

Anni 2015-2017

LA SALUTE MENTALE NELLE VARIE FASI DELLA VITA

■ La depressione è il disturbo mentale più diffuso: si stima che in Italia superino i 2,8 milioni (5,4% delle persone di 15 anni e più) coloro che ne hanno sofferto nel corso del 2015 e siano 1,3 milioni (2,5%) coloro che hanno presentato i sintomi della depressione maggiore nelle due settimane precedenti l'intervista.

■ Rispetto alla media dei paesi europei, in Italia la depressione è meno diffusa tra gli adulti e tra i 15-44enni (1,7% contro 5,2% media Ue28) mentre per gli anziani lo svantaggio è di 3 punti percentuali.

■ La depressione è spesso associata con l'ansia cronica grave. Si stima che il 7% della popolazione oltre i 14 anni (3,7 milioni di persone) abbia sofferto nell'anno di disturbi ansioso-depressivi.

■ Al crescere dell'età aumenta la prevalenza dei disturbi di depressione e ansia cronica grave (dal 5,8% tra i 35-64 anni al 14,9% dopo i 65 anni). Rispetto agli uomini, lo svantaggio delle donne emerge in età adulta e si acuisce oltre i 65 anni di età.

■ I disturbi ansioso-depressivi si associano a condizioni di svantaggio sociale ed economico: rispetto ai coetanei più istruiti, raddoppiano negli adulti con basso livello di istruzione e triplicano (16,6% rispetto a 6,3%) tra gli anziani, fra i quali risultano però meno evidenti i differenziali rispetto al reddito.

■ In Italia nell'anno scolastico 2016/2017 i due terzi degli alunni con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado presenta una disabilità di tipo intellettivo (oltre 170mila alunni). Si stima che i minori con disturbi mentali dell'età evolutiva ospiti dei presidi residenziali siano 11 su 100mila minori residenti.

■ Per la salute mentale è rilevante la condizione lavorativa: inattivi e disoccupati tra i 35-64 anni riferiscono più spesso disturbi di depressione o ansia cronica grave (10,8% e 8,9%) rispetto ai coetanei occupati (3,5%). Il numero medio di giornate di assenza dal lavoro è tre volte superiore tra gli occupati se affetti da depressione o ansia (18 gg contro 5 gg nell'anno).

■ Con riferimento alle dipendenze, nel 2016 i ricoveri per diagnosi droga-correlata sono 108 ogni milione di residenti (pari a 6.575, +10% rispetto al 2015), in aumento nell'ultimo triennio soprattutto tra i giovani di 15-34 anni.

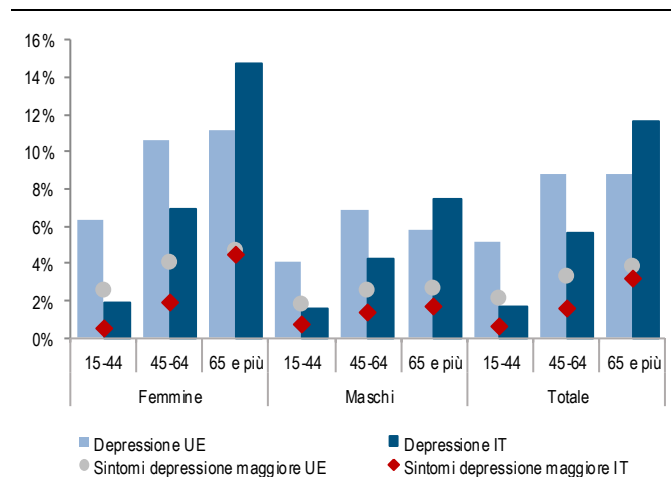
■ Con l'invecchiamento della popolazione, la malattia di Alzheimer e le demenze sono diventate patologie rilevanti per la salute pubblica. Si stima che circa il 4,7% della popolazione anziana ne sia affetta, in particolare le donne ultraottantenni (14,2%). Queste due malattie figurano tra le cause di morte in oltre 52 mila casi all'anno di decessi di anziani.

■ Il tasso di mortalità per suicidio in Italia è pari a 6 per 100mila residenti (più basso della media europea, pari a 11 per 100mila). Tale quota aumenta con l'età, passando da 0,7 nei giovanissimi (fino a 19 anni) a 10,5 negli anziani, con valori 4 volte maggiori nei maschi rispetto alle femmine. Nella classe di età tra i 20 e i 34 anni, il suicidio rappresenta una rilevante causa di morte (12% dei decessi).

