



Il disagio mentale - un problema da arginare

Il disagio mentale è un problema che sta acquisendo sempre maggiore rilevanza a livello mondiale, tanto che le Nazioni Unite (NU) lo hanno inserito nella “Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile” come uno degli *Sustainable Development Goals* da raggiungere entro il 2030. La sfida che i Paesi membri delle NU si sono fissati è quella di garantire ai propri cittadini una vita sana, anche attraverso azioni mirate alla promozione della salute mentale.

La salute mentale è un costrutto teorico assai complesso che si compone di numerose dimensioni, per questo è difficile misurarlo e descriverlo. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità”.

La salute mentale influisce sulla capacità di un individuo di condurre una vita soddisfacente, inclusa la capacità di formare e mantenere relazioni, di studiare, lavorare o perseguire interessi per il tempo libero, di prendere decisioni sui diversi aspetti della vita e di fare scelte nel quotidiano. La presenza di disturbi nella sfera della salute mentale di una persona può influire negativamente determinando non solo un livello di funzionamento personale più limitato, ma anche la perdita del benessere della famiglia in cui vive. D’altra parte il benessere mentale/psicologico è influenzato non solo dalle caratteristiche individuali, ma anche dalle circostanze socio-economiche e dall’ambiente in cui vivono le persone. In altre parole, esso riflette l’equilibrio tra un individuo e il suo ambiente e i fattori principali sono di natura biologici/genetici (eventi infantili, traumi recenti etc.), connessi alle interazioni sociali (rapporti familiari, rapporti di lavoro etc.), legati alle strutture sociali e alle risorse (i modelli di *welfare* e le forme di sostegno) e di natura valoriale e culturale (lo stigma, i conflitti multiculturali etc.)¹.

La depressione rappresenta il problema di salute mentale più diffuso nella popolazione che causa un notevole impatto sulla qualità della vita e sullo svolgimento delle normali attività quotidiane (lavoro, studio, relazioni sociali etc.). Nei casi più gravi si manifesta con intensi stati di insoddisfazione e tristezza, perdita di interesse nelle comuni attività quotidiane, con ricadute fisiche talvolta anche gravi sull’appetito, sul sonno e sulla capacità di concentrazione. Si tratta di una condizione frutto di una complessa interazione di fattori genetici, biologici, familiari e sociali. Eventi stressanti, quali la perdita del lavoro, un lutto o altro trauma psicologico importante, aumentano il rischio di depressione; viceversa, l’insorgere del disturbo depressivo può aumentare il rischio di perdita del lavoro e di isolamento sociale contribuendo ad aggravare il quadro sintomatologico.

¹Korkelia, JA, Lehtinen, V, Bijl, RV, Dalgard, OS, Kovess, V, Morgan, A and Salize, HJ (2003) Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health*, 31: 1-8.

L'OMS stima che i disturbi depressivi colpiscono oltre 300 milioni di persone nel mondo. La depressione rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (circa l'11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne.

In Italia, secondo i dati più recenti disponibili², 2,8 milioni, il 5,6% della popolazione di età >15 anni, presenta sintomi depressivi, dei quali 1,3 milioni con sintomi del disturbo depressivo maggiore³ (cfr. Tabella 1).

Tale tipologia di disagio aumenta con l'età; infatti, la prevalenza è pari al 2,2% nella fascia di età 15-44 anni e sale al 19,5% tra gli ultra 75enni. Inoltre, presenta significative differenze di genere a svantaggio delle donne, in particolare tra le *over 75* anni dove quasi una donna su quattro soffre di sintomi depressivi (23,0%) a fronte del 14,2% tra gli uomini. Dai dati pubblicati dal Ministero della Salute, le donne con disturbo depressivo sono quasi il doppio degli uomini anche tra gli utenti dei servizi specialistici per la salute mentale (con un tasso di 28,0 per 10.000 abitanti negli uomini vs 47,0 per 10.000 nelle donne)⁴.

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

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

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

n.d. = non disponibile.

