,80/1.000 ab/die (tabella 3.2).

Tabella 3.2

Consumo toscano di farmaci antidepressivi (DDD/1.000 ab/die) rimborsati dall'SSN per AUSL, anno 2010 – Fonte: ARS

AUSL	Maschi	Femmine	Totale
1 MS	35,01	87,25	62,11
2 LU	42,03	86,74	65,15
3 PT	39,75	90,23	67,85
4 PO	28,32	60,11	44,61
5 PI	30,20	68,01	49,74
6 LI	30,48	70,36	51,21
7 SI	32,39	68,81	51,31
8 AR	34,56	77,60	56,68
9 GR	28,09	67,91	48,80
10 FI	38,97	80,79	60,85
11 Emp	32,95	69,60	51,70
12 Viar	36,57	84,89	61,93
Toscana	34,63	76,27	56,37

Il perché la nostra regione risulti una così alta utilizzatrice di farmaci AD non sembra facilmente spiegabile. Sicuramente vi possono essere diversi fattori che intervengono nella determinazione di questo fenomeno, fra i quali, ad esempio, l'uso di protocolli diversi da parte degli MMG oppure, come abbiamo già accennato, la diversa compilazione dei flussi informativi contenenti le prescrizioni farmaceutiche, che può essere fattore in grado di provocare uno spostamento così ampio fra le regioni italiane.

Tuttavia, ciò che risulta ancor più interessante è la diversità riscontrata sul solo territorio toscano, dove aree molto vicine fra loro rappresentano i due estremi (AUSL 3 di Pistoia con il valore massimo e AUSL 4 di Prato con il valore minimo). Inoltre, se proviamo a mettere in relazione il consumo di farmaci AD alle altre variabili prese in esame nel corso di questo lavoro, osserviamo che: mentre il basso tasso di ricovero per disturbo psichico evidenziato nelle AUSL 3 di Pistoia e 2 di Lucca (v. capitolo 2), apparentemente in contrapposizione con l'elevato consumo di farmaci AD, potrebbe indicare una buona presa in carico da parte del territorio dei pazienti che richiedono questo tipo di trattamento; l'elevato tasso di suicidio presente nell'AUSL 4 di Prato e nell'AUSL 9 di Grosseto (v. capitolo 4), associato al basso consumo di farmaci AD, sembra suggerire la necessità di una revisione nei protocolli di presa in carico e di trattamento utilizzati in questi territori.

Da ciò si evince la necessità di effettuare ulteriori approfondimenti nel campo della farmaco epidemiologia, affinché i dati in nostro possesso non si limitino soltanto a fornire informazioni riguardanti la spesa sanitaria, ma si trasformino in veri indicatori di salute.

3.3 Alcune considerazioni conclusive

A volte, l'utilizzo esclusivo dei flussi informativi come unica fonte di analisi può apparire riduttivo se non associato allo studio attento della clinica. Tuttavia, ciò che emerge dall'esame di questi dati rende possibile la costruzione di modelli di intervento volti a rendere sempre più omogenee le modalità di trattamento utilizzate sul nostro territorio, affinché ogni cittadino abbia la stessa possibilità di cura.

Nel caso dei farmaci AD abbiamo osservato la presenza di una forte disomogeneità nei dosaggi giornalieri utilizzati dai medici, come se l'appartenenza a scuole di pensiero diverse portasse ad un approccio terapeutico (in termini di dosaggio) molto diverso.

Appare quindi normale chiedersi se i cittadini risultino informati o se, ancora più importante, esistano differenze nell'esito di trattamenti così diversi.

Lo studio svolto sul singolo flusso, come sappiamo, non può portare a informazioni così dettagliate ma, sicuramente, vuol essere un punto d'inizio dal quale partire con indagini più approfondite sull'argomento.

Capitolo 4

Il suicidio: epidemiologia e prevenzione

Caterina Silvestri

Francesco Innocenti

Cristina Orsini

Emanuele Crocetti

Carlotta Buzzoni

4. Il suicidio: epidemiologia e prevenzione

4.1 Introduzione

Nel corso della vita, molte persone si confrontano con eventi suicidari o tentativi di suicidio che coinvolgono amici, parenti, colleghi di lavoro o compagni di scuola. La drammaticità di questo evento trasmette al singolo, come all'intera società, la sensazione di impotenza e, come per le malattie psichiatriche, continua a rappresentare un argomento di cui è bene non parlare.

Le situazioni e le esperienze che possono spingere una persona a tentare il suicidio possono essere molto diverse. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), infatti, considera il suicidio come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso, ma derivante da una complessa interazione di fattori bio-psico-sociali, ambientali e socioculturali.

Nel primo raggruppamento troviamo la diagnosi di un disturbo mentale, come i disturbi dell'umore, la schizofrenia e alcuni disturbi di personalità; l'abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti; le tendenze impulsive o la mancanza del senso di speranza (*hopelessness*); patologie mediche croniche o dalla prognosi infausta; storia di trauma familiare o di abusi.

I fattori ambientali, invece, sono ascrivibili ad eventi esterni, come la perdita del lavoro e/o di ingenti somme economiche; allontanamenti affettivi; facile accesso alle armi o la vicinanza con casi di suicidio (fenomeno di contagio).

Fra gli aspetti socioculturali, infine, troviamo lo stigma sociale spesso associato alla necessità di aiuto psicologico, aspetto, questo, che in molti casi porta l'individuo verso l'isolamento privandolo, così, delle cure necessarie al buon controllo del disturbo. A questo dobbiamo aggiungere la modalità, a volte sensazionalistica o romantica, in cui i mass media divulgano la notizia favorendo, in soggetti particolarmente vulnerabili, la messa in atto del suicidio.

Di conseguenza, essendo un evento multifattoriale, negli ultimi anni numerosi paesi hanno messo a punto interventi di prevenzione mirati alla riduzione del tasso di suicidio/tentato suicidio grazie al coinvolgimento non soltanto di esperti del settore ma ampliando l'intervento anche ai non addetti ai lavori poiché, nonostante i progressi, le conoscenze mediche e psicologiche da sole non bastano ad arginare questo fenomeno.

Nel presente capitolo verranno affrontati specifici temi legati al fenomeno suicidario fra cui:

- il quadro epidemiologico internazionale e nazionale;
- il fenomeno suicidario in Toscana;
- il decesso per suicidio in pazienti affetti da patologie oncologiche;
- la prevenzione - Alcuni progetti basati sulle prove di efficacia.

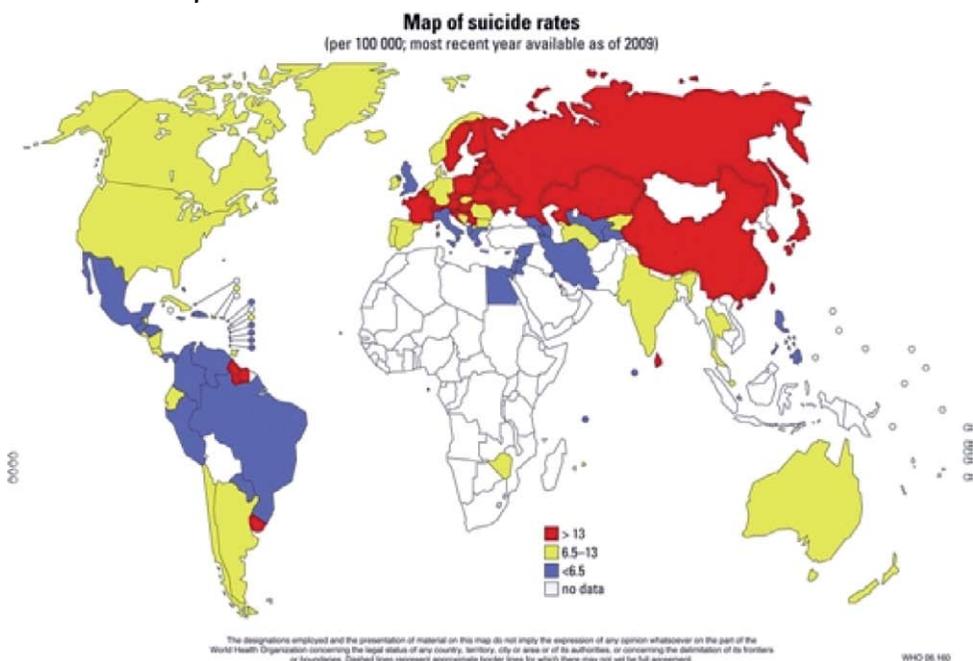
4.2 Il quadro epidemiologico internazionale e nazionale

4.2.1 I dati internazionali

Secondo i recenti dati forniti dall'OMS (www.who.int/mental_health/prevention/en/), ogni anno quasi un milione di persone muore per suicidio con un tasso “globale” di mortalità pari a 16 per 100.000 abitanti, l'equivalente di un decesso ogni 40 secondi. Nella figura 4.1, dove si mette in evidenza la carenza informativa legata all'assenza di dati per i paesi dell'Africa, l'intensità del fenomeno è maggiore nei paesi dell'Asia centro-settentrionale, dell'Europa orientale e nei territori della Scandinavia.

Figura 4.1

Tassi di mortalità per suicidio nel mondo – Fonte: WHO 2011



Limitando l'osservazione alla sola Europa, secondo i dati pubblicati da WHO Europe (2011), sono quasi 124mila le persone che si suicidano ogni anno, delle quali circa l'80% sono uomini. Il tasso medio di suicidi è pari a 13,9 ogni 100.000 abitanti, con valori più alti in alcuni paesi dell'Est, come la Lituania (30,7 per 100.000 ab.), l'Ungheria (21,5 per 100.000 ab.) e la Slovenia (18,4 per 100.000 ab.).

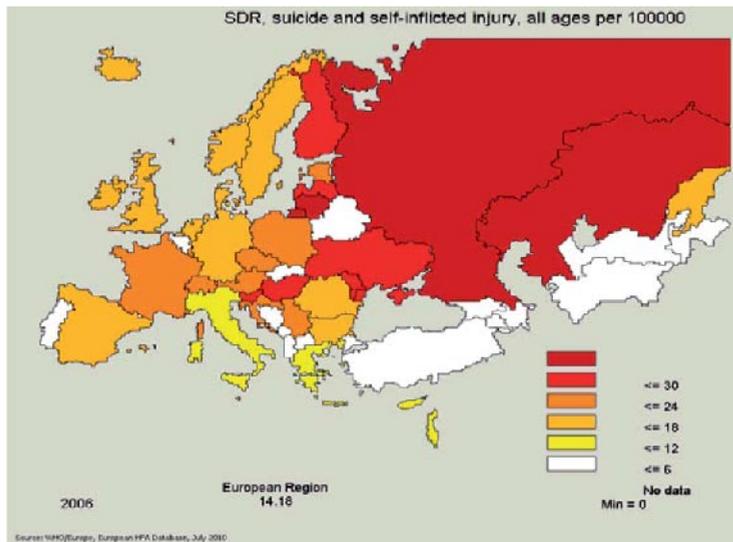
Tuttavia, nonostante la mortalità per suicidio mantenga valori allarmanti, in Europa, negli ultimi 20 anni si sta verificando una progressiva riduzione del fenomeno in gran

parte dei paesi, fatta eccezione per l'Europa dell'Est dove, a seguito del collasso avvenuto in Unione sovietica intorno agli anni Novanta, si è assistito ad un progressivo aumento della mortalità che, solo dopo il 2000, ha iniziato ad arrestarsi per dar luogo ad una lenta diminuzione¹.

In questo panorama, l'Italia si colloca fra i paesi europei con i più bassi tassi di suicidio, con valori di poco superiori a 6 episodi l'anno (6,3 x 100.000 ab.) (Figura 4.2). Che il nostro paese si caratterizzi come un paese a basso tasso di suicidalità, è confermato anche dalla recente indagine, condotta sulla popolazione generale europea, riguardante i tentativi di suicidio², in cui è stata evidenziata una prevalenza lifetime di ideazione suicidaria del 7,8% e dell'1,3% di tentativi di suicidio. In quest'ultimo lavoro sono state individuate alcune importanti differenze territoriali nei tassi di suicidalità: i pensieri di suicidio sono più frequenti tra i partecipanti provenienti dalla Francia (12,4%), seguiti da Germania (9,8%), Belgio (8,4%), Paesi Bassi (8,2%), Spagna (4,4%) e Italia (3%), mentre i tentativi di suicidio, sono ancora più frequenti tra quelli provenienti dalla Francia (3,4%), Belgio (2,5%), Paesi Bassi (2,3%), Germania (1,7%), Spagna (1,5%) e Italia (0,5%)³.

Figura 4.2

Tassi di mortalità per suicidio in Europa – Fonte: WHO Europe 2010



¹ Tatarelli L, Pompili M (a cura di) (2008), Il suicidio e la sua prevenzione, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

² Bernal M., Haro J.M., Bernert S., et al. (2007), Risk factors for suicidality in Europe: result from The ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101: 27-34.

³ Nock MK., Borges G., Bromet EJ., et al. (2008), Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts, *Br J Psychiatry*, 192:98-105.

4.2.2 I dati nazionali

Passando ad osservare i dati italiani di mortalità per suicidio, pubblicati dall'Istituto nazionale di statistica per il biennio 2006-2007⁴, si nota una certa stabilità rispetto agli anni precedenti con 3.701 decessi nel 2006 (di cui il 76,8% maschi) e 3.757 nel 2007 (di cui il 77% maschi).

La distribuzione geografica dei suicidi ha messo in evidenza come in alcune regioni del Nord questo fenomeno risulti particolarmente frequente, mettendo in evidenza l'esistenza di un marcato gradiente Centro-Nord rispetto al Centro-Sud. Infatti, osservando i dati della tabella 4.1, la regione con il più alto tasso di mortalità risulta essere la Valle D'Aosta (14,4*100.000 ab.), seguita dalla Sardegna (9*100.000 ab.), dall'Umbria (8,5*100.000 ab.) e dall'Emilia-Romagna (8,2*100.000 ab.). Al contrario, le frequenze più basse sono state rilevate in Campania (4*100.000 ab.), Puglia (4,3*100.000 ab.) e Lazio (4,5*100.000 ab.).

Tabella 4.1

Tassi grezzi di suicidio per 100.000 residenti, distinti per genere e regione - Italia, anni 2006-2007 - Fonte: Istat

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	10,4	3,8	7,0
Basilicata	10,5	4,1	7,3
Calabria	8,1	1,7	4,8
Campania	6,3	1,8	4,0
Emilia-Romagna	12,9	3,8	8,2
Friuli	11,0	3,3	7,0
Lazio	7,2	2,0	4,5
Liguria	7,4	2,4	4,8
Lombardia	9,0	3,2	6,0
Marche	12,4	2,7	7,4
Molise	7,0	3,0	5,0
Piemonte	13,1	3,5	8,2
Puglia	6,8	1,9	4,3
Sardegna	15,7	2,4	9,0
Sicilia	9,1	2,2	5,5
Toscana	11,0	2,8	6,8
Trentino Alto Adige	12,8	3,4	8,0
Umbria	14,1	3,3	8,5
Valle D'Aosta	22,7	6,3	14,4
Veneto	10,2	3,3	6,7
TOTALE	9,9	2,8	6,3

⁴ Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.thcc.or.th/ICD-10TM/kv01.htm>).