■ Nel 2016 circa 800mila persone di 18 anni e più (161 per 10mila residenti) hanno ricevuto trattamenti nei servizi dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm). Tra gli uomini adulti il principale disturbo è la schizofrenia e altre psicosi funzionali; nelle donne le sindromi nevrotiche e somatoformi e, dopo i 35 anni, la depressione; tra gli anziani la depressione.

DEPRESSIONE E SINTOMI DI DEPRESSIONE MAGGIORE IN ITALIA E NELLA MEDIA UE28, PER CLASSI DI ETÀ E SESSO

(a). Anno 2015, per 100 persone di 15 anni e più



(a) Stato di depressione riferito nell'anno e sintomi di depressione maggiore rilevati nelle due settimane precedenti l'intervista

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità¹. La sua compromissione può avere un notevole impatto sul consumo di servizi sanitari ed è oggetto, più di altre patologie, di stigma sociale. Per questo motivo in ambito internazionale si richiede che i governi di ciascun paese realizzino azioni di prevenzione dei disturbi mentali e di salvaguardia e promozione della salute mentale in ogni fase della vita².

Nei limiti consentiti dalla complessità del fenomeno, il quadro informativo presentato in questo Report si basa su un'ampia varietà di fonti Istat e di quelle messe a disposizione dal Ministero della salute e dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (Miur). Ciò ha consentito di comporre un quadro epidemiologico sui principali aspetti e implicazioni dei disturbi mentali diffusi nella popolazione, inclusi gli esiti di mortalità, nonché sul ricorso e offerta di servizi sociali e sanitari, approfondendo le specificità nei diversi gruppi di popolazione distinti per età (minori, giovani, adulti, anziani o grandi anziani).

Più di 2,8 milioni le persone con disturbi depressivi

Nel 2015 in Italia oltre 2,8 milioni di persone (pari al 5,4% delle persone di 15 anni e più) riferiscono di aver sofferto di depressione nell'ultimo anno (Prospetto 1). Adottando uno strumento di rilevazione condiviso a livello europeo PHQ8³, si stima che siano oltre 1,3 milioni (2,5%) coloro che hanno sperimentato nelle due settimane precedenti l'intervista i sintomi del disturbo depressivo maggiore, cui si aggiungono 1,5 milioni (2,9%) con manifestazioni classificate come "altri sintomi depressivi"⁴. In quasi la metà dei casi (47,9%) la depressione si associa ad ansia cronica grave, disturbo che colpisce nel complesso oltre 2,2 milioni di persone di 15 anni e più (4,2%). Ammontano quindi a circa 3,7 milioni le persone (pari al 7,0% della popolazione di 15 anni e più) che riportano casi di depressione o ansia cronica grave nei 12 mesi precedenti l'intervista (questo gruppo di popolazione costituisce il collettivo di riferimento per molte delle successive analisi dell'impatto nelle attività quotidiane dei disturbi della salute mentale).

PROSPETTO 1. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CON DISTURBI DEPRESSIVI O DI ANSIA CRONICA GRAVE E SINTOMI DI DEPRESSIONE, PER CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSI DI ETÀ	MALATTIE DI LUNGA DURATA (a)			SINTOMI DI DEPRESSIONE (PHQ8) (b)	
	Depressione	Ansia cronica grave	Depressione o ansia cronica grave	Depressione maggiore	Altri sintomi depressivi
15-17	0,6	0,5	0,7	1,0	1,0
18-34	1,0	0,9	1,5	0,5	1,3
35-64	4,6	3,4	5,8	1,5	2,0
65 +	11,3	9,1	14,9	6,3	6,6
Totale	5,4	4,2	7,0	2,5	2,9
Stima totale v.a.	2.809	2.202	3.663	1.303	1.535

Fonte: Istat "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

(a) nei 12 mesi precedenti l'intervista

(b) nelle 2 settimane precedenti l'intervista

¹ Who (2013), Mental Health Action Plan 2013-2020

² La Commissione europea ha avviato nel 2013 una "Joint Action su Mental Health and Wellbeing" a cui l'Italia (Ministero della salute) ha partecipato attivamente. Ogni anno il Ministero dal 2015 presenta il rapporto sulla salute mentale fornendo un'analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (Sism)

³ Il questionario è incluso dell'Indagine europea sulla salute Ehis. Cfr. glossario alla voce PHQ8.