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

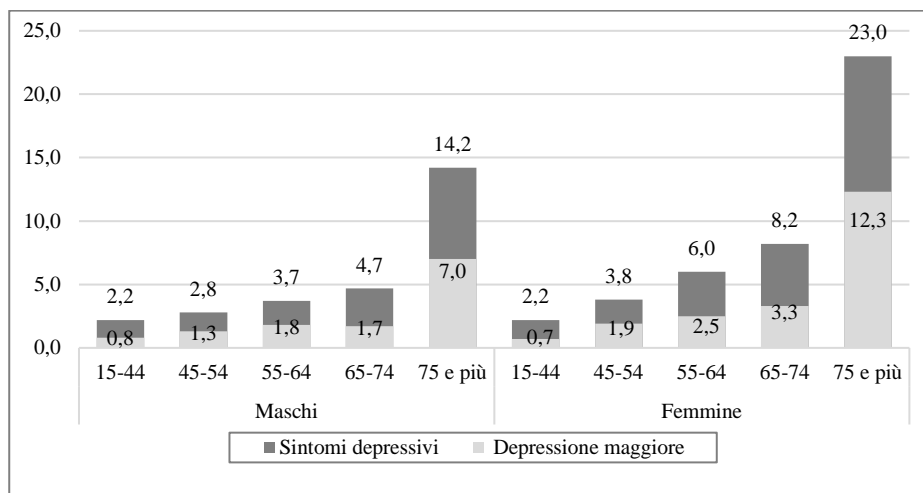
²Istat (2015) Indagine European Health Interview Survey.

³La metodologia utilizzata nell'indagine dell'Istat-EHIS si basa su un set di 8 quesiti (*Patient health questionnaire. Depression scale*). E' uno strumento psicometrico che si basa sulla presenza di una serie di sintomi e la loro frequenza nelle ultime due settimane. Tali quesiti vengono sintetizzati con un indicatore a 3 livelli: depressione maggiore, altri sintomi depressivi, nessun sintomo depressivo.

⁴Di Cesare M., Di Fiandra T., Di Minco L., La Sala L., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2016. Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2731_allegato.pdf.

I sintomi depressivi più gravi ascrivibili alla depressione maggiore sono particolarmente elevati nella fascia di età più anziana, sopra i 75 anni, nella quale la prevalenza si attesta al 10,2%, (7,0% uomini e 12,3% donne) (cfr. Grafico 1).

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



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

I disturbi depressivi sono più frequentemente presenti tra i residenti nelle regioni centrali e meridionali, in particolare in Umbria (9,5%) e Sardegna (7,3%), significativamente superiori ai dati del Trentino-Alto Adige (2,8%) e della Lombardia (4,3%).

La depressione ha una significativa connotazione sociale⁵; infatti, tra coloro che hanno più di 35 anni e un basso livello di istruzione le prevalenze di questi disturbi è quasi il doppio di quella osservata tra i coetanei con titoli di studio elevato. In particolare, si attesta, rispettivamente, al 3,4% vs 7,5% per gli adulti della fascia di età 35-64 anni e al 6,3% vs 16,6% tra gli anziani. I divari sono significativi anche rispetto alle condizioni economiche; infatti, la prevalenza tra i soggetti adulti appartenenti ai due quinti di reddito più bassi mostrano prevalenze del disturbo quasi doppie rispetto ai coetanei appartenenti ai due quinti più alti, mentre il divario si attenua leggermente nelle classi di popolazione anziana. I divari territoriali osservati permangono anche a parità di livello di istruzione e condizione economica, a conferma dello svantaggio delle regioni del Centro-Sud ed Isole rispetto alle aree del Nord.

Depressione e ansia hanno forti ripercussioni sulla qualità della vita, come testimonia il fatto che il 25,4% delle persone adulte affette da questi problemi soffre di limitazioni importanti nello svolgimento delle attività quotidiane. I disturbi che impattano di più sono il calo di concentrazione (57,4%) e la minore resa (57,7%).