Tale suddivisione dell'Italia in Centro, Nord e Sud, riflette differenze socio-economiche e culturali che possono intervenire sui molti aspetti legati al suicidio.

In particolare, il ruolo protettivo della rete familiare e in genere della rete parentale e amicale, fortemente presente nelle regioni del Sud, svolge, probabilmente, un ruolo protettivo, scoraggiando l'individuo nella messa in atto di azioni autolesive. Il benessere psicologico, quindi, sembra fare da contraltare alle difficoltà socio-economiche presenti in queste regioni, dove la popolazione può contare su conoscenze e amicizie alle quali ricorrere nei momenti di difficoltà.

L'analisi per genere ed età indica che il suicidio continua ad essere un gesto prevalentemente maschile, con un valore prossimo a $10 \cdot 100.000$ ab., mentre il dato delle femmine si attesta a $2,8 \cdot 100.000$ ab. (Tabella 2). All'aumentare dell'età, la mortalità per suicidio cresce in entrambi i generi arrestandosi nella classe di età 75 e più (Tabella 5). Questo fenomeno, dunque, assume dimensioni considerevoli in età anziana, ossia in un periodo della vita in cui i rapporti sociali tendono a diminuire e dove le condizioni di salute vanno incontro ad un lento peggioramento riducendo l'autonomia funzionale del soggetto. Gli episodi che si verificano ad età inferiori (0-14 anni), pur essendo numericamente molto rari ($0,1 \cdot 100.000$ ab.), rappresentano un fenomeno dal forte impatto in termini sociali.

Tabella 4.2

Tassi specifici di suicidio per 100.000 abitanti, distinti per classe di età e genere. Italia, anni 2006-2007 (standardizzazione indiretta, usando come standard la popolazione italiana dello stesso periodo) - Fonte: Istat

Classe di età	Maschi	Femmine	Totale
0	0,0	0,0	0,0
1-14	0,1	0,0	0,1
15-29	6,2	1,4	3,8
30-44	10,5	3,2	6,9
45-64	13,4	4,1	8,7
65-74	14,9	4,3	9,3
75+	12,7	2,9	7,4

4.2.3 Il tentativo di suicidio in Italia

Nonostante il tentato suicidio rappresenti un evento molto frequente, effettuare stime attendibili risulta molto difficile. Fra le ragioni principali troviamo il mancato accesso a strutture sanitarie per motivi di scarsa gravità oppure, nel caso in cui vi accedano, i pazienti o i familiari tendono a mistificare l'evento per pudore e/o vergogna. Per tale motivo, i dati presentati non possono che sottostimare il problema.

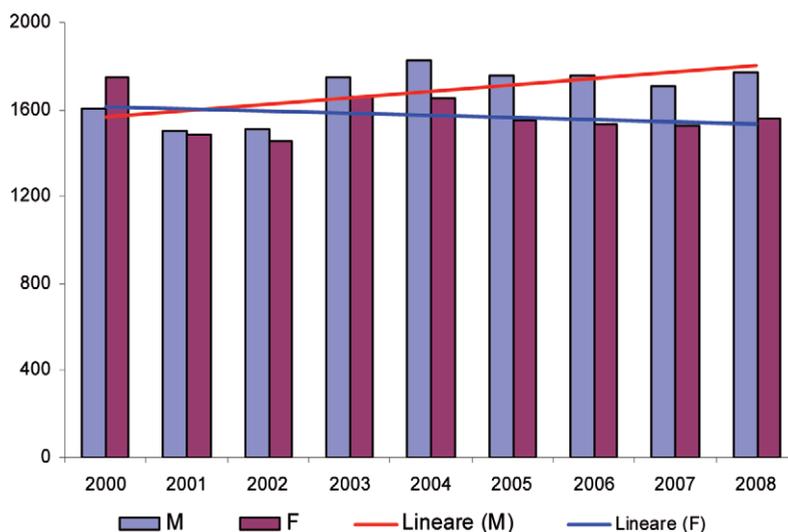
In Italia, studi recenti hanno messo in luce un numero di tentativi di suicidio 18-30 volte superiore a quello del suicidio⁵, differenza, questa, che non sembra essere confermata dai dati Istat (nel 2008, 5,6 tentativi di suicidio ogni 100.000 abitanti). Una possibile spiegazione può essere ritrovata nelle fonti utilizzate. L'Istat, infatti, si avvale di modelli individuali compilati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in base alle notizie contenute nel rapporto o verbale di denuncia di suicidio o tentato suicidio trasmesso, poi, all'autorità giudiziaria. Nella grande maggioranza dei tentativi di suicidio che giungono al Pronto soccorso ospedaliero, per i motivi a cui accennavamo precedentemente, Polizia e Carabinieri non vengono coinvolti diminuendo, così, l'entità del fenomeno.

Premesso ciò, questi dati risultano molto utili al fine di fornire un quadro generale dell'evento sul nostro territorio.

Nel periodo 2000-2008 il tentato suicidio sembra mantenersi complessivamente stabile (nel 2000 sono stati in totale 3.352, mentre nel 2008 3.327) con un lieve incremento soprattutto a carico del genere maschile (figura 4.3).

Figura 4.3

Confronto del numero dei tentativi di suicidio per genere, Italia - Anni 2000-2008 – Fonte: Istat



Volendo delineare, seppur sommariamente, il profilo della popolazione che è incorsa, nel 2008, in un tentativo di suicidio, possiamo dire che la predominanza degli uomini

⁵ Pompili M., De Pisa E., Innamorati M., et al. (2008), Attempted suicide. In Shrivastava A. (ed) International Handbook of suicide Behavior, Gaskell Publication, London.

rispetto alle donne si riscontra nella popolazione maggiore di 24 anni (1.597 *vs.* 1.351) mentre, tra gli adolescenti, il genere femminile risulta essere il più numeroso (208 *vs.* 171). In entrambi i generi la condizione di celibe/nubile risulta prevalente e, mentre per l'uomo la condizione di occupato sembra intervenire negativamente sulla messa in atto del tentato suicidio, nel genere femminile le casalinghe risultano essere più coinvolte. Fra i moventi noti, secondo i dati ricavati dalle Forze dell'ordine, sono soprattutto quelli legati a problemi di salute (1.259 affetti da disturbo psichiatrico e 123 da patologie fisiche), seguiti da motivi affettivi ($n = 775$) ed economici ($n = 204$) a spingere le persone verso questa scelta.

Infine, secondo studi recenti condotti sull'argomento, la prevalenza di tentato suicidio o di ideazione suicidaria, correlati con il suicidio, non differiscono a livello di macro-area geografica (Nord, Centro e Sud Italia, comprese le isole di Sicilia e Sardegna), come se tutto ciò che prelude l'evento non risentisse degli stessi fattori che intervengono nel determinare il suicidio vero e proprio.

Osservando le prevalenze *lifetime* di ideazione di suicidio, pianificazione e tentativi, queste sono rispettivamente del 3,0% (0,3), 0,7% (0,1) e 0,5% (0,1). Tra gli ideatori del suicidio, la probabilità condizionata di pianificare il suicidio è stata del 24,6% e di tentare il suicidio del 18,2% mentre, tra gli ideatori che l'hanno pianificato, la probabilità è stata del 48,8%, ma solo dell'8,2% negli ideatori senza piano⁶. Da ciò possiamo desumere che la pianificazione rappresenta un importante fattore di rischio in grado di facilitare la messa in atto in circa la metà di coloro che esprimono idee suicidarie.

4.3 Il fenomeno suicidario in Toscana

4.3.1 Le differenze per età, genere e territorio

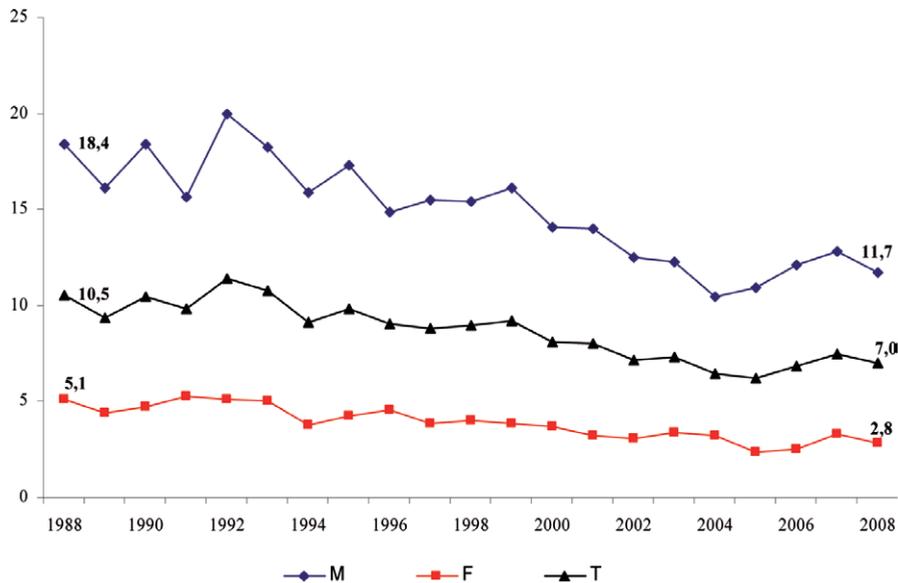
In Toscana, secondo i dati del Registro di mortalità regionale (RMR), nel periodo 1988–2008 si sono verificati 6.280 decessi per suicidio (codici utilizzati E950-E959). Nell'ultimo triennio 2006-2008 sono morte per questa causa 791 persone con una media di 263 decessi per anno. In media, il tasso di suicidi in Toscana risulta lievemente superiore al valore nazionale: 7,0 *vs.* 6,3 x 100.000 residenti.

Passando ad osservarne l'andamento temporale, nel periodo 1988-2008 anche in Toscana si assiste ad una riduzione in entrambi i generi, confermando valori nettamente superiori a carico del genere maschile. Complessivamente, nel ventennio di osservazione, l'evento suicidario risulta ridotto di circa 4 punti percentuali (da 10,5% a 7,0%) (Figura 4.4).

⁶ Scocco P., de Girolamo G., Vilagut G., et al. (2008), Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study, *Compr Psychiatry*;49(1):13-21.

Figura 4.4

Mortalità per suicidio - Andamento temporale per genere - Tassi standardizzati per età x 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000, anni 1988-2008 - Fonte: ARS su dati RMR



Come per l'Italia, anche in Toscana l'andamento del fenomeno mostra una discreta variabilità geografica (Figura 4.5) con valori più elevati della media regionale (7,0 x 100.000 residenti) nell'Azienda unità sanitaria locale (AUSL) di Siena (9,9) e in quella di Prato (8,0). Al contrario, tassi inferiori a quelli regionali si riscontrano soprattutto nell'AUSL di Massa-Carrara (5,8). Per quanto riguarda la distribuzione per genere, si conferma la prerogativa maschile con un valore di 12,2 rispetto al 2,8 del genere femminile. Nelle donne il tasso più elevato si registra nell'AUSL di Prato e quello più basso lo riscontriamo nell'AUSL di Pistoia mentre, nel genere maschile, il valore più elevato risulta a carico dell'AUSL di Siena, mentre quello inferiore nell'AUSL di Massa-Carrara (figura 4.6).

Provando ad esaminare il fenomeno in base al grado di urbanizzazione del territorio di residenza, possiamo osservare che, mentre per gli uomini la condizione di isolamento (basso livello di urbanizzazione) sembra essere un fattore di rischio (basso:15,0; alto:11,3 - x 100.000 ab.), nel genere femminile il dato si inverte mostrando valori più elevati nelle aree ad alta urbanizzazione (alto: 3,3; basso: 3,0 - x 100.000 ab.).

In linea con il dato nazionale (tabella 4.2), la morte per suicidio è maggiore negli ultra65enni⁷ rispetto al resto della popolazione, soprattutto nel genere maschile; nelle

⁷ Dello Buono M., Darù E., Colucci E. (2004), Predittori di rischio suicidario nelle diverse età della vita: uno studio su 511 suicidi, Rivista di psichiatria, Roma, Il Pensiero Scientifico, pp.340-348.

donne, invece, tale associazione appare meno pronunciata (tabella 4.3). Complessivamente, l'età media delle persone decedute per suicidio è di 60 anni.

Figura 4.5

Mortalità per suicidio - Distribuzione per AUSL - Tassi standardizzati per età x 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000, anni 2006 -2008 – Fonte: ARS su dati RMR

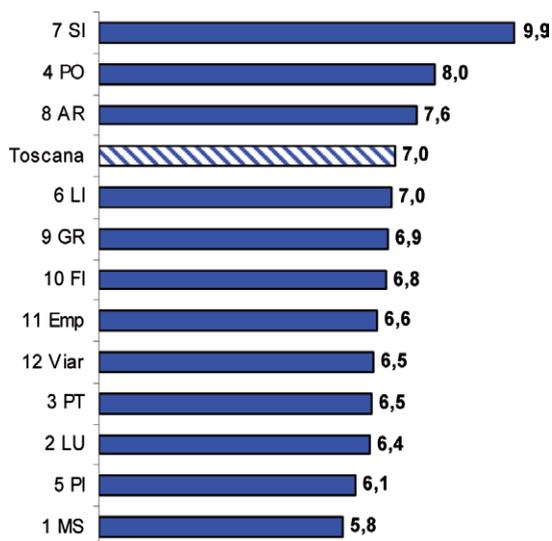


Figura 4.6

Mortalità per suicidio - Distribuzione per AUSL e per genere - Tassi standardizzati per età x 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000, anni 2006-2008 – Fonte: ARS su dati RMR

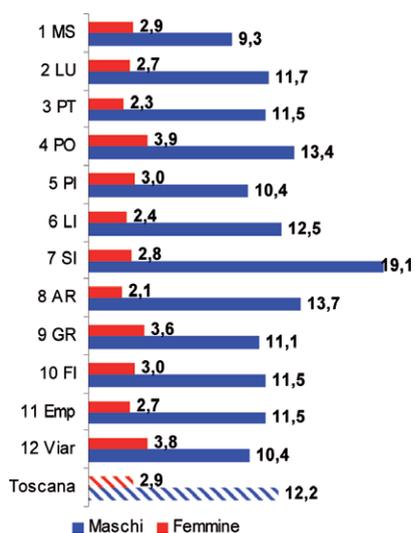
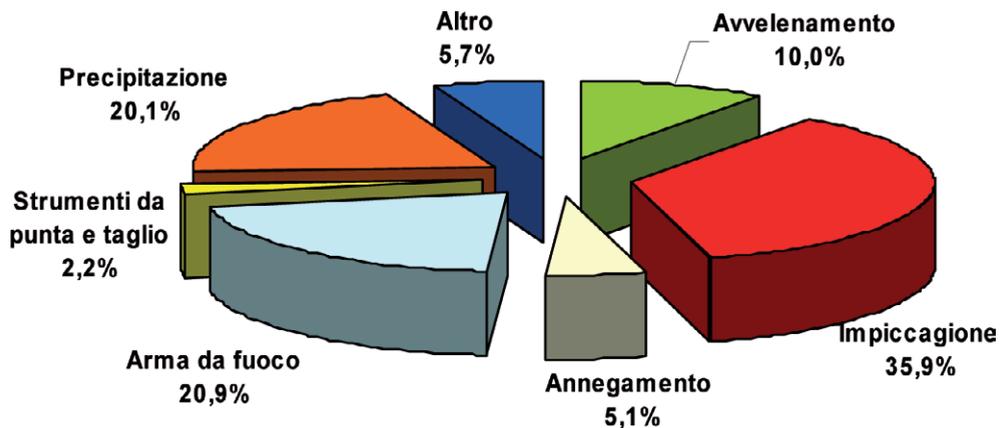


Tabella 4.3**Tassi specifici di suicidio per 100.000 residenti - Analisi per età e genere – anni 2006-2008**

Età	Maschi	Femmine	Totale
5-9	0	0	0
10-14	0	0	0
15-19	4,0	0,9	2,5
20-24	4,8	1,3	3,1
25-29	8,6	1,3	5,0
30-34	6,4	1,2	3,8
35-39	8,1	1,6	4,9
40-44	8,3	2,1	5,2
45-49	10,4	1,1	5,7
50-54	12,9	2,5	7,6
55-59	15,2	2,3	8,6
60-64	16,6	2,9	9,4
65-69	15,4	2,2	8,4
70-74	21,9	2,5	11,3
75-79	18,1	3,6	9,7
80-84	38,7	3,4	16,5
85 +	55,0	6,1	20,6
Totale	11,9	2,1	7,0

Figura 4.7**Distribuzione proporzionale delle modalità di suicidio nei decessi per suicidio - Toscana, anni 2006 – 2008, Fonte: ARS su dati RMR**

Lo stato civile può spiegare, in parte, l'aumento dei suicidi in età avanzata. Infatti emerge chiaramente che la perdita del coniuge, sia dovuta ad eventi luttuosi che a separazione, rappresenta un evento che interviene nella scelta suicidaria in entrambi i generi. Sono gli uomini vedovi, però, che in modo particolare risultano interessati da questo fenomeno con un tasso di 58,30 x 100.000 ab. (nelle donne si registra un tasso di 6,05 x 100.000 ab.) e di 12,65 x 100.000 ab. (6,17 x 100.000 ab. nel genere femminile) fra i divorziati.