⁴ Cfr. glossario alla voce "Sintomi depressivi" per la definizione dei disturbi rilevati

Al crescere dell'età aumenta la prevalenza di questi disturbi, che passano dal 5,8% tra i 35-64enni al 14,9% per le persone oltre i sessantacinque anni (Prospetto 1). Le differenze di genere a svantaggio delle donne (9,1% contro 4,8% degli uomini) emergono soprattutto in età adulta e si acquiscono nella popolazione di 65 anni e più (19,2% donne contro 9,5% uomini). A livello territoriale non si osservano differenze significative tra le varie aree del Paese, sebbene al Nord le prevalenze appaiano lievemente più basse. Nel decennio compreso tra il 2005 e il 2015 la prevalenza di depressione e di ansia cronica grave è rimasta stabile nei giovani e negli adulti mentre nella popolazione anziana si è registrato un aumento dal 12,6% al 14,5% (tasso standardizzato per età).

In Italia meno depressi rispetto alla media europea, salvo per gli over65

In Italia la prevalenza della depressione nel corso dei 12 mesi riferita dalla popolazione di 15 anni e più è inferiore alla media europea (5,5% contro 7,1%) e presenta valori prossimi a quelli di Francia (5,9%) e Grecia (4,7%), ma distanti da quelli di Germania (10,6%), Regno Unito (8,9%) e Spagna (7,8%).

A parte qualche eccezione tra i paesi del Nord Europa e tra quelli scandinavi, nella maggior parte dei paesi e in tutti quelli dell'area mediterranea la propensione a riferire il disturbo nei 12 mesi aumenta tra gli anziani con più di 65 anni di età. Tuttavia, tale aumento risulta per lo più contenuto nella maggior parte dei paesi europei, mentre in Italia il suo valore all'incirca raddoppia rispetto alla media arrivando all'11,6% (l'incremento è di 1,7 punti percentuali nell'Ue). Tra gli anziani prevalenze più elevate si osservano solo in Portogallo (18,9%) e Spagna (13,7%) dove, tuttavia, si rilevano valori nettamente più elevati della media già a partire dai 45 anni di età.

Prendendo in considerazione i sintomi della depressione maggiore riferiti alle ultime due settimane precedenti l'intervista, la prevalenza si attesta sul valore di 1,6% in Italia a fronte del 2,9% nell'Ue per le persone di 15 e più. In tutti i paesi europei si conferma il divario di genere a svantaggio delle donne.