Un altro fattore che caratterizza le persone affette da depressione o ansia cronica grave è la tendenza verso comportamenti poco salubri o a rischio per la salute; infatti, il 28,3% di queste persone fuma abitualmente, quota che scende al 20,6% tra coloro che non presentano tale patologia. Inoltre, si riscontra un rischio più elevato di lesioni in incidenti domestici: il 4,1% tra coloro che soffrono di un disturbo depressivo vs l'1,1% osservato nel resto della popolazione.

La condizione di inattività risulta associata alla presenza di disturbi di depressione o ansia cronica grave; infatti, la quota che soffre di tali disturbi si attesta al 10,8% tra gli inattivi e all'8,9% tra i disoccupati, mentre è significativamente più bassa, il 3,5%, tra gli occupati. Differenze che si riscontrano anche sulla presenza al

⁵Istat, La salute mentale nelle varie fasi della vita, comunicato stampa 25 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.

lavoro; nel 2015 il 48,6% degli occupati affetti da questo tipo di disturbi ha fatto almeno 1 giorno di assenza, il 18,7% in più del resto della popolazione. Tra gli occupati con depressione o ansia cronica grave il numero medio di giorni di assenza dal lavoro è più che triplo (18 giorni) rispetto al totale degli occupati (5 giorni).

Il disagio mentale, nelle sue diverse forme e gravità, assorbe una quota rilevante di assistenza e cure, sotto forma di consumo di farmaci e di ricoveri in strutture ospedaliere o in quelle residenziali e semi residenziali di carattere socio-sanitario e socio-assistenziale.

Il trend relativo al volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi prescritti da professionisti afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha fatto rilevare un costante incremento nel periodo 2007-2010, una fase di stabilità negli anni 2011-2012 e un nuovo aumento negli ultimi 5 anni (da 39,0 DDD/1.000 ab die del 2013 a 40,4 DDD/1.000 ab die del 2017). I consumi più elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2017) si sono registrati in Toscana, Liguria, PA di Bolzano e Umbria (rispettivamente, 61,5; 54,2; 53,6 e 52,5 DDD/1.000 ab die), mentre le regioni meridionali, con l'eccezione della Sardegna, presentano valori di consumo molto più bassi del valore nazionale (nello specifico: Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Molise). In generale, vi è una elevata variabilità nel ricorso a farmaci antidepressivi tra le diverse regioni; infatti, il valore della Campania è di circa il 50% inferiore a quello della Toscana (cfr. Tabella 2).

Tabella 2 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2007-2017

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

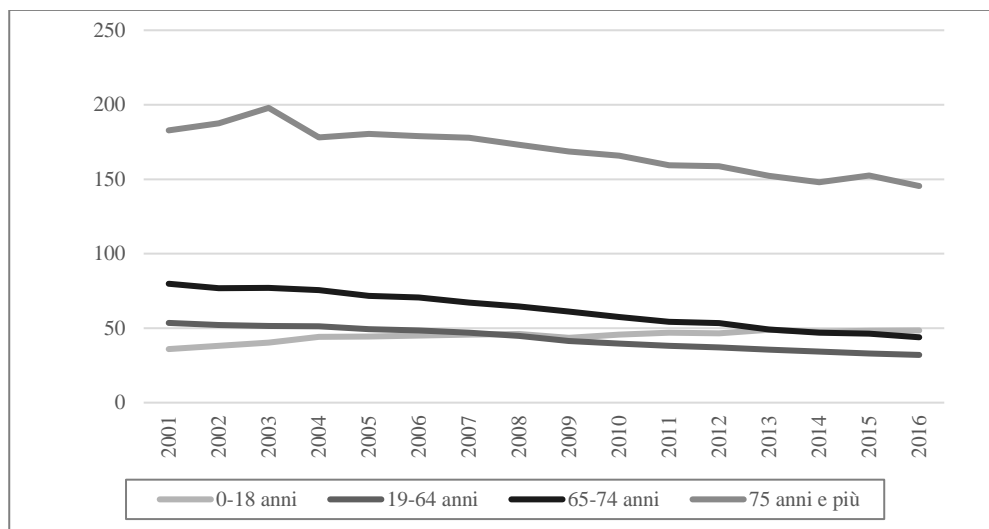
Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2018.