Fra le modalità messe in atto nel periodo 2006-2008, prevalgono l'impiccagione (35,9%) e l'uso di arma da fuoco (20,9%) seguita dalla precipitazione (20,1%). Fra le altre cause di morte per suicidio troviamo l'avvelenamento (10,0%), l'annegamento (5,1%) e il suicidio con strumenti appuntiti o taglienti (2,2%) (figura 4.7). La differenza di genere vede gli uomini maggiormente inclini all'utilizzo dell'impiccagione e delle armi da fuoco, rispetto al genere femminile che impiega la precipitazione e l'impiccagione.

4.3.2 Il tentativo di suicidio in Toscana

Pur con le riserve espresse nel paragrafo precedente, riteniamo utile, per completezza di informazione, fornire il quadro toscano dei tentativi di suicidio. Anche in questo caso ci avvarremo dei dati forniti dall'Istat grazie alla compilazione, da parte delle Forze dell'ordine, del modello individuale contenente informazioni sul tentato suicidio. Per la Toscana presentiamo i dati 2008.

Come mostra la figura 4.8, sul nostro territorio il tentato suicidio supera lievemente il dato nazionale oltre a presentare una forte variabilità. Le zone maggiormente interessate risultano essere le provincie di Prato e Lucca ma, mentre nella prima troviamo una corrispondenza con il suicidio conclamato (sottolineandone la criticità), Lucca risulta fra le zone a basso tasso di suicidio evidenziando, così, una sorta di incongruenza fra il tentato suicidio e la vera e propria realizzazione.

Fornire una spiegazione a questo fenomeno risulta molto difficile. L'ipotesi che possiamo avanzare è legata alla maggior gravità dell'atto oppure alla minor riservatezza della popolazione residente in queste zone con conseguente aumento del ricorso ai Servizi sanitari e alle Forze dell'ordine.

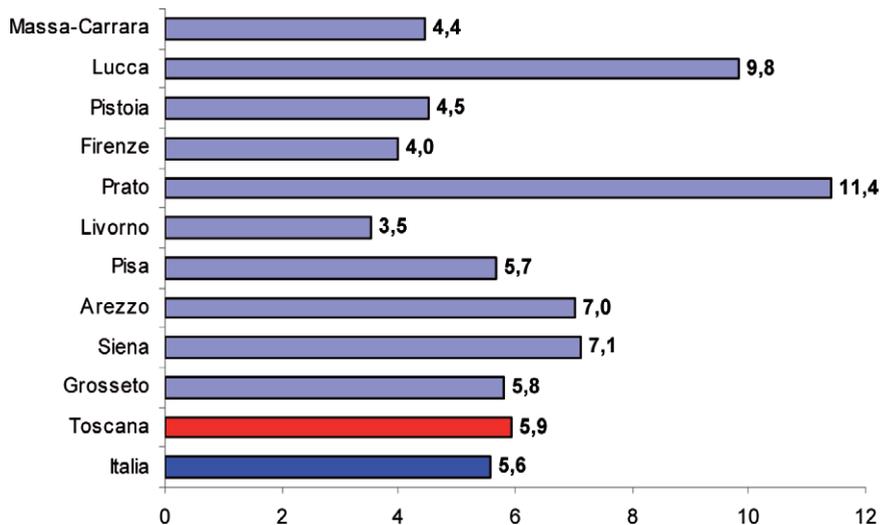
Sul totale degli eventi rilevati, il valore percentuale non mostra una marcata differenza di genere (maschi 47%), così come nelle altre caratteristiche demografiche. Alcuni aspetti che segnaliamo sono il maggior livello di istruzione (9,6% vs. 5,9%) e la condizione di coniugato (20,2% vs. 14,7%) che sembrano caratterizzare il genere femminile.

Si riconferma, nel genere maschile, l'utilizzo di modalità cruente come l'utilizzo di armi da fuoco o da taglio (11,5% vs. 6,4% nel genere femminile) mentre, nelle donne, prevale l'avvelenamento che rappresenta il 24,8% delle modalità rilevate (7,3% nel genere maschile).

Fra le cause, il disturbo psichiatrico risulta essere il principale in entrambi i generi seguito da problemi di natura affettiva. È interessante rilevare, però, che il 3% di coloro che hanno tentato il suicidio hanno dichiarato di averlo fatto per problemi di natura fisica.

Figura 4.8

Tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri per provincia e regione – Tassi standardizzati x 100.000 ab. - Anno 2008, Fonte: Istat



4.4 Alcuni approfondimenti

4.4.1 Il ricorso al Servizio sanitario toscano in una coorte di persone decedute per suicidio

Indagare in modo approfondito i motivi che spingono le persone verso una scelta così estrema, rappresenta un lavoro di grande interesse ma che richiede lo studio attento di ogni singolo caso.

Utilizzando le banche dati in nostro possesso, abbiamo cercato di ricostruire il percorso sanitario delle persone decedute per suicidio sul nostro territorio allo scopo di mettere in evidenza se, all'avvicinarsi dell'evento, si sono verificate modificazioni nell'accesso o nei trattamenti tali da rappresentare una possibile richiesta di aiuto.

A questo scopo abbiamo scelto di lavorare sulla coorte dei morti per suicidio relativa agli anni 2006-2008 (N=791) estratta dall'RMR (causa di morte E950-E959) che, attraverso un'operazione di record-linkage eseguita per mezzo del codice univoco,

abbiamo messo in relazione sia al flusso SDO sia al flusso contenente le prescrizioni farmaceutiche effettuate all'interno del SSN ed erogate dalle Aziende sanitarie di competenza tramite le farmacie (SPF) ricostruendo, così, parte della loro storia clinica.

Per quanto riguarda il percorso ospedaliero, partendo dalla data di morte, abbiamo osservato l'andamento dei ricoveri nei cinque anni che precedono il suicidio, suddividendoli in base alla principale patologia da cui risultavano affetti (tabella 4.4). Come termine di confronto, abbiamo utilizzato la popolazione deceduta nello stesso periodo per tutte le cause escluso il suicidio (tabella 4.5).

Come ci aspettavamo, il ricovero presso la struttura ospedaliera aumenta considerevolmente all'avvicinarsi del decesso, indipendentemente dalla causa che lo ha determinato. Questo fenomeno appare spiegabile dal fatto che, sempre più, la morte avviene fuori dalle mura domestiche, ricorrendo al ricovero anche nei casi in cui l'intervento clinico si concretizza esclusivamente in un trattamento di fine vita. Nonostante questo, i dati riportati nelle tabelle sottostanti evidenziano alcune differenze legate al gruppo diagnostico al quale appartengono gli utenti deceduti.

Nella coorte dei suicidati, infatti, oltre a rappresentare il principale gruppo diagnostico, il ricovero per disturbo psichico aumenta all'avvicinarsi dell'evento, risultando 3 volte superiore nell'anno che precede la morte (36,3 x 1.000 decessi vs. 103,6 x 1.000) rispetto a cinque anni prima. Questo fenomeno non è rilevato nella coorte dei deceduti per tutte le altre cause, dove il ricovero per diagnosi psichiatrica occupa una posizione molto bassa nella graduatoria dei ricoveri ospedalieri.

Indipendentemente dalla diagnosi, nella coorte presa in esame, 251 persone (1/3 dei deceduti) sono venute a contatto con il servizio ospedaliero nell'anno che precede il suicidio indicando, oltre ad un possibile peggioramento delle condizioni cliniche, la mancata individuazione da parte della struttura sanitaria di possibili fattori in grado di favorire questa scelta. Questo risultato pone l'accento sull'ingiustificata, e spesso dannosa, titubanza che gli operatori sanitari mostrano nell'indagare apertamente le ideazioni suicidarie o i propositi verbalizzati, sottostando ad una tacita stigmatizzazione di questo fenomeno. Al contrario, una maggior preparazione del personale e l'utilizzo di strumenti specifici potrebbero apportare profondi benefici nel limitare il più possibile morti evitabili.

Tabella 4.4

Coorte di suicidati: grandi gruppi di patologia per cui è stato fatto un ricovero nei cinque anni che precedono il suicidio (n=791 di cui 772 con identificativo valido) – Anni 2006-2008, Fonte: ARS su dati SDO ed RMR

Patologie che hanno portato al ricovero	Anni che precedono il decesso per suicidio									
	Entro 1° a		Entro 2 aa		Entro 3 aa		Entro 4 aa		Entro 5 aa	
	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000
Psichiche	80	103,6	46	59,6	40	51,8	36	46,6	28	36,3
Sistema circolatorio	44	57,0	33	42,7	27	35,0	18	23,3	24	31,1
Traumatismi e avvelenamenti	44	57,0	16	20,7	19	24,6	16	20,7	18	23,3
Tumori	34	44,0	21	27,2	16	20,7	11	14,2	14	18,1
Apparato digerente	29	37,6	24	31,1	26	33,7	16	20,7	16	20,7
Apparato respiratorio	29	37,6	14	18,1	8	10,4	6	7,8	5	6,5
Codici V*	23	29,8	11	14,2	7	9,1	6	7,8	6	7,8
Osteomuscolare e del connettivo	14	18,1	13	16,8	15	19,4	10	13,0	10	13,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	14	18,1	10	13,0	9	11,7	4	5,2	5	6,5
Sistema nervoso	12	15,5	7	9,1	7	9,1	17	22,0	15	19,4
Apparato genitourinario	10	13,0	8	10,4	11	14,2	8	10,4	9	11,7
Infettive e parassitarie	9	11,7	6	7,8	3	3,9	4	5,2	3	3,9
Pelle e del sottocutaneo	4	5,2	1	1,3	3	3,9	1	1,3	5	6,5
Endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4	5,2	4	5,2	3	3,9	3	3,9	1	1,3
Malformazioni congenite	4	5,2	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Sangue e degli organi emopoietici	3	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	1	1,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3
Tutte le cause	251	325,1	169	218,9	162	209,8	132	171,0	125	161,9

* Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie.

Tabella 4.5

Popolazione generale: grandi gruppi di patologia per cui è stato fatto un ricovero nei cinque anni che precedono il decesso per causa diversa dal suicidio (n=120.251 di cui 117.683 con identificativo valido) – Anni 2006-2008, Fonte: ARS su dati SDO ed RMR

Patologie che hanno portato al ricovero	Anni che precedono il decesso per cause diverse dal suicidio									
	Entro 1° a		Entro 2 aa		Entro 3 aa		Entro 4 aa		Entro 5 aa	
	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000	N	Tasso* 1.000
Sistema circolatorio	32.207	273,7	12.610	107,2	10.826	92,0	9.604	81,6	8.689	73,8
Tumori	27.106	230,3	8949	76,0	5.825	49,5	4.406	37,4	3.590	30,5
Apparato respiratorio	18.975	161,2	5.487	46,6	4.141	35,2	3.350	28,5	2.637	22,4
Codici V*	11.883	101,0	6.241	53,0	3.599	30,6	2.431	20,7	1.709	14,5
Apparato digerente	10.849	92,2	4.513	38,3	3.914	33,3	3.567	30,3	3.328	28,3
Traumatismi e avvelenamenti	8.686	73,8	4.147	35,2	3.564	30,3	3.318	28,2	2.964	25,2
Apparato genitourinario	7.079	60,2	2.910	24,7	2.377	20,2	2.035	17,3	1.924	16,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	6.707	57,0	1.582	13,4	1.247	10,6	1.202	10,2	1.230	10,5
Endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3.927	33,4	1.222	10,4	956	8,1	933	7,9	909	7,7
Sistema nervoso	3.800	32,3	2.156	18,3	2.221	18,9	2.834	24,1	3.932	33,4
Infettive e parassitarie	3.507	29,8	825	7,0	653	5,5	540	4,6	545	4,6
Osteomuscolare e del connettivo	2.632	22,4	1.395	11,9	1.416	12,0	1.503	12,8	1.476	12,5
Sangue e degli organi emopoietici	2.219	18,9	794	6,7	512	4,4	479	4,1	425	3,6
Psichiche	1.162	9,9	606	5,1	584	5,0	619	5,3	578	4,9
Pelle e del sottocutaneo	1.087	9,2	503	4,3	469	4,0	467	4,0	440	3,7
Malformazioni congenite	171	1,5	86	0,7	56	0,5	75	0,6	80	0,7
Condizioni morbose di origine perinatale	66	0,6	3	0,0	2	0,0	4	0,0	3	0,0
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	19	0,2	18	0,2	21	0,2	27	0,2	20	0,2
Tutte le cause	84.596	718,8	38.581	327,8	31.946	271,5	28.960	246,1	27.178	230,9

* Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie.

Allo stesso modo, sapendo che i disturbi dell'umore, in particolare la depressione maggiore e il disturbo bipolare, risultano associati con il 60% dei suicidi,^{8,9} abbiamo preso in esame l'utilizzo di farmaci psicoattivi avvalendoci dello stesso schema di analisi adottato per l'analisi del ricovero ospedaliero. In questo caso abbiamo seguito la coorte dei suicidati 2006-2008 all'interno del flusso delle prescrizioni farmaceutiche (SPF) nei due anni che precedono la morte utilizzando, come termine di confronto, la prevalenza registrata nella popolazione over 14enne residente in Toscana.

I grandi gruppi di farmaci psicoattivi esaminati sono: gli antidepressivi e gli antipsicotici.

Come gruppo di confronto abbiamo utilizzato la categoria degli antistaminici il cui utilizzo risulta abbastanza diffuso nella popolazione e che si presuppone stabile e legato dall'evento oggetto d'indagine.

Partendo dai farmaci antidepressivi, negli ultimi anni, a seguito dell'immissione sul mercato della nuova classe di farmaci antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), sono stati svolti numerosi studi^{10,11} allo scopo di indagare l'esistenza di una possibile correlazione fra l'inizio del trattamento e l'aumento del rischio suicidario. I risultati non hanno portato ad una chiara individuazione della relazione fra SSRI e suicidio, tuttavia sottolineano la necessità di prescrivere questi farmaci soprattutto nel trattamento della depressione unipolare di grado medio-alto e di programmare frequenti visite di follow-up soprattutto nel primo periodo di trattamento.

La nostra indagine non può entrare così nel dettaglio, tuttavia abbiamo osservato un netto aumento nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi all'avvicinarsi dell'evento suicidario, sia in termini di prevalenza (da 120 a 229 persone ne ha fatto uso, suggerendo che molti pazienti si trovavano nelle fasi iniziali del trattamento) che di *Defined Daily Dose* (DDD). Quest'ultima, infatti, non solo raddoppia nei 3 mesi precedenti alla morte ma risulta 5 volte superiore rispetto a quella rilevata nella popolazione generale che assume lo stesso tipo di farmaco lasciando intravedere una relazione inversamente proporzionale fra peggioramento dello stato sintomatologico e aumento del dosaggio prescritto (figura 4.9).

⁸ Isornetsä E, Henriksson M, Marttunen M, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*, 1995; 310:1366-1367.

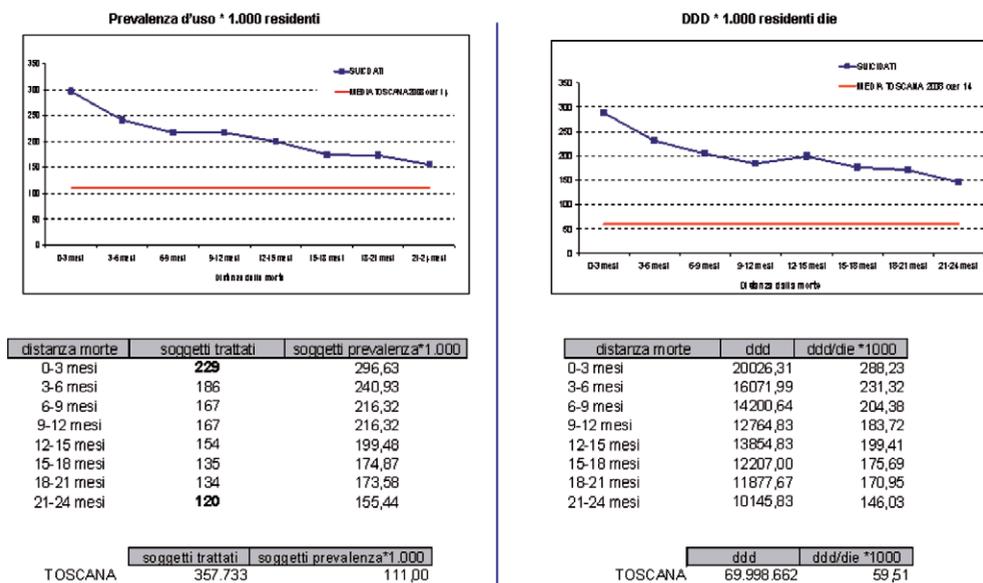
⁹ Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*, 2003;183:382-383.

¹⁰ Gunnell D, Saperia J, Ashby D. (2005), Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review, *BMJ*; 330: 385.

¹¹ Fergusson D., Doucette S., Glass K.C., et al (2005), Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials, *BMJ*; *330*:396.

Figura 4.9

Prevalenza d'uso e dose definita giornaliera (DDD) dei farmaci antidepressivi a due anni dalla morte per suicidio - Anni 2006-2008, Fonte: ARS su dati SPF ed RMR



Passiamo adesso agli antipsicotici (o neurolettici).

Questa categoria farmacologica possiede un'azione terapeutica nei confronti di stati psicotici acuti o cronici agendo prevalentemente su stati di eccitamento psicomotorio, deliri e allucinazioni. Fra le numerose patologie in cui vengono utilizzati, la schizofrenia rappresenta, sicuramente, quella che più delle altre ha beneficiato di questo trattamento rendendo possibile il reinserimento di molti pazienti nel contesto sociale. Il disturbo schizofrenico, oltre ad essere caratterizzato da sintomi specifici, espone i portatori ad un rischio di morte per suicidio molto elevato rispetto alla popolazione generale, stimolando lo studio sui possibili benefici apportati dagli antipsicotici nella riduzione di questo evento all'interno di questa categoria diagnostica. Senza entrare nel dettaglio, possiamo dire che nel corso degli anni sono state svolte numerose ricerche sull'argomento^{12, 13, 14} che hanno portato a risultati a volte diversi, ma che recentemente si sono orientati verso il riconoscimento di un effetto positivo di alcune molecole specifiche.

¹² Maltezer H.Y., Conley R.R., De Leo D., et al. (2003), Intervention strategies for suicidality, Journal of Clinical Psychiatry, 6: 1-16.

¹³ Sernyak M.J., Desai R., Storal M., et al. (2001), Impact of clozapine on completed suicide, American Journal Psychiatry, 158: 931-937.

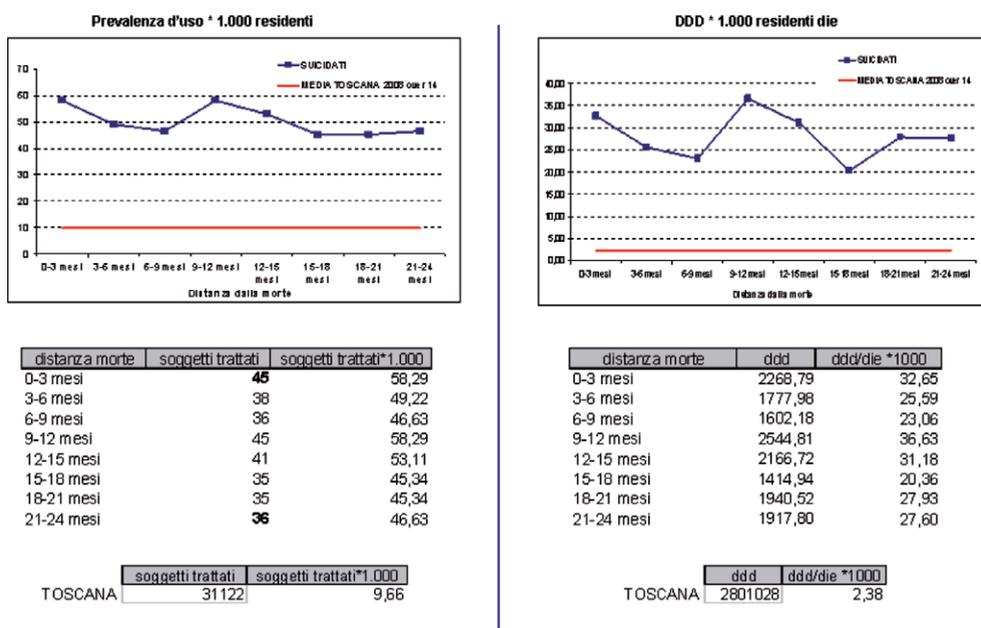
¹⁴ Modestin J., Dal Pian D., Agarwalla P. (2005), Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records, Journal of Clinical psychiatry, 66:534-538.

Come per gli antidepressivi, il nostro approfondimento non ha valenza clinica, ma si pone l'obiettivo di mostrare i trattamenti farmacologici a cui sono state sottoposte le persone morte per suicidio nel triennio 2006-2008 in Toscana, confrontandoli con la popolazione residente in Toscana.

Nella nostra coorte di osservazione, nei due anni che precedono il decesso, abbiamo assistito ad un incremento nel trattamento con antipsicotici che risulta, peraltro, di gran lunga superiore rispetto a quello osservato nella popolazione generale. Questo, indubbiamente, lascia presupporre il grave stato psichico in cui si trovavano queste persone ma, osservando anche le DDD, potremmo anche concludere che, nonostante vi sia stato un forte aumento nel dosaggio giornaliero (in questo caso 15 volte superiore rispetto a quello utilizzato nella popolazione generale), questo non ha sortito l'effetto atteso. Una sorta di insuccesso nella presa in carico e nel trattamento della loro sintomatologia (figura 4.10).

Figura 4.10

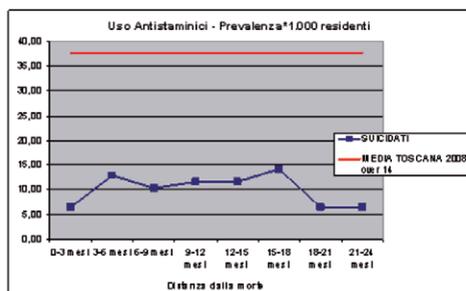
Prevalenza d'uso e dose definita giornaliera (DDD) dei farmaci antipsicotici a due anni dalla morte per suicidio - Anni 2006-2008, Fonte: ARS su dati SPF ed RMR



Il confronto effettuato con i farmaci antistaminici mostra chiaramente che l'aumento nella prescrizione risulta esclusivamente a carico dei farmaci psichiatrici sottolineando che il contatto avuto con i Servizi sanitari è stato esplicitamente circostanziato da un disturbo psichico di grave entità. Nel caso degli antistaminici, infatti, il consumo si riduce sia in termini di prevalenza che di DDD (figura 4.11).

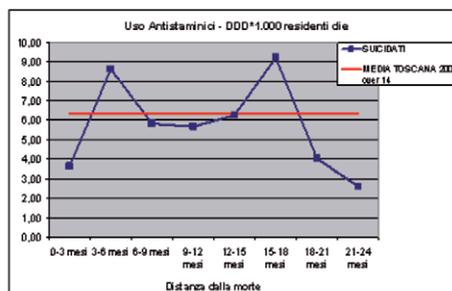
Figura 4.11

Prevalenza d'uso e dose definita giornaliera (DDD) dei farmaci antistaminici a due anni dalla morte per suicidio - Anni 2006-2008, Fonte: ARS su dati SPF ed RMR



distanza morte	soggetti trattati	soggetti trattati* 1.000
0-3 mesi	5	6,48
3-6 mesi	10	12,95
6-9 mesi	8	10,36
9-12 mesi	9	11,66
12-15 mesi	9	11,66
15-18 mesi	11	14,25
18-21 mesi	5	6,48
21-24 mesi	5	6,48

	soggetti trattati	soggetti trattati*1.000
TOSCANA	121733	37,77



distanza morte	ddd	ddd/die *1000
0-3 mesi	252,5	3,63
3-6 mesi	600	8,64
6-9 mesi	405	5,83
9-12 mesi	395	5,69
12-15 mesi	435	6,26
15-18 mesi	640	9,21
18-21 mesi	280	4,03
21-24 mesi	180	2,59

	ddd	ddd/die *1000
TOSCANA	7500100	6,38

L'interpretazione più ovvia, di fronte a questi risultati, ci porta a ritenere l'aggravamento della patologia l'unico motivo per cui le persone sono state sottoposte a dosaggi sempre più elevati di farmaci psicoattivi. Tuttavia, anche in base a quanto riportato in letteratura, riteniamo importante sottolineare che il trattamento farmacologico rappresenta soltanto una parte dell'intervento e che la loro prescrizione richiede un'attenta valutazione clinica svolta attraverso screening diagnostici e il monitoraggio costante del paziente.

Soprattutto nel caso degli antidepressivi, le persone ricorrono sempre di più ai medici di medicina generale che diventano, in molti casi, i primi e gli unici interlocutori di un grave malessere psichico. Per questo motivo, come descritto in numerose linee-guida, la loro formazione all'individuazione dei fattori di rischio risulta sempre più necessaria affinché non si trovino impreparati di fronte ad eventi così gravi.

4.4.2 Il suicidio nei pazienti affetti da patologie oncologiche

Una recente revisione della letteratura ha mostrato che, sebbene l'ideazione suicidaria sia simile nei pazienti affetti da tumore e nella popolazione generale, la frequenza di

suicidi in questi pazienti è più elevata¹⁵. Molti di questi studi sono stati condotti in paesi dove i suicidi sono relativamente frequenti anche nella popolazione generale, come ad esempio in Scandinavia o in Giappone mentre, per quanto riguarda l'Italia, i dati in proposito, relativi a decessi per suicidio in casistiche di popolazione di pazienti oncologici risultano ancora molto limitati. Fra questi riportiamo i risultati di uno studio di popolazione condotto nell'area fiorentina che, oltre a mostrare che i decessi per suicidio sono più elevati nei pazienti oncologici rispetto alla popolazione generale, mise in evidenza che questi avvenivano in particolare in prossimità della diagnosi¹⁶. A questo proposito, fu ipotizzato che il ruolo dei servizi di cure palliative nel trattamento domiciliare dei sintomi e nel supporto psico-sociale svolgesse un ruolo positivo nel ridurre la frequenza di suicidi in pazienti in fase terminale¹⁷. Un aggiornamento dello studio toscano con la valutazione dell'andamento temporale dei decessi per suicidio ha confermato, anche in anni più recenti, valori superiori all'atteso, in particolare fra gli uomini, nel primo e nei seguenti 5 anni dalla diagnosi, specialmente per tumori a prognosi più infausta. Lo studio ha anche mostrato un trend in riduzione, dalla metà degli anni '80 alla fine degli anni '90, che è stato messo in relazione con il miglioramento della terapia e degli aspetti di comunicazione della diagnosi¹⁸.

La disponibilità di nuovi dati relativi alla casistica del Registro tumori della Regione Toscana (RTRT), che rappresenta la fonte degli studi precedentemente citati, offre l'opportunità per un ulteriore aggiornamento sul tema.

I risultati che di seguito presentiamo sono riferiti ai soggetti residenti nelle provincie di Firenze e Prato, area di attività dell'RTRT, che hanno avuto una diagnosi di tumore (esclusi i tumori non melanomatosi della cute) dal 1985 al 2005. Ciascun soggetto è stato seguito dal momento della diagnosi fino al decesso (decessi per suicidio identificati dalle cause ICD-9 E950-E959) o fino al 31.12 2008.

I decessi per suicidio osservati si sono confrontati con quelli attesi, calcolati in base ai tassi di suicidio misurati nella popolazione generale toscana dello stesso periodo, tramite degli *Standardized Mortality Ratios* (SMR - rapporti standardizzati di mortalità). Si sono calcolati anche i limiti di confidenza al 95% degli SMR.