Il trend nazionale in costante ascesa del consumo di farmaci negli ultimi anni può attribuirsi a un diverso approccio culturale e ad una crescente sensibilità della società nei confronti della patologia depressiva, come una maggiore attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia e l'arrivo sul mercato farmaceutico di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), con conseguente riduzione di una cosiddetta "stigmatizzazione" che caratterizzava tali patologie. Una ulteriore causa di aumento del consumo di farmaci antidepressivi può essere l'impiego sempre più cospicuo di tali farmaci come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative.

Il disagio mentale nelle sue forme più gravi e in fase acuta viene preso in carico nelle strutture ospedaliere; si tratta di ricoveri con una diagnosi di dimissione, primaria o secondaria, per disturbo psichico (codici ICD-9-

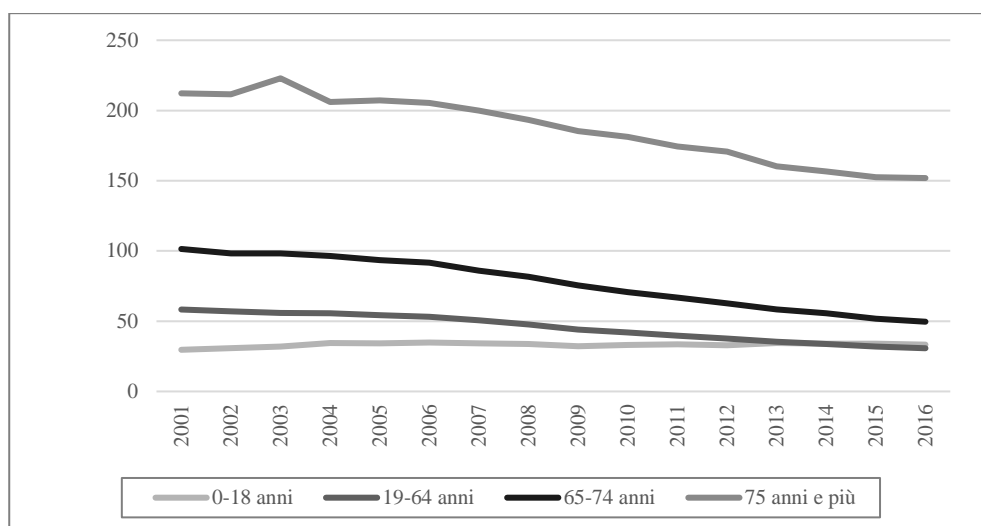
CM: 290-319). Il trend osservato nel periodo 2001-2016 del tasso standardizzato totale di dimissione per disturbo psichico mostra una continua flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (47 per 10.000) nell'ultimo anno di rilevazione (cfr. Grafico 2, Grafico 3). L'ospedalizzazione più elevata si riscontra nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Liguria e Sardegna, sia per gli uomini che per le donne e per tutte le fasce di età. La classe di età in cui le dimissioni ospedaliere sono risultate più frequenti è quella dei soggetti di età ≥ 75 anni (cfr. Tabella 3, Tabella 4).

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



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

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



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

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2016

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	20,60	33,35	48,29	146,37	44,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,57	43,79	71,13	319,77	70,00
Lombardia	20,84	27,89	33,22	115,34	36,24
Bolzano-Bozen	47,84	54,36	78,39	201,60	70,86
Trento	18,15	23,25	42,66	208,85	44,05
Veneto	15,34	25,21	38,46	182,47	41,17
Friuli Venezia Giulia	30,06	25,69	49,18	191,88	45,93
Liguria	70,93	51,31	69,19	203,25	72,89
Emilia-Romagna	22,72	31,98	50,63	236,04	53,56
Toscana	56,41	32,17	42,60	159,62	51,09
Umbria	40,24	28,21	55,35	187,50	50,19
Marche	47,78	40,21	44,34	130,20	51,68
Lazio	117,96	32,28	42,01	119,87	58,38
Abruzzo	112,8	39,35	49,09	125,73	63,05
Molise	47,52	36,80	67,47	145,40	54,13
Campania	53,94	24,81	34,55	84,15	37,56
Puglia	55,13	37,36	49,86	130,78	52,04
Basilicata	43,61	31,54	43,26	127,97	45,60
Calabria	44,43	30,91	44,68	115,01	43,93
Sicilia	63,77	37,72	43,05	92,55	49,22
Sardegna	77,51	41,67	57,32	203,53	66,56
Italia	48,39	32,04	43,88	145,43	48,26

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

Tabella 4 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2016

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

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

La dinamica temporale osservata si inserisce all'interno di un quadro di riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, ma sembrerebbe dimostrare come alcuni cambiamenti verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della presa in carico di pazienti con problematiche di salute mentale stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati⁶. Fattori chiave di questa riorganizzazione sono sia il potenziamento della rete territoriale che il coinvolgimento dei principali *setting* di vita dei pazienti (domicilio, scuola e luoghi di lavoro) nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi.

Le persone affette da depressione e ansia cronica grave fanno ricorso più frequentemente alle cure dei MMG e degli specialisti; infatti, durante l'anno, oltre il 93% si rivolge almeno una volta al MMG vs circa l'86% degli altri malati cronici; si rivolge allo specialista circa il 75,2% delle persone con depressione e ansia grave vs il 64,2% delle persone con altre patologie croniche.

Ogni anno circa 800 mila utenti si rivolgono ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), assistiti negli ambulatori o nelle strutture residenziale o semi residenziale. Le patologie prevalenti degli utenti che si rivolgono ai DSM tra gli uomini adulti sono la schizofrenia e altre psicosi funzionali, con percentuali che variano da 22,6% nella fascia di età 18-24 anni a 34,6% nella classe di età 35-44 anni, tra gli anziani diventa più rilevante la depressione (30-31%), mentre tra gli ultra 75enni le demenze e i disturbi mentali organici (30,2%). Tra le donne di età 18-34 anni la prima causa di trattamento psichiatrico nei DSM è dovuta alle sindromi nevrotiche e somatoformi (26,2% fascia di età 18-24 anni, 25,7% classe di età 25-34 anni), nelle classi più anziane

⁶DPR 07,04,1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.

diventano più rilevanti i trattamenti per depressione (28,2% fascia di età 35-44 anni, 40,0% classe di età 65-74 anni) e dopo i 74 anni assume importanza il trattamento delle demenze e disturbi mentali organici (28,1%).

Il SSN assiste le persone con problemi psichiatrici oltre che nelle strutture ospedaliere anche a livello territoriale, in particolare destina a questa tipologia di utenza circa 15.000 posti letto con assistenza semi-residenziale e 34.000 in strutture residenziali. I pazienti assistiti, nel 2017, sono stati 33.6000 con degenze semi-residenziali e 34.000 in strutture residenziali. Per questa tipologia di assistenza si riscontrano forti differenziali territoriali; vengono, infatti, presi in carico 135 utenti ogni 100.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia e 10,2 utenti ogni 100.000 abitanti in Campania. In generale, le regioni del Centro-Nord hanno mediamente un livello più elevato di presa in carico (cfr. Tabella 5).

Tabella 5 - Posti letto (valori assoluti), utenti (valori assoluti e per 100.000) e giornate per utente (valori assoluti) nelle strutture sanitarie per l'assistenza psichiatrica - Anno 2017