Gli SMR sono stati prodotti per il totale dei casi, per genere, per fasce d'età (0-54, 55-64, 65-74 e 75+ anni), per periodo di diagnosi (1985-89, 1990-94, 1995-99, 2000-05), per tempo dalla diagnosi (<1, 1-2, 2-3 anni, ≥3anni) e per categoria di prognosi del tumore. Per quanto riguarda quest'ultima variabile, i tumori sono

¹⁵ Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010 Dec;19 (12):1250-8. doi: 10.1002/pon.1717.

¹⁶ Crocetti E, Arniani S, Acciai S, Barchielli A, Buiatti E. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy *Br J Cancer* 1998, 77:1194-1196.

¹⁷ Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, De Conno F, Tamburini M. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet*. 1999 Nov 27;354(9193):1877-8.

¹⁸ Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004, 40:1053-1057.

stati distinti in tre gruppi sulla base dei dati dell'Associazione italiana Registri tumori¹⁹: quelli con sopravvivenza a 5 anni (per il totale uomini+donne) inferiore al 30% (esofago, stomaco, fegato, colecisti, pancreas, polmone, mesotelioma, encefalo leucemia mieloide), con sopravvivenza dal 30-79% e quelli con sopravvivenza $\geq 80\%$ (melanoma, mammella, prostata, tiroide, linfoma di Hodgkin).

Il confronto fra periodi, per tenere in considerazione la diversa lunghezza del follow-up, è limitato ai primi tre anni. Per valutare il trend è stata condotta una regressione di Poisson del rapporto decessi per suicidio osservati/attesi per il periodo, limitata ai primi tre anni di follow-up.

Nel complesso sono stati seguiti 136.105 soggetti con diagnosi di tumore dal 1985 al 2005 fino alla fine del 2008, per un totale di 714.738 anni-persona. In questo intervallo si sono verificati 158 decessi attribuiti a suicidio.

La tabella 4.6 mostra i principali risultati sia per tutta la casistica dei pazienti, casi diagnosticati nel periodo 1985-2005, sia per quella dei pazienti con diagnosi nel periodo più recente, 2000-2005.

I risultati sul totale della casistica confermano un incremento del rischio di decesso per suicidio nei pazienti oncologici rispetto alla popolazione generale, presente in entrambi i generi ma statisticamente significativo solo tra gli uomini e presente nelle età superiori ai 54 anni. Un elevato rischio di decesso per suicidio è presente per tutti i tumori, ma è maggiore per i tumori che hanno una prognosi infausta (<30% di sopravvivenza a 5 anni). Risulta particolarmente elevato nel primo anno dopo la diagnosi, ma si mantiene elevato anche nei primi anni successivi. L'analisi per periodo, condotta sui primi tre anni di follow-up, indica un trend in riduzione statisticamente significativa ($p=0,042$).

L'esame della casistica più recente (42.321 soggetti e 23 decessi per suicidio entro il 31.12.2008), con i limiti di potenza legati alle ridotte numerosità, conferma la tendenza all'incremento del rischio di decesso per suicidio nei pazienti oncologici sia considerati nel loro complesso che per genere ed età, pur non raggiungendo la significatività statistica. Il rischio di suicidio anche nei pazienti con diagnosi più recente si conferma elevato per le sedi tumorali a peggior prognosi e nel primo anno dopo la diagnosi.

In conclusione, i dati relativi al rischio di decesso per suicidio in pazienti oncologici residenti nell'area di Firenze e Prato, diagnosticati negli anni 2000-2005, mostrano un rischio tendenzialmente aumentato rispetto a quanto atteso nella popolazione generale, identificando nei tumori a peggior prognosi e nel primo anno dopo la diagnosi le maggiori criticità. La valutazione di lungo periodo mostra una tendenza statisticamente significativa verso la riduzione di questo rischio nel tempo.

¹⁹ Airtum Working group. I tumori in Italia rapporto 2007. Sopravvivenza. Epidemiologia&Prevenzione 2007.

Tabella 4.6

Confronto fra i decessi per suicidio osservati e quelli attesi tramite rapporti standardizzati di mortalità (SMR), per genere, età alla diagnosi, gruppi prognostici, tempo dalla diagnosi e periodi di incidenza – Anni 1985-2005; 2000-2005 - Fonte: ISPO

Variabili osservate	Casistica 1985-2005			Casistica 2000-2005		
	Osservati	Attesi	SMR	Osservati	Attesi	SMR
Tutti i pazienti	158	107.8	1.466*	23	19.4	1.186
Sesso						
Uomini	128	85.5	1.497*	19	15.94	1.192
Donne	30	22.3	1.348	4	3.46	1.358
Età alla diagnosi						
0-54	6	7.85	0.76	1	1.56	0.642
55-64	27	13.67	1.98*	6	2.65	2.267*
65-74	48	29.96	1.60*	7	5.17	1.355
75+	77	56.26	1.37*	9	10.3	0.898
Prognosi del tumore						
≤30% sopravvivenza a 5 anni	21	8.02	2.617*	5	1.63	3.058*
31-79% sopravvivenza a 5 anni	120	88.10	1.362*	17	15.89	1.070
>80% sopravvivenza a 5 anni	17	11.63	1.462	1	1.87	0.534
Tempo dalla diagnosi						
<1 anno	52	18.11	2.871*	12	4.54	2.642*
1-2 anni	15	13.33	1.125	2	3.62	0.552
2-3 anni	21	11.36	1.849*	6	3.20	1.875
3+ anni	70	64.94	1.078	3	8.04	0.373
Periodo di incidenza (primi 3 anni follow-up)						
1985-89	28	9.51	2.945*	Trend lineare p=0.042		
1990-94	23	10.73	2.144*			
1995-99	17	11.21	1.517			
2000-05	20	11.36	1.760*			

* SMR significativamente diverso da 1.

4.5 La prevenzione

Parlare di prevenzione rispetto a un tema le cui cause sono state definite multifattoriali risulta molto complesso. Per questo, l'obiettivo che ci siamo posti non riguarda l'esposizione dei principali fattori di rischio individuati, bensì la descrizione delle recenti *Evidence-Based Practices* in suicidologia, ricercando il loro eventuale inserimento in studi attivati sia a livello nazionale che internazionale.

Le strategie di prevenzione, intervento e programmazione, come sappiamo, devono poter contare su una solida base di conoscenza, in grado di dimostrare quali siano i fattori di rischio potenzialmente modificabili al fine di raggiungere l'obiettivo prefissato. Alcuni paesi, pur sviluppando specifici programmi di prevenzione, raramente ne hanno valutato la loro efficacia. A questo proposito alcuni ricercatori²⁰, attraverso una revisione sistematica della letteratura scientifica, si sono posti l'obiettivo di esaminare l'evidenza di efficacia degli specifici interventi di prevenzione del suicidio, in modo da delineare le raccomandazioni per i futuri programmi di prevenzione e per la ricerca. Le aree di interesse su cui si sono focalizzati trattano sia interventi di popolazione generale sia azioni rivolte su popolazioni selezionate (come, ad esempio, i medici) oppure sul singolo individuo avente caratteristiche particolari. Queste riguardano: l'educazione e la consapevolezza; lo screening per il rischio individuale; il trattamento dei disturbi psichiatrici; la restrizione dell'accesso a strumenti letali; la modalità di diffusione del tema suicidario da parte dei media.

Le conclusioni a cui sono giunti gli autori, attraverso il lavoro meta-analitico, identificano nella formazione dei medici al riconoscimento di sintomi depressivi e nella riduzione dell'accessibilità a strumenti considerati letali due interventi in grado di ridurre significativamente i tassi di suicidio. Partendo dal primo fattore, sappiamo che l'incremento nel numero di diagnosi e di trattamento di pazienti affetti da depressione accompagna la riduzione dei suicidi. La depressione, ed altri disturbi psichiatrici, in molti casi possono essere sotto-diagnosticati e sotto-trattati nei setting di medicina generale (MMG) e, se a questo si aggiunge che i medici di medicina generale sono generalmente i più vicini e gli unici contatti che i pazienti hanno, risulta facilmente comprensibile come la loro formazione rappresenti un fattore determinante nel processo di prevenzione. A conferma di questo, indagini recenti hanno messo in evidenza che oltre l'83% di coloro che muoiono per suicidio sono entrati in contatto con un MMG nel corso dell'ultimo anno e oltre il 66% nel corso dell'ultimo mese^{21, 22}.

²⁰ Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. (2005), Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review, JAMA, Vol 294, No. 16, 2064-74.

²¹ Andersen U.A., Andersen M., Rosholm J.U., et al. (2000), Contacts to the health care system prior to suicide: A comprehensive analysis using register for general and psychiatric hospital admission, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions, Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 126-134.

²² Luoma J.B., Martin C.E., & Pearson J.L. (2002), Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence, American Journal of Psychiatry, 159, 909-916.

Rispetto al secondo intervento (la restrizione nell'uso di armi letali), molti studi mostrano come la limitazione di un particolare metodo si accompagni, spesso, alla riduzione del tasso di suicidio per quella causa. Ad esempio, in paesi come il Canada, la Nuova Zelanda e in certe regioni dell'Australia e degli Stati Uniti di America, è stato evidenziato un calo dei suicidi da arma da fuoco in seguito all'entrata in vigore di forme legislative più restrittive sulla loro detenzione²³. In tutti i casi, gli effetti erano soprattutto a carico del genere maschile che, come abbiamo descritto nel paragrafo dedicato alle modalità suicidarie, utilizza in misura maggiore questo metodo. Nello Sri Lanka e in Finlandia, ridurre l'accesso ai pesticidi ha portato alla riduzione di morti per suicidio da pesticida²⁴. I cambiamenti avvenuti nella modalità di prescrizione e di vendita dei barbiturici sono stati accompagnati da una riduzione del suicidio da overdose di barbiturici in molti paesi fra cui l'Australia, la Danimarca, l'Inghilterra, la Norvegia, il Giappone e la Svezia; così come, il diverso confezionamento di analgesici ha ridotto la morte per overdose da questi in Inghilterra²⁵. Nonostante che anche in questi studi vi siano questioni irrisolte, nella maggior parte dei casi dimostrano il ruolo di potenziale "salvavita" svolto da un maggior controllo verso tutti quegli strumenti definiti letali. Dal momento che le persone che giungono a questa scelta vivono un forte momento di crisi esponendosi ad un alto rischio di morte, attenuare la letalità di alcuni strumenti può portare a tentativi di suicidio non fatali con conseguente successo nel trattamento.

Altri interventi, attualmente, necessitano di maggiori prove di efficacia.

4.5.1 Alcuni progetti basati su prove di efficacia

L'iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio: il progetto Suicide Prevention - SUPRE

Nel 1999 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha lanciato il progetto *Suicide Prevention* (SUPRE), iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio. Questo progetto racchiude la versione rivista di una serie di risorse rivolte a specifici gruppi sociali e professionali particolarmente rilevanti nella prevenzione del suicidio rappresentando, così, una sorta di indirizzo nelle diverse attività da svolgere. Questo lavoro nasce dalla collaborazione continuativa tra l'OMS e l'International Association for Suicide Prevention (IASP) che rappresenta l'anello di una catena lunga e diversificata che coinvolge una vasta gamma di persone e gruppi, tra cui operatori sanitari, educatori, enti sociali, governi, legislatori, comunicatori sociali, forze dell'ordine, famiglie e comunità.

²³ Bridges F.S., & Kunselman J.C. (2004), Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada, *Perceptual and Motor Skills*, 98, 594-598.

²⁴ Gunnel D., Fernando R., Hewagama M., et al. (2007), The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka, *International Journal of Epidemiology*, 36, 1235-1242.

²⁵ Hawton K. (2002), United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: Background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 223-229.

L'obiettivo generale del progetto SUPRE è quello di ridurre la mortalità e la morbilità a causa di comportamenti suicidari riducendo, progressivamente, il tabù che circonda il suicidio attraverso l'ampia collaborazione tra autorità nazionali e cittadinanza.

Nello specifico, gli obiettivi sono:

1. ottenere una riduzione duratura del numero di suicidi e tentativi di suicidio, ponendo l'accento sui paesi in via di sviluppo e/o in transizione economica e sociale;
2. individuare, valutare ed eliminare nelle prime fasi, per quanto possibile, i fattori che tendono a favorire il suicidio nei giovani;
3. aumentare la consapevolezza generale sul suicidio e fornire sostegno psicologico alle persone con esperienza di pensieri suicidari o di tentato suicidio, ai loro parenti e amici stretti.

La strategia scelta dall'OMS segue le linee previste per le cure primarie procedendo attraverso:

- l'organizzazione di attività multi-settoriale globale, regionale e nazionale al fine di aumentare la consapevolezza circa i comportamenti suicidari e la loro efficace prevenzione;
- il rafforzamento della capacità dei singoli paesi di sviluppare e valutare le politiche e i piani nazionali per la prevenzione del suicidio.

Le seguenti attività, adattate secondo le esigenze specifiche dei paesi, riguarderanno prevalentemente:

- l'assistenza e il trattamento delle popolazioni a rischio (persone affette da depressione, anziani e giovani);
- la riduzione della disponibilità e dell'accesso ai mezzi considerati a rischio per il suicidio (per esempio sostanze tossiche, pistole ecc.);
- il rafforzamento delle reti di supporto rivolte ai sopravvissuti al tentativo di suicidio;
- la formazione degli operatori sanitari e dei professionisti che operano in settori affini.

L'inizio delle attività seguiranno un ordine di attivazione in base al tasso di suicidio globale rilevato nei singoli paesi (ad esempio, saranno prioritari paesi come la Cina, Cuba, la Lituania, le Mauritius, la Russia, lo Sri Lanka), alla distribuzione per età (prioritaria laddove risulti sbilanciata verso i giovani e/o le donne) o nei casi in cui l'azione di prevenzione risulti già di particolare interesse.

Il progetto SUPRE prevede che sia la gestione sia la valutazione siano effettuate in stretta collaborazione con gli uffici regionali dei governi interessati che verranno assistiti costantemente da una task force di esperti.

Lo studio Suicide Prevention - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - SUPRE-MISS

Lo studio multicentrico *Suicide Prevention - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS)²⁶ è parte integrante dell'ampio protocollo di ricerca SUPRE. Oltre a condividere con questo l'obiettivo globale di riduzione della mortalità e della morbilità causata dai comportamenti suicidari, comprende la valutazione di strategie di trattamento per il tentato il suicidio; un'indagine di comunità riguardante l'ideazione e il comportamento suicidario; una descrizione di popolazione finalizzata alla valutazione di indici socio-culturali in grado di intervenire in questo fenomeno.

Più specificamente, i suoi obiettivi sono:

- contribuire ad aumentare la consapevolezza circa il *burden* (peso) dei comportamenti suicidari;
- individuare variabili affidabili e valide per la determinazione dei fattori di rischio suicidari, con un particolare accento sui fattori sociali;
- descrivere i modelli di comportamento suicidario;
- identificare le variabili che determinano l'accesso (o meno) a strutture sanitarie a seguito di un tentativo di suicidio;
- migliorare l'efficienza dei servizi generali di assistenza sanitaria attraverso l'individuazione di specifici interventi efficaci per la riduzione dei tentativi di suicidio.