Regione	Strutture semi-residenziali			Strutture residenziali			
	Posti letto	Utenti	Giornate per utente	Posti letto	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti
Piemonte	1.683	2.881	54	2.459	2.572	284	58,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31	112	32	176	134	216	106,2
Lombardia	2.582	7.196	75	4.162	6.495	217	64,7
Bolzano-Bozen	66	245	64	137	242	162	45,9
Trento	92	226	35	134	180	179	33,3
Veneto	1.638	3.820	69	2.021	2.371	263	48,3
Friuli Venezia Giulia	622	1.928	47	416	1.651	67	135,8
Liguria	346	924	71	1.310	1.502	272	96,5
Emilia-Romagna	751	2.146	54	2.063	4.612	128	103,6
Toscana	1.277	2.234	61	988	1.022	235	27,3
Umbria	359	696	104	606	807	227	91,2
Marche	321	588	112	793	1.080	224	70,5
Lazio	1.688	2.900	69	2.179	4.844	141	82,1
Abruzzo	326	449	106	507	648	270	49,3
Molise	54	74	254	138	163	300	52,8
Campania	830	2.377	63	574	592	291	10,2
Puglia	990	1.303	178	1.522	1.791	282	44,2
Basilicata	79	336	33	297	329	298	58,0
Calabria	137	486	26	378	376	328	19,1
Sicilia	809	2.043	46	1.552	2.068	251	41,1
Sardegna	240	594	62	459	467	258	28,3
Italia	14.921	33.558	70	22.871	33.946	209	56,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2019.

Nel 2016, secondo le stime pubblicate dal Ministero della Salute, la spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria territoriale psichiatrica ammonta a 3,6 miliardi di €, con una incidenza sulla spesa sanitaria pubblica totale pari al 3,2%. In termini pro capite, si sono spesi in media 71€ per ogni residente di età >18 anni, la regione che alloca la quota più bassa di risorse per questa funzione è la Basilicata, con l'1,9% del totale della spesa, pari a 42€ pro capite, mentre la PA di Trento è quella che destina la quota più elevata, il 6,3%, pari a 145€ pro capite. La spesa sostenuta per l'assistenza psichiatrica è assorbita per il 47,9% dalle prestazioni

ambulatoriali e domiciliari, il 39,0% dall'assistenza residenziale e il restante 13,1% da quella semi-residenziale.

L'assistenza alle persone con disagio mentale viene spesso erogata in strutture di carattere residenziale con una tipologia di assistenza che integra la componente sanitaria con quella di natura prevalentemente sociale. L'offerta in queste strutture è di circa 16.000 posti letto, pari a 26,8 ogni 100.000 abitanti, molto più alta nel Nord-Ovest, dove si attesta a 42,1 ogni 100.000 abitanti, e molto bassa nel Meridione con 10,3 ogni 100.000 abitanti. Il livello di assistenza strettamente sanitaria erogata in queste strutture è medio alta per circa i due terzi dei posti letto, mentre solo un terzo è di carattere prevalentemente socio-assistenziale (cfr. Tabella 6).

Tabella 6 - Posti letto (valori per 100.000) per persone affette da patologie psichiatriche nelle unità di servizio dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per regione - Situazione al 31 dicembre 2015

Regione	Posti letto
Piemonte	41,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	119,4
Liguria	84,1
Lombardia	34,8
Trentino-Alto Adige/Südtirol	75,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>17,3</i>
<i>Trento</i>	<i>131,0</i>
Veneto	16,1
Friuli-Venezia Giulia	49,2
Emilia-Romagna	9,0
Toscana	25,0
Umbria	24,3
Marche	49,7
Lazio	26,9
Abruzzo	8,4
Molise	18,4
Campania	7,5
Puglia	6,9
Basilicata	57,5
Calabria	11,5
Sicilia	23,0
Sardegna	44,5
<i>Nord-Ovest</i>	<i>42,1</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>22,2</i>
<i>Centro</i>	<i>29,0</i>
<i>Sud</i>	<i>10,3</i>
<i>Isole</i>	<i>28,3</i>
Italia	26,8

Fonte dei dati: Istat. Anno 2019.