Lo studio verrà effettuato in 18 siti (2-3 per ogni Regione OMS) utilizzando appositi strumenti di rilevazione tradotti e adeguati in base al contesto di ogni singolo Paese. Il protocollo prevede, per ogni sito, la partecipazione di 600 persone (con tentato suicidio giunti in ospedale) assegnate, con modalità randomizzata, a due gruppi di trattamento diversi. Ogni persona verrà intervistata da personale clinico esperto utilizzando l'apposito questionario.

A queste si aggiungono 500 persone, scelte con modalità casuale (ad esempio, dalle liste elettorali o dall'anagrafe), residenti nel territorio dove è collocato il dipartimento di emergenza in cui sono stati contattati i tentati suicidi. Anche in questo caso i cittadini saranno intervistati con l'apposito questionario da personale esperto.

È prevista, infine, una descrizione antropologica e culturale della popolazione effettuata da personale con ampia esperienza nel settore.

L'intero studio SUPRE-MISS sarà coordinato dall'OMS, Dipartimento di Salute mentale e dipendenza da sostanze di Ginevra, mentre, per le competenze tecniche e di supporto, verranno coinvolti l'Istituto di ricerca australiano Griffith University a Brisbane

²⁶ Per maggiori informazioni consultare il sito: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf.

e il Centro nazionale per la ricerca sul suicidio e la prevenzione di malattie mentali presso l'Istituto di medicina psicosociale, Karolinska Institute, Stoccolma, Svezia.

L'iniziativa europea di prevenzione della depressione e del suicidio: il progetto European Alliance Against Depression - EAAD

Più volte abbiamo messo in evidenza come i disturbi depressivi rappresentino un alto rischio, diretto e indiretto, di mortalità, essendo essi fortemente correlati all'evento suicidio^{27, 28}.

Come sappiamo, molti studi hanno dimostrato che il disturbo psichiatrico rappresenta uno dei principali fattori in grado di influenzare la scelta suicidaria e, in particolare, i disturbi della sfera affettiva risultano essere presenti nel 30-88% dei casi di suicidio²⁹. Nonostante questi dati, la correlazione fra depressione e suicidio necessita di ulteriori approfondimenti. Infatti, il trattamento di questa patologia non produce un conseguente calo dei suicidi, mettendo in evidenza l'indipendenza delle due variabili che, seppur interrelate, necessitano di approcci terapeutici separati³⁰.

Lo *European Alliance Against Depression (EAAD)*³¹ nasce dall'esigenza di promuovere programmi di intervento attivando una rete internazionale di esperti impegnati nella prevenzione della depressione e del suicidio. Nello specifico, questo progetto nasce da uno studio effettuato a partire dal 2001 a Norimberga che, agendo su 4 piani di azione, ha portato, nei due anni successivi, alla riduzione del 24% degli atti suicidari (rispetto alla città di Würzburg usata come controllo)³². In base a questi risultati, la Commissione europea (Agenzia esecutiva per la salute dei consumatori - AESC) ha stabilito un apposito finanziamento allo scopo di diffondere ed implementare questo approccio ad altre Regioni europee. Il progetto EAAD ha quindi avuto inizio nel 2004 sotto il coordinamento dell'Università di Monaco coinvolgendo ben 17 Paesi europei. Per l'Italia partecipa all'iniziativa la regione Alto Adige (figura 4.9).

²⁷ Bauer M., Whybrow P.C., Angst J., et al. (2002), World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part I, Acute and continuation treatment of major depressive disorder, World Journal of Biological Psychiatry 3, 5-43.

²⁸ Cuijpers P., Smit F. (2002), Excess mortality in depression: a metaanalysis of community studies, Journal of affective Disorders 72, 227-236.

²⁹ Lönnqvist J.H., Koskenvuo M. (1988) Mortality in depressive disorders: a 3-year prospective follow-up in Finland. In helgason T., Darragh P.M. (a cura di), Depressive illness: Prediction, course and outcome, Springer, Berlin, pp. 126-130.

³⁰ Van Praag H.M. (2005), The resilience of suicide: why have not antidepressants reduced suicide rates? In Hawton K. (a cura di), Prevention and Treatment of suicidal behaviour, Oxford University Press, pp. 239-260.

³¹ Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.eaad.net/>

³² Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., et al. (2006), The Alliance against Depression: Two Year Evaluation of a Community Based Intervention to reduce Suicidality, Psychological Medicine 36, 9, 1225-33.

Figura 4.12**Paesi europei che partecipano al progetto EAAD**

Dato il numero di nazioni partecipanti, la campagna ha dovuto organizzare un complesso piano di strutturazione allo scopo di adattarsi alle diverse tradizioni e strategie sanitarie presenti in ogni Paese. Nonostante questo, gli obiettivi sono rimasti inalterati e si suddividono in:

- diminuzione degli atti di suicidio;
- cambiamento dell'opinione pubblica rispetto alla depressione con riduzione dello stigma;
- raggiungimento dei gruppi a rischio tramite iniziative di auto-mutuo-aiuto e consultori telefonici;
- miglioramento degli approcci terapeutici;
- accettazione di cure psicologiche e farmacologiche;
- migliore *compliance* alla terapia a lungo termine;
- coinvolgimento dei familiari;
- aumento dell'uso di antidepressivi e riduzione dell'uso di ansiolitici.

Come il progetto di origine, la campagna EAAD ha predisposto numerose azioni distribuite sui 4 livelli di seguito elencati.

1° livello - Piano della formazione e collaborazione con medici, farmacisti e psicologi (complessivamente, in Europa sono stati organizzati 120 seminari e distribuiti 12.717 piani informativi) al fine d'intensificare la collaborazione fra queste figure professionali e facilitare l'individuazione e il trattamento mirato dei casi di depressione.

2° livello - Piano dello svolgimento e formazione dei moltiplicatori³³ (in Europa sono stati organizzati 200 seminari) che comprende un programma informativo sulla depressione e sui

³³ Il termine moltiplicatore comprende: infermieri, assistenti delle case di riposo, insegnanti, religiosi, forze dell'ordine ecc.

rischi di suicidio allo scopo di stimolare una maggior sensibilità nel capire e aiutare le persone colpite da un disagio psichico.

3° livello - Piano di sostegno (in Europa sono stati istituiti 25.900 piani d'emergenza per migliorare la *compliance* al trattamento) che prevede l'apertura di consultori o l'attivazione di iniziative di auto-mutuo-aiuto alle quali le persone in difficoltà e/o i loro familiari possono rivolgersi.

4° livello - Piano informativo rivolto alla popolazione generale (in Europa sono stati distribuiti 9.050 poster, 94.600 brochure, 650 video e sono stati pubblicati circa 200 articoli informativi) coinvolgendo personalità significative e conosciute dall'opinione pubblica in modo da stimolare la riflessione su questo tema.

Il progetto, nella sua realizzazione, interessa non solo gli addetti ai lavori (psichiatri, medici o altre figure sanitarie), ma si sviluppa in rete coinvolgendo livelli diversi. L'efficacia di questo metodo è stata ampiamente dimostrata nella rassegna di Hogan et al.³⁴ dalla quale si evince la maggior efficacia (anche superiore alle terapie tradizionali) di procedure che agiscono su piani eterogenei includendo diversi riceventi.

Il progetto di prevenzione della Regione Toscana: Montagna in salute

Anche in Toscana, pur assistendo a una diminuzione complessiva dei tassi di suicidio, si riscontrano alcune criticità in alcune aree montane particolarmente disagiate e isolate, dove la media del tasso dei suicidi supera quella regionale.

Il progetto "Montagna in salute", infatti, nasce dalla constatazione che queste zone troppo spesso si trovano a convivere con problematiche legate all'alcol, all'isolamento, a violenze, ma anche a situazioni di suicidio e tentato suicidio, fenomeno che negli ultimi anni coinvolge sempre più anche la popolazione più giovane.

Il progetto è un programma di intervento e prevenzione del disagio sociale in tre Società della salute montane della Toscana che ha preso ufficialmente inizio nel luglio 2009 a seguito della firma tra UNCEM³⁵ Toscana, Regione Toscana e Società della salute, ma nel concreto vede l'inizio delle attività organizzative, propedeutiche alla fase operativa, sin dal 2008.

Il protocollo "Montagna in salute", coordinato dalla UNCEM Toscana, coinvolge, oltre all'Assessorato alle politiche sociali della Regione Toscana, le Società della salute montane del Casentino, dell'Amiata Grossetana e delle Colline Metallifere.

Nello specifico, si tratta di un percorso sperimentale che ha avuto come obiettivo quello di valutare lo stato di salute della popolazione montana nelle tre aree prese come

³⁴ Hogan B.E., Linden W., Najarian B. (2002), Social support interventions – Do they work? *Clinical Psychology Review* 22, 3, 381-440.

³⁵ Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani

campione e di programmare azioni e strategie di prevenzione del disagio sociale, con particolare riferimento al fenomeno suicidario.

In linea con le direttive nazionali ed europee, il progetto si articola in vari livelli, non solo mettendo in relazione i principali fattori di rischio, ma anche stimolando l'attivazione dei territori circa le problematiche legate a questo fenomeno ampliandone la conoscenza. A questo si aggiunge la messa in rete degli operatori che lavorano nel settore socio-sanitario, con particolare attenzione ai medici di medicina generale (MMG) delle tre aree coinvolte che rappresentano, in molti casi, i primi intercettatori della richiesta di aiuto.

Lo studio, dalla sua attivazione, ha svolto numerose attività³⁶. In particolare:

- un percorso di sensibilizzazione ad hoc sul tema del fenomeno suicidario rivolti agli amministratori locali, agli operatori della salute e a tutti gli MMG delle tre aree;
- un percorso formativo specifico rivolto agli MMG;
- la realizzazione del sito web www.montagnainsalute.it come strumento di lavoro;
- l'individuazione e la formazione degli intervistatori che si rivolgeranno agli MMG;
- l'elaborazione e la definizione del questionario di intervista indirizzato agli MMG;
- la costruzione della "Rete di operatori territoriali" attivando il contatto con i Servizi del territorio;
- l'organizzazione di un sistema di sorveglianza del fenomeno in grado di individuare situazioni a rischio a livello locale con successivo inserimento in un percorso strutturato e permanente di monitoraggio assistenziale e terapeutico.

Tutte le azioni svolte in questi due anni hanno messo basi solide per la costruzione della "Rete di operatori territoriali" che, secondo le varie discipline, possono farsi carico della richiesta di aiuto del soggetto a rischio. Per il futuro, l'obiettivo centrale è quello di mettere a sistema le reti di operatori territoriali, utilizzando un numero verde sul disagio sociale e suicidio attivato nelle 3 Società della salute e, gradualmente, estendere tale modello complessivo alle altre 5 Società della salute montane, fino ad allargarlo a tutte le Società della salute toscane.

Nel prossimo biennio (2011-2012) sono previste le seguenti azioni:

- completamento della fase sperimentale nelle 3 Società della salute tramite
 1. attivazione di percorso strutturato assistenziale per reinserimento psico-medico-sociale dei soggetti a rischio;

³⁶ Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.montagnainsalute.it/on-line/Home.html>

2. presa in carico del soggetto a rischio per un reinserimento negli ambiti familiare, scolastico, lavorativo e sociale;
 3. identificazione e implementazione di un modello di accoglienza e assistenza rivolto a tutti coloro che vivono le criticità correlate al gesto suicidario;
- estensione del modello attuativo alle altre Società della salute montane attraverso
 1. l'allargamento alle altre Società della salute;
 2. la conoscenza e la formazione sui fattori di rischio del suicidio nella propria area;
 3. l'individuazione delle figure necessarie alla costituzione del Gruppo operativo locale;
 4. l'ottenimento della disponibilità alla compartecipazione economica da parte delle altre Società della salute;
 - individuazione di una linea telefonica verde (*help-line*) in grado di intercettare la richiesta di aiuto indirizzandola ai vari territori per la presa in carico specifica in loco.

Si tratta, quindi, di migliorare l'accesso ai Servizi territoriali ottimizzando le strutture già esistenti attraverso il rafforzamento dell'azione di rete al fine di promuovere un sostanziale intervento di prevenzione che risulti uniforme su tutto il territorio.

4.6 Alcune considerazioni conclusive

Come abbiamo avuto modo di osservare nel corso di questo capitolo, il suicidio rappresenta un fenomeno composito che risente di fattori, a volte, difficilmente identificabili.

Attraverso lo studio epidemiologico svolto sul territorio toscano, abbiamo avuto modo di analizzare la specificità di alcune aree del nostro territorio e le modificazioni avvenute in seguito alla messa in atto di azioni preventive che coinvolgono non soltanto i clinici, che rimangono comunque gli interlocutori privilegiati, ma anche la popolazione generale sfatando, così, quell'alone di mistero dal quale spesso sembra essere avvolto. Troppo spesso, infatti, il suicidio viene associato esclusivamente al disturbo psichico, tralasciando altre sofferenze fisiche che, al contrario, intervengono in questa scelta. Come è stato possibile dimostrare attraverso l'indagine effettuata dall'Istituto per la prevenzione oncologica, infatti, il suicidio risente anche di diagnosi oncologiche a peggior prognosi le quali, suscitando nell'individuo un forte senso di disperazione, possono spingerlo verso quella che considera l'unica via di uscita.

Altro tema affrontato riguarda il ricorso ai servizi sanitari. In questo caso abbiamo evidenziato che, all'avvicinarsi dell'evento, le persone ricorrono maggiormente al ricovero

ospedaliero e al trattamento farmacologico antidepressivo, lasciando supporre, in questi ultimi, un aumento nella richiesta di aiuto. Questo risultato non vuol essere un monito rivolto al personale sanitario ma, al contrario, rappresenta uno stimolo al confronto, al fine di diffondere e ampliare sempre di più la cultura preventiva anche in quei contesti che sembrano coinvolti da questo fenomeno.

Capitolo 5

Il distress psicologico dei giovani toscani: i risultati dello studio EDIT 2011

Caterina Silvestri

Cristina Orsini

5. Il distress psicologico dei giovani toscani: i risultati dello studio EDIT 2011

5.1 Premessa

Parlando di salute mentale, difficilmente ci soffermiamo a pensare al disagio vissuto dai giovani adolescenti come a un “disagio psichico”, una sorta, cioè, di disturbo che, pur essendo fisiologico e funzionale alla crescita dell’individuo, è causa di molta sofferenza. Con questo riteniamo opportuno prendere in seria considerazione lo stato emotivo vissuto dai giovani che, sempre più spesso, individuano nel comportamento a rischio l’unico modo con cui esprimere il proprio disagio.

Una recente indagine australiana¹, ad esempio, si è posta come obiettivo quello di indagare il ruolo svolto dal disagio psicologico autoriferito nella determinazione di una guida rischiosa da parte dei giovani neo-patentati di età compresa fra i 17 e i 25 anni. I risultati hanno messo in evidenza che lo stress psicologico da solo spiega l’8,5% della varianza nella guida rischiosa dei giovani novizi. Di conseguenza, i clinici che trattano gli adolescenti feriti a seguito di un comportamento a rischio devono essere consapevoli del contributo potenziale svolto dal disagio psicologico, mentre i professionisti della salute mentale che lavorano con adolescenti che vivono stress psicologico devono a loro volta tener presente il rischio potenziale a cui questi ragazzi possono andare incontro attraverso una guida pericolosa.