I dati di mortalità mostrano un significativo incremento di alcune forme del disagio mentale; infatti, dal 2003 al 2016 i decessi per demenza sono passati da 7.739 a 19.844, fenomeno non correlato solo all'invecchiamento della popolazione visto che il tasso standardizzato passa 1,57 a 2,6 per 10.000 abitanti. Un altro aumento si riscontra per quelle cause di morte codificate sulla base della *European short list* come "altri disturbi mentali e comportamentali", questi decessi sono passati, nello stesso periodo considerato, da 890 a 1.313 e il tasso standardizzato da 0,16 a 0,19 per 10.000 abitanti. Infine, un'altra patologia legata ai disturbi neurologici, l'Alzheimer, mostra un preoccupante trend di crescita, poiché è stata la causa di 6.902

decessi nel 2003 e di 11.465 nel 2016, con un tasso standardizzato che è passato da 1,27 a 1,49 per 10.000a abitanti (cfr. Tabella 7).

Tabella 7 - Mortalità (valori assoluti, quoziente di mortalità e tasso standardizzato per 10.000) per demenza, altri disturbi psichici e comportamentali e Malattia di Alzheimer (Causa iniziale di morte - European Short List) - Anni 2003-2016

Anno	Morti			Quoziente di mortalità			Tasso std di mortalità		
	Demenza	Altri disturbi psichici e comportamentali	Malattia di Alzheimer	Demenza	Altri disturbi psichici e comportamentali	Malattia di Alzheimer	Demenza	Altri disturbi psichici e comportamentali	Malattia di Alzheimer
2003	7.739	890	6.902	1,35	0,16	1,20	1,57	0,16	1,27
2004	6.346	796	5.815	1,10	0,14	1,01	1,27	0,15	1,05
2005	7.178	868	6.551	1,24	0,15	1,13	1,39	0,15	1,16
2006	7.305	905	7.281	1,26	0,16	1,25	1,35	0,16	1,25
2007	7.908	919	8.328	1,35	0,16	1,43	1,43	0,16	1,39
2008	12.571	926	9.006	2,14	0,16	1,53	2,22	0,15	1,47
2009	13.287	1.008	9.397	2,25	0,17	1,59	2,26	0,16	1,48
2010	13.258	1.033	9.526	2,24	0,17	1,61	2,18	0,16	1,47
2011	14.495	1.082	10.108	2,44	0,18	1,70	2,26	0,17	1,51
2012	15.701	1.254	10.823	2,64	0,21	1,82	2,34	0,19	1,57
2013	15.790	1.231	10.360	2,62	0,20	1,72	2,28	0,18	1,45
2014	16.002	1.241	10.559	2,63	0,20	1,74	2,24	0,18	1,44
2015	19.551	1.468	12.117	3,22	0,24	2,00	2,64	0,21	1,61
2016	19.844	1.313	11.465	3,27	0,22	1,89	2,60	0,19	1,49

Fonte dei dati: I.stat. Anno 2019.

Quelli descritti sono trend preoccupanti, poiché sono un segnale che il disagio mentale ha una forte rilevanza nella popolazione, una delle sue manifestazioni più gravi è rappresentata dal suicidio. Il suicidio è il gesto estremo di una persona con un problema connesso alla presenza di un disturbo psichiatrico, una forte depressione o all'abuso di sostanze. Nel biennio 2014-2015, il tasso grezzo annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,58 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati. In termini assoluti, tra i residenti in Italia nel biennio considerato si sono tolte la vita 7.941 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,0%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,61 per 100.000 uomini e a 3,18 per 100.000 donne (cfr. Tabella 8).

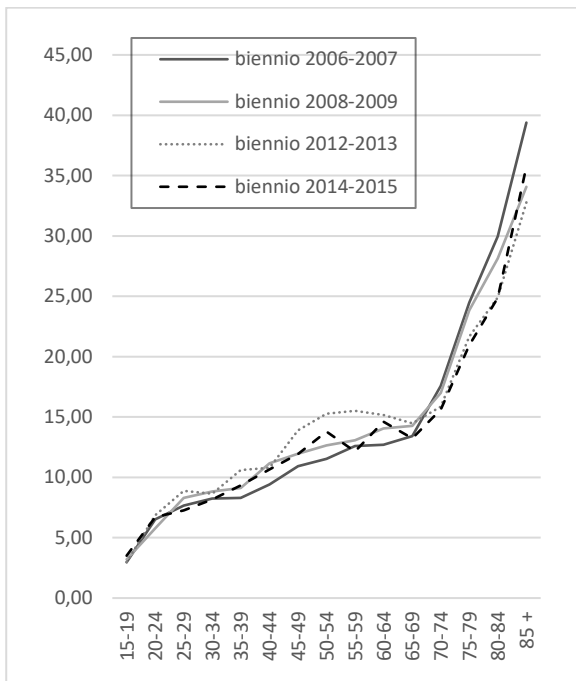
Tabella 8 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2014-2015

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

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

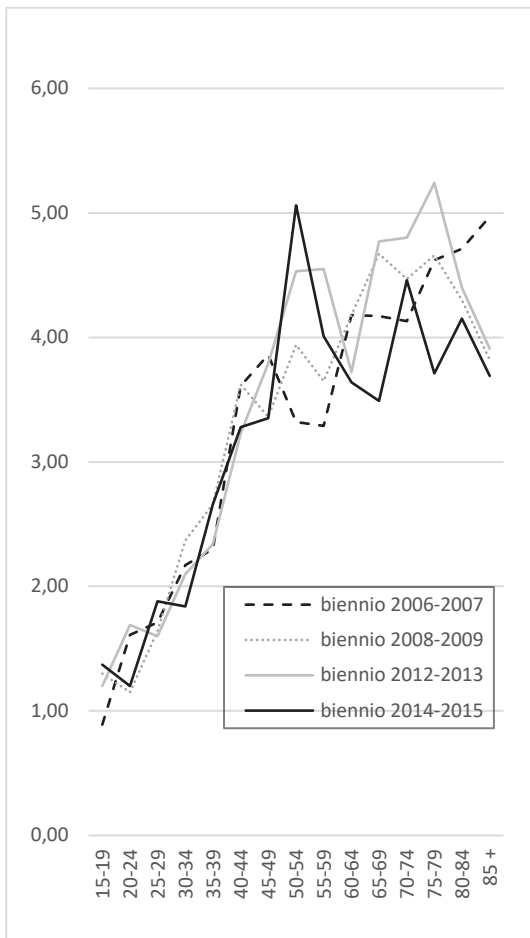
Tra gli uomini il tasso aumenta costantemente fino alla classe di età 60-64 anni dove raggiunge un valore di circa 13/14 casi ogni 100.000 abitanti; a partire dai 65 anni di età l'aumento diventa esponenziale e il tasso raggiunge un massimo di circa 36 casi ogni 100.000 abitanti tra gli ultra 85enni.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

Grafico 4 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre. Maschi - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2012-2013, 2014-2015



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

Grafico 5 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre. Femmine - Anni 2006-2007, 2008-2009, 2012-2013, 2014-2015



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

Il disagio mentale, in tutte le sue forme e manifestazioni, ha assunto un significativo rilievo nella società, anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Il SSN ha di fronte una nuova sfida con la quale misurarsi e tra le possibili strategie di intervento sicuramente va annoverato il rafforzamento dell'assistenza primaria e dei rapporti ospedale-territorio. Sarà necessaria anche una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali, insieme ad una migliore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti, riducendo i troppi letti in residenze e comunità (diventate in gran parte cronicari), spostando i fondi verso i servizi di comunità (sostegno all'abitare, piccoli gruppi di convivenza etc.) e aiutando le persone a restare nel proprio ambiente di vita.

Oltre alle attività di cura e assistenza, sarà importante attivare delle azioni efficaci nell'ambito della prevenzione primaria della depressione, per esempio attraverso progetti di intervento nelle scuole volti all'individuazione dei soggetti a rischio su cui effettuare un intervento precoce e attraverso un'attenzione particolare alle fasce di popolazione più anziane, che come abbiamo visto sono le più a rischio, con programmi finalizzati a incrementare l'attività fisica e ridurre l'isolamento sociale per limitare il rischio di depressione nella fase avanzata della vita.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha il contributo non condizionato di



Caring Innovation