Altri studi² hanno indagato il comportamento sessuale a rischio rivelando che gli adolescenti con elevato stress psicologico, rispetto a quelli con un basso disagio psicologico, hanno una maggiore probabilità di contrarre una malattia a trasmissione sessuale. In particolare tendono ad usare il profilattico in modo incoerente (OR: 1,50) e ad avere rapporti sotto l’effetto di alcol o droghe (OR: 1,47), mostrando una scarsa cura di sé.

A questo proposito, l’Agenzia regionale di sanità della Toscana, da sei anni monitorizza, con cadenza triennale, le modificazioni comportamentali che hanno luogo nella popolazione giovanile di età 14-19 anni attraverso il progetto “Epidemiologia dei determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana” (EDIT).

Questo studio coinvolge un campione molto ampio di ragazzi (rappresentativo per Azienda USL di residenza) che frequentano le scuole medie secondarie della Toscana indagando stili di vita che riguardano soprattutto il consumo di bevande alcoliche,

¹ [Scott-Parker B.](#), [Watson B.](#), [King M.J.](#), et al (2011), The psychological distress of the young driver: a brief report, [Inj Prev.](#) 17(4):275-7.

² [Seth P.](#), [Raiji P.T.](#), [DiClemente R.J.](#), et al (2009), Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents, [Psychol Health Med.](#), 14(3):291-300.

il consumo di sostanze legali ed illegali, le abitudini alimentari, l'attività sportiva, il rapporto con i coetanei e le abitudini sessuali.

Trattando un panorama così ampio, e sapendo che un numero sempre maggiore di ragazzi mette a rischio la propria vita nella speranza di provare emozioni che non riesce a trovare in altre attività o relazioni, nel corso delle due ultime rilevazioni (2008 e 2011) è stato inserito uno strumento codificato allo scopo di raccogliere informazioni non sulle azioni, ma su ciò che potenzialmente le determina, e cioè il "distress psicologico".

Il costrutto psicologico di "distress" racchiude il concetto aspecifico di tristezza, frustrazione, ansietà, nonché stati negativi dell'umore e risposte emotive alle avversità, in forme variabili per gravità e durata.³ Questo costrutto, misurando le condizioni mentali su di una lista di sintomi di disagio psicologico autoriferito,⁴ consente di identificare condizioni subcliniche rilevanti per prevalenza e disabilità associata,⁵ utilizzando uno schema semplice e poco traumatico per la persona.

La modalità autoriferita e la semplicità nella compilazione ci hanno orientato verso la scelta del Kessler-6 Self (K-6) che risulta essere uno in grado di misurare il livello di distress psicologico (DP) basandosi essenzialmente su sintomi somatici e affettivi⁶. Al tempo stesso, appare facilmente inseribile in un contesto molto ampio qual è l'indagine EDIT.

All'ampiezza del costrutto a cui fa riferimento il questionario K-6, si aggiunge la semplicità e l'immediatezza del processo di *scoring*. Ogni domanda, infatti, prevede un sistema di risposta secondo una scala Likert a cinque punti ("mai", "raramente", "a volte", "spesso", "sempre") dal quale si ottengono valori la cui somma rappresenta il risultato totale raggiunto. L'autore indica due range all'interno dei quali misurare il livello di distress psicologico raggiunto: 0-24 oppure 6-30. Nello studio EDIT, seguendo le recenti indicazioni fornite da Kessler⁷ in seguito all'applicazione del K-6 in un vasto studio di popolazione, è stata utilizzata la scala 6-30 prendendo come cut-off i livelli 6-18 (indicanti un basso o moderato livello di distress psicologico) verso 19 e più (valore in grado di segnalare un elevato livello di distress psicologico).

³ Carney R.M., Freedland K.E. (2002), Psychological distress as a risk factor for stroke-related mortality, *Stroke*, 15:31-36.

⁴ Weissman M.M., Myers J.K., Ross C.E. (1988), *Community surveys of psychiatric disorders*, Rutgers University Press, NY.

⁵ Andrews G., Slade T. (2001), Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10), *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25: 494-497.

⁶ Carrà G., Segagni Lusignani G., Sciarini P., et al (2008), Comorbilità per disturbi neurologici e distress psicologico in pazienti ricoverati per depressione, *Rivista di Psichiatria*, 43:1.

⁷ Per ulteriori informazioni rimandiamo al sito: http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scale.php

5.2 I risultati dello studio EDIT 2011

L'edizione 2011 ha coinvolto 4.724 studenti suddivisi in modo uniforme all'interno dei diversi indirizzi scolastici⁸. Nel corso del capitolo, oltre a presentare i dati della recente edizione, effettueremo il confronto con la rilevazione effettuata nel 2008.

Partiamo subito col dire che il 17,5% dei ragazzi coinvolti ha ottenuto un punteggio uguale o superiore a 19 caratterizzandosi, così, come giovani aventi un elevato livello di distress psicologico (tabella 5.1). La differenza di genere mette in evidenza, anche in questo caso, un maggior interessamento del genere femminile con valori due volte superiori ai coetanei di genere maschile (24,8% vs. 10,4%).

Il confronto con il triennio precedente, rilevando un aumento nello stato di malessere (da 16,0% a 17,5%) in entrambi i generi, non risulta confortante ma appare in linea con quanto riportato in letteratura circa l'aumento del malessere psicologico in età giovanile. I giovani, infatti, sempre di più vengono sottoposti ad un modello di costruzione del sé (specialmente da parte del "grande educatore" – mass media) basato sull'individualismo, concreto, pragmatico e aderente al quotidiano. Inoltre, se da un lato hanno acquisito una notevole autonomia e indipendenza, dall'altra la società chiede loro di rimanere "eternamente giovani", non trovando uno spazio adeguato in cui inserirli⁹. La dicotomia nella quale vivono non può che accrescere il loro disagio, costruendo identità fragili basate su valori che assumono caratteristiche soggettive e personalistiche.

Tabella 5.1

Livello di distress per genere – Studio EDIT, confronto 2008-2011

Distress psicologico	2008 (N=5.097)			2011 (N=4.724)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Elevato	8,8	21,9	16,0	10,4	24,8	17,5
Lieve/moderato	91,2	78,1	84,0	89,6	75,2	82,5
Totale	100	100	100	100	100	100

La distribuzione per AUSL di residenza mostra alcune differenze significative (figura 5.1). I territori dove si trovano le percentuali più alte risultano essere quelli di Prato (22,3%) e Pistoia (21%), con percentuali superiori rispetto alla media regionale. Pur non raggiungendo valori così alti nel suo insieme, la Toscana mostra comunque un'importante variabilità territoriale non spiegabile attraverso i dati in nostro possesso. L'unico elemento che ci sentiamo di sottolineare è la co-presenza, nell'AUSL 4 di Prato,

⁸ Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.ars.toscana.it>

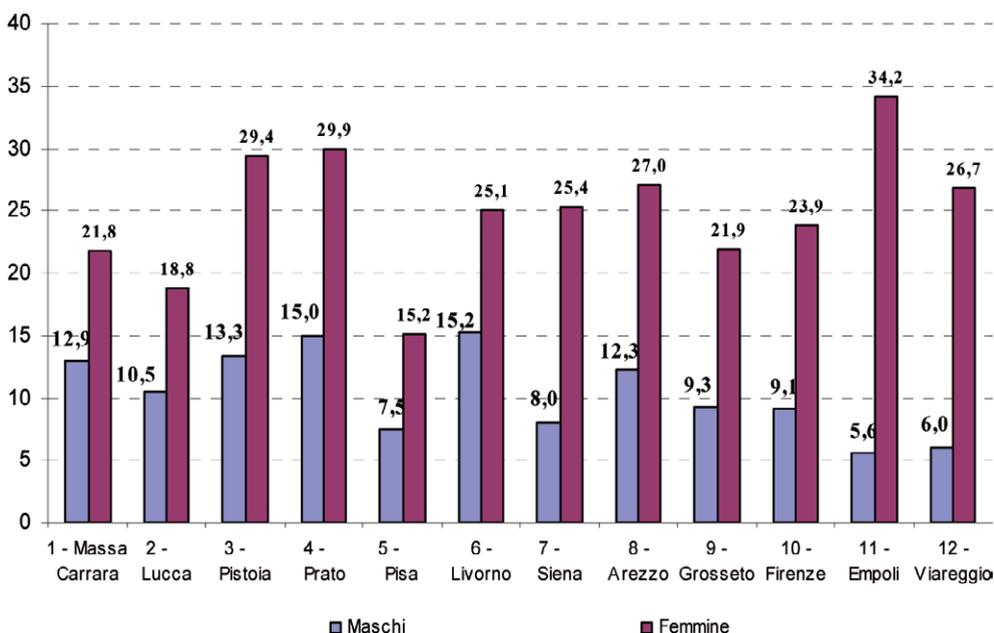
⁹ Formella Z., (2011) Il disagio relazionale nella scuola: dal vuoto esistenziale alla ricerca di senso. Tratto da *Il Bullismo e dintorni. Le relazioni disagiate nella scuola* (a cura di) Formella Z., e Ricci A., Milano, Franco Angeli, pp. 183-196.

di un ulteriore fenomeno riguardante la salute mentale, vale a dire l'elevato numero di suicidi (v. capitolo 4), evidenziando questa zona come un territorio ad alto rischio non solo per la salute mentale, ma anche per i comportamenti ad essa associati.

La differenza di genere, presente in tutte le AUSL, raggiunge il suo apice nel territorio di Empoli, dove soltanto il 5,6% dei maschi ha ottenuto un punteggio elevato alla scala K-6 rispetto al 34,2% delle coetanee. Risultato simile è osservabile anche nell'AUSL 12 di Viareggio (6,0% contro 26,7%).

Figura 5.1

Distribuzione per AUSL dei ragazzi con elevato livello di distress – Studio EDIT, Anno 2011 (N = 4.724)



Che l'età adolescenziale sia caratterizzata da importanti modifiche nella vita di relazione è ormai noto a tutti. A questo proposito abbiamo provato a mettere in relazione il grado di distress psicologico con alcune variabili riguardanti la qualità dei rapporti con i propri familiari e con il gruppo dei pari (tratte dal questionario EDIT).

Come mostra la tabella 5.2, i ragazzi che dichiarano di avere un rapporto difficile con la propria famiglia risultano maggiormente interessati dal malessere psicologico (poco buoni 55,2% e pessimi 52,8%).

Questo risultato, certamente, non desta particolare clamore in virtù del fatto che, proprio in questo particolare periodo della vita, l'allontanamento dal nucleo familiare

risulta funzionale allo sviluppo della propria individualità e i ragazzi, sempre di più, spostano il proprio interesse verso il gruppo dei pari.

Infatti, ancor più della famiglia, un pessimo rapporto con gli amici interviene nel far sì che i ragazzi percepiscano se stessi come in uno stato di malessere, raggiungendo valori superiori al 60% tra coloro che dichiarano di vivere rapporti poco buoni o pessimi rispetto all'11,4% che, al contrario, li definiscono molto buoni (tabella 5.3).

Tabella 5.2

Distribuzione del grado di distress elevato rispetto alla loro definizione dei rapporti con la famiglia - Studio EDIT, confronto 2008-2011

Rapporti con la famiglia	2008 (N=5.097) Distress Elevato	2011 (N=4.615) Distress Elevato
Molto buoni	9,9	9,7
Abbastanza buoni	16,5	18,6
Così così	30,3	29,4
Poco buoni	43,7	55,2
Pessimi	56,8	52,8
Totale	15,9	17,2

Tabella 5.3

Distribuzione del grado di distress elevato rispetto alla loro definizione dei rapporti con il gruppo dei pari - Studio EDIT, confronto 2008-2011

Rapporti con i coetanei	2008 (N=5.081) Distress elevato	2011 (N=4.652) Distress elevato
Molto buoni	11,2	11,4
Abbastanza buoni	16,6	19,2
Così così	38,0	39,7
Poco buoni	50,0	61,5
Pessimi	69,6	61,6
Totale	16,0	17,5

Rispetto al triennio precedente si osserva, in entrambe le variabili, un incremento nella categoria dei rapporti definiti “poco buoni” e un lieve decremento in quelli “pessimi”. Volendo azzardare un’ipotesi, potremmo desumere un abbassamento nella soglia di tolleranza dei giovani che sempre più risultano vulnerabili alle difficoltà relazionali.

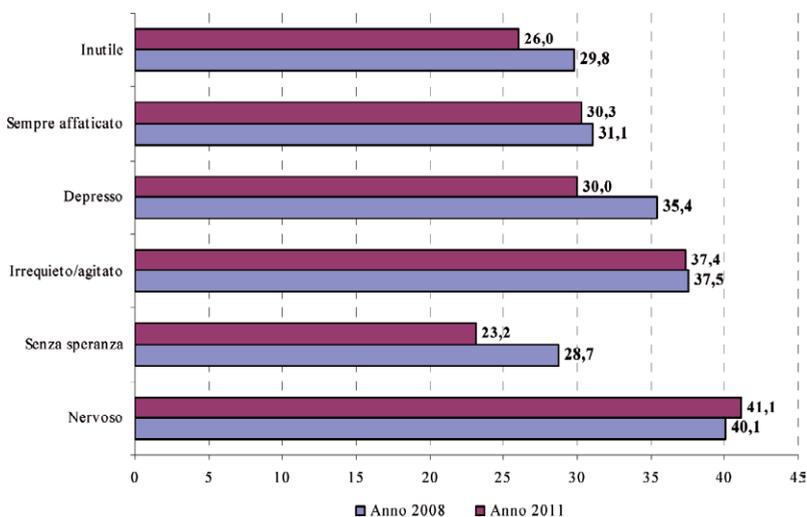
Alla misurazione del livello di distress, la scala K-6 aggiunge la valutazione degli stati emotivi percepiti nel corso degli ultimi trenta giorni. Queste domande, pur lasciando inalterato il punteggio relativo al livello di distress, offrono informazioni importanti riguardo al vissuto di questi ragazzi, delineandone un quadro più dettagliato.

Le emozioni vissute dai giovani di età compresa fra i 14 e i 19 anni continuano ad essere prevalentemente lo stato di nervosismo (41,1%), l'irrequietezza (37,4%) e la sensazione perenne di affaticamento (30,3%). Queste sensazioni offrono l'immagine ambivalente tipica dell'adolescente che, se da un lato sente il bisogno di ribellarsi (nervosismo), dall'altro è reso immobile dal costante affaticamento, con la risultante amplificazione di quello stato di agitazione che caratterizza questa fascia di età.

Rispetto al triennio precedente, la riduzione della sensazione di inutilità e di depressione sembra contrastare con l'aumento della condizione di distress, rendendo difficile l'interpretazione di questi risultati (figura 5.2).

Figura 5.2

Lo stato emotivo vissuto "più del solito" nel corso degli ultimi trenta giorni – Studio EDIT, confronto 2008-2011



5.3 Alcune considerazioni conclusive

Come abbiamo avuto modo di osservare, un numero molto elevato di giovani vive una condizione di malessere psicologico (17,5% degli intervistati). Ovviamente, non presentando sintomi patologici, sfuggono all'attenzione dei clinici o dei Servizi ad essi dedicati ma, nonostante l'apparente "normalità", questi ragazzi risultano fortemente a rischio per la messa in atto di comportamenti pericolosi non solo per lo sviluppo psichico, ma anche per la vita stessa.

È per questo motivo che l'approccio settoriale risulta ormai obsoleto e di scarsa utilità, mentre appare auspicabile la collaborazione delle diverse discipline che si occupano del mondo giovanile affinché il disagio non rimanga esclusivo appannaggio di questa o di quella branca specialistica.

Capitolo 6

Il personale impiegato e la spesa prevista per la salute mentale

Daniel De Wet

Valentina Uvia Corridoni

Marzia Fratti

6. Il personale impiegato e la spesa per la salute mentale

Ad integrazione del quadro di offerta di salute mentale delle Aziende USL in Toscana, e quindi della risposta ai bisogni dei cittadini, di seguito sono riportati e commentati i dati sulla spesa per la salute mentale e sul personale impiegato nei Servizi come risulta dal “Modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza” delle Aziende sanitarie.

La variabilità che si osserva è attribuibile alle modalità di registrazione delle spese da parte delle Aziende, in particolare riguardo ad alcune tipologie di spesa che vengono talvolta considerate afferenti al sociale oppure al sanitario.

Ciò può determinare differenze tra diverse Aziende sanitarie o modificazioni nella spesa della stessa Azienda in anni differenti, al variare dei criteri di classificazione.

6.1 Il personale dei Servizi di salute mentale

I dati fanno riferimento al personale dipendente e convenzionato e non vi è incluso, perciò, quello afferente a Servizi esternalizzati. I dati sono riferiti alla rilevazione del Ministero delle finanze – Ragioneria generale dello Stato: Conto annuale.

La dotazione di personale afferente ai Servizi di salute mentale in Toscana è complessivamente aumentata nel periodo 2008-2010 se si considera il dato sul “personale equivalente”, ovvero calcolato attraverso la sommatoria ponderata del lavoro prestato a tempo pieno, part-time e convenzionato.

L'aumento di personale è osservabile in 10 Aziende sanitarie su 12.

Come mostrano le immagini di seguito presentate, la figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (43,9%), seguita da personale medico (19,0%), operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA) e operatori socio-sanitari (OSS) (10,7%), personale psicologo (9,1%), educatore professionale (6,4%), tecnico della riabilitazione psichiatrica (5,4%), amministrativo (3,9%), assistente sociale (0,9%) ed infine sociologo (0,1%).

Confrontando i dati del personale degli anni 2008 e 2010 si registrano alcune variazioni: la quota rappresentata dal personale infermieristico si è ridotta del 6,4% (passando dal 47,9% al 43,9%) sul totale del personale; per converso è aumentato, sebbene di poco, il numero equivalente di psicologi (anche se resta di fatto invariata la quota da essi rappresentata sul totale dell'organico), di tecnici della riabilitazione psichiatrica (da 1,9% al 5,4%) e di educatori professionali (da 4,2% al 6,4%); è aumentata, se pur di poco, anche la quota rappresentata degli assistenti sociali (da 0,8% al 0,9%).

In una prospettiva di superamento del paradigma della remissione della sintomatologia e della stabilizzazione clinica e volendo orientare i servizi verso percorsi di *recovery* degli utenti, si rende necessario l'impiego di professionalità competenti per l'abilitazione/riabilitazione e l'inclusione sociale (abitativa e lavorativa) dei soggetti.

Figura 6.1

Personale dipendente salute mentale Toscana - anno 2008 (esclusi Servizi esternalizzati) Fonte: Ministero delle finanze - Ragioneria generale dello Stato: Conto annuale

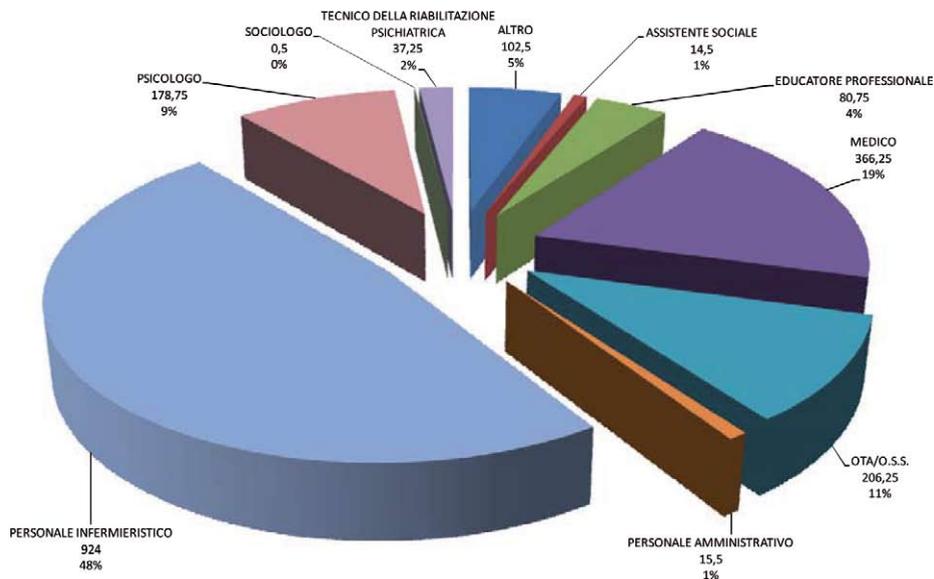
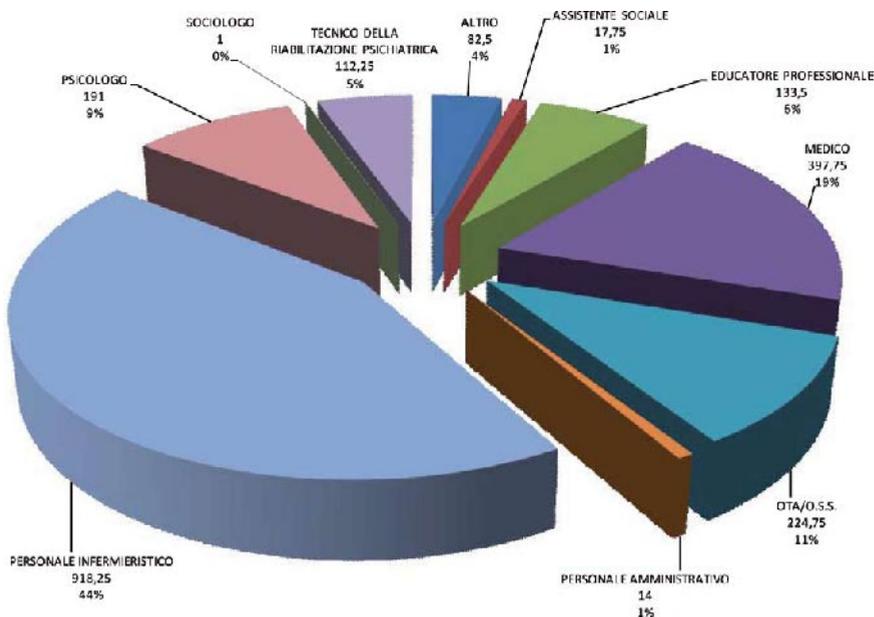


Figura 6.2

Personale dipendente salute mentale Toscana - anno 2010 (esclusi Servizi esternalizzati) - Fonte: Ministero delle finanze - Ragioneria generale dello Stato: Conto annuale



6.2 La spesa per la salute mentale

Nell'anno 2010, la spesa regionale complessiva per i Servizi di salute mentale è stata di 257.074 milioni di euro; la spesa è incrementata, rispetto al 2009, di 5.085 milioni di euro. Dal 2001 l'aumento è stato di 87.327 milioni di euro, pari al 51,45% della cifra iniziale.

L'aumento di spesa non è omogeneamente distribuito tra le Aziende sanitarie e in alcune di esse si registra una diminuzione della stessa.

Tabella 6.1

Spesa per la salute mentale per AUSL - anni 2001-2010 - Fonte: elaborazioni del Modello ministeriale dei livelli di assistenza (LA) per popolazione residente - Settore Finanza, contabilità e controllo

AUSL	2001	2005	2010
Massa-Carrara	8.988	11.677	19.068
Lucca	14.386	14.857	19.586
Pistoia	8.013	12.684	16.750
Prato	6.084	9.743	15.756
Pisa	17.840	24.857	29.832
Livorno	16.567	22.102	27.630
Siena	15.565	16.631	17.792
Arezzo	10.314	17.721	20.418
Grosseto	11.254	15.587	11.386
Firenze	43.878	56.965	52.231
Empoli	9.833	14.330	15.256
Viareggio	7.025	12.610	11.370
Toscana	169.747	229.764	257.074

Se si scorpora la spesa totale (come si evidenzia nella figura 6.3) e se ne analizzano le componenti, possiamo effettuare alcune considerazioni: la spesa per i servizi territoriali del Dipartimento di Salute mentale, che comprende sia servizi ambulatoriali e domiciliari sia semiresidenziali, subisce una flessione rispetto al 2009, ciò in controtendenza rispetto a un trend di aumento continuo registrato dal 2001; è da tenere presente, però, che la spesa per tale ambito era cresciuta sensibilmente nell'anno 2009 rispetto al 2008. Inoltre, analizzando maggiormente il dato, si evince che la spesa per i servizi ambulatoriali e domiciliari è costante o leggermente aumentata; è invece quella per i servizi semiresidenziali ad essere in flessione.

Per quanto riguarda i servizi residenziali afferenti al Dipartimento di salute mentale, questi registrano un aumento della spesa, che quindi cresce dal 2009, dopo una flessione registrata nel 2008; allo stesso modo aumenta la quota di spesa destinata al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) che era invece in diminuzione dall'anno 2007.

Figura 6.3

Andamento della spesa per la salute mentale della Regione Toscana: totale e totale suddiviso per la spesa territoriale, SPDC e spesa residenziale, Anni 2001-2010 - Fonte: Elaborazioni del Modello Ministeriale dei livelli di assistenza (LA) per popolazione residente - Fonte: Settore Finanza, contabilità e controllo

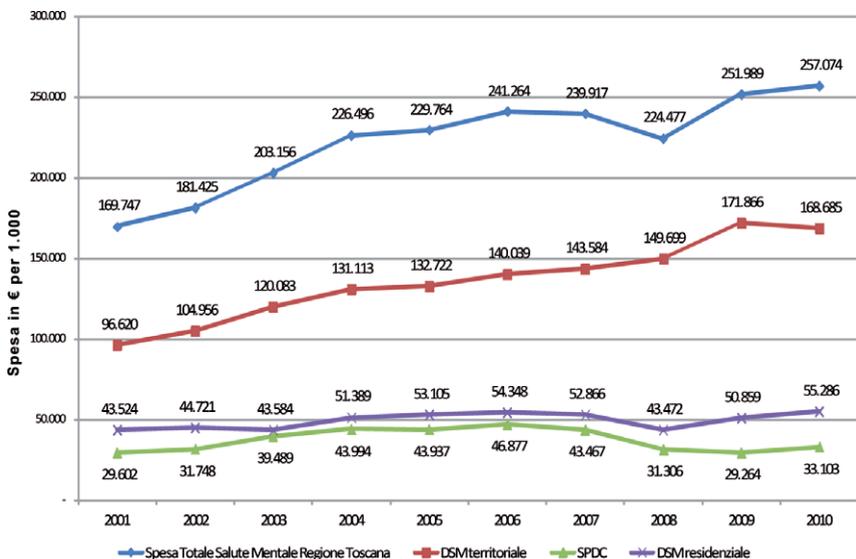
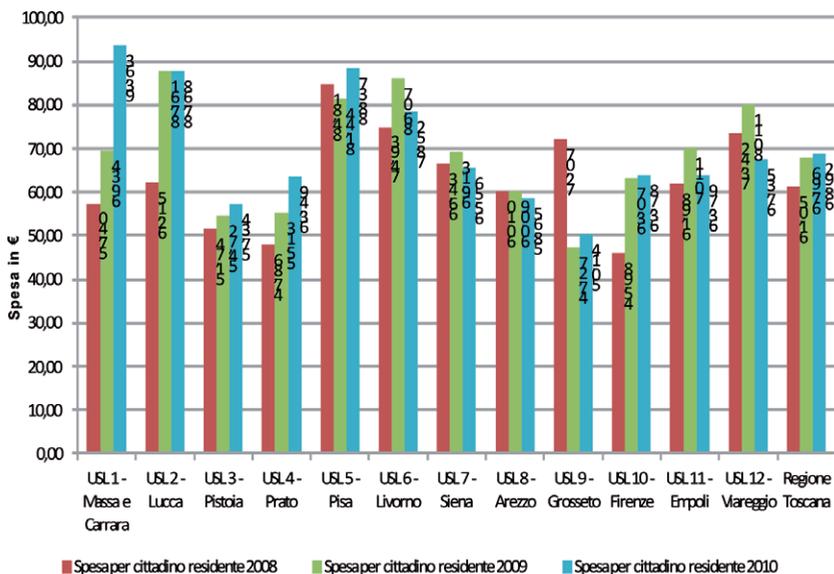


Figura 6.4

La spesa procapite per la salute mentale per AUSL - Fonte: elaborazioni del Modello ministeriale dei livelli di assistenza (LA) per popolazione residente - Settore Finanza, contabilità e controllo



L'aumento della spesa totale determina un leggero incremento della spesa procapite che passa da 67,96 € nel 2009 a 68,92 € nel 2010.

La distribuzione della spesa procapite non è uniforme tra le Aziende sanitarie toscane.

L'andamento della spesa per i Servizi di salute mentale sul totale della spesa sanitaria regionale presenta, dal 2007, delle oscillazioni, risultando, nel 2010 pari al 3,51% (tabella 6.2).

Tabella 6.2

Spesa per la salute mentale come percentuale della spesa sanitaria totale per AUSL - anni 2007-2010 - Fonte: elaborazioni del Modello ministeriale dei livelli di assistenza (LA) per popolazione residente Fonte: Settore Finanza, contabilità e controllo

AUSL	2007	2008	2009	2010
Massa-Carrara	3,62	3,23	4,03	4,43
Lucca	3,33	3,09	4,42	4,40
Pistoia	3,27	3,24	3,29	3,24
Prato	3,12	3,09	4,42	3,90
Pisa	4,94	5,00	5,13	5,03
Livorno	4,45	4,40	4,88	4,47
Siena	3,90	4,09	4,12	3,96
Arezzo	3,48	3,68	3,55	3,44
Grosseto	3,91	3,98	2,57	2,70
Firenze	4,28	2,52	3,47	3,50
Empoli	4,14	3,96	4,33	3,92
Viareggio	4,17	4,59	4,86	3,90
Toscana	3,66	3,31	3,61	3,51

I precedenti numeri della collana dei *Documenti ARS*

- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SApErE - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SApErE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 32) *Progetto SAPerE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia

- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiocirurgia in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)
Osservatorio di Epidemiologia

- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 7) *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiocirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Osservatorio di Epidemiologia