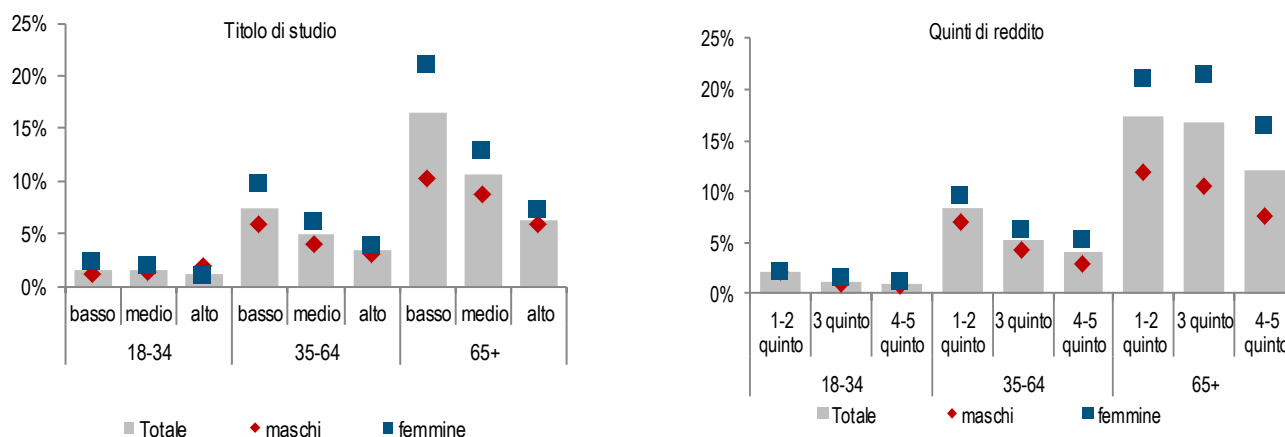
Più depressi tra i meno istruiti

Al di là dei differenziali di genere che ad ogni età sono a svantaggio delle donne, tra i fattori associati alla depressione e all'ansia cronica grave emergono anche i determinanti socio-economici. In particolare, per gli adulti di 35-64 anni e gli anziani con basso livello di istruzione le prevalenze di questi disturbi all'incirca raddoppiano rispetto ai coetanei con maggiori credenziali formative (rispettivamente 3,4% contro 7,5% per gli adulti e 6,3% contro 16,6% per gli anziani) (Figura 1). Inoltre, sono soprattutto i soggetti adulti appartenenti ai due quinti di reddito più svantaggiati della popolazione che mostrano prevalenze del disturbo quasi doppie rispetto ai coetanei appartenenti ai due quinti più alti (4% contro 8,3%). Il divario si attenua leggermente nelle classi di popolazione anziana (12% contro 17,3%).

Per tener conto della molteplicità di determinanti associati all'insorgenza dei disturbi ansiosi o depressivi si è fatto ricorso a modelli di analisi multidimensionale, in cui il rischio di depressione o ansia cronica grave (variabile di risposta) è stato analizzato distintamente nei giovani di 18-34 anni, negli adulti di 35-64 e negli anziani di 65anni e più con riferimento ad una serie di variabili socio-demografiche esplicative. Si è visto così che l'essere affetti da limitazioni nelle attività quotidiane si configura come fattore principale che contribuisce ad incrementare più di 8 volte il rischio di riferire disturbi di depressione o ansia cronica grave nei giovani e negli adulti e di 5 volte negli anziani.

A parità delle componenti socio-demografiche (età, sesso, titolo di studio, quinti di reddito) emerge inoltre che la percezione di una debole rete di sostegno sociale comporta un aumento di quattro volte del rischio tra i giovani seguita dalla rottura di un rapporto relazionale ritenuto importante, dall'esclusione dal mondo del lavoro e dalla percezione di dolore fisico grave o moderato. Anche per gli adulti il secondo fattore di rischio è collegato alla percezione di una debole o inadeguata rete di supporto, cui fanno seguito la presenza di malattie croniche, i problemi relazionali familiari o di coppia e la mancanza di occupazione lavorativa. Tra gli anziani, il basso titolo di studio e ogni tipologia di evento doloroso si configurano come fattori di rischio significativi.

FIGURA 1. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON DEPRESSIONE E ANSIA CRONICA GRAVE NEI DODICI MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER SESSO, CLASSE DI ETÀ, TITOLO DI STUDIO E QUINTI DI REDDITO FAMILIARE. Anno 2015, per cento persone con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

I disturbi di ansia e depressione sono associati a peggiori condizioni di salute percepita sia fisica che mentale, come emerge dalle importanti riduzioni dei valori degli indici di stato fisico (PCS) e di stato psicologico (MCS)⁵ a tutte le età e in ambo i sessi.

In caso di depressione o ansia cronica grave, nei più giovani si osserva una maggiore riduzione dell'indice di stato psicologico (MCS=-19,4 nei 15-17 anni contro -15,2), mentre la riduzione è minore per l'indice di stato fisico (Prospetto 2). Sono in particolare le giovani donne quelle per cui si nota una caduta più importante dell'indice di stato psicologico (-23,2), mentre tra gli uomini la variazione negativa di questo indice si fa più evidente in età adulta (-17,1).

PROSPETTO 2. INDICE DI STATO FISICO (PCS) E INDICE DI STATO PSICOLOGICO (MCS) DELLE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE HANNO DICHIARATO MALATTIE CRONICHE PER CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, differenze nei punteggi medi*

CLASSI DI ETÀ	PRESENZA DI DEPRESSIONE E ANSIA CRONICA GRAVE(*)		MALATTIE CRONICHE DIVERSE DA DEPRESSIONE E ANSIA	
	Indice di stato fisico (PCS)	Indice di stato psicologico (MCS)	Indice di stato fisico (PCS)	Indice di stato psicologico (MCS)
15-17 anni	-1,4	-19,4	-2,3	-0,9
18-34 anni	-3,8	-15,8	-2,4	-1,5
35-64 anni	-9,6	-15,4	-4,4	-1,3
65 anni e oltre	-17,2	-15,7	-9,8	-2,5
Totale	-15,1	-15,2	-7,3	-1,5

Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

*Le differenze dei punteggi medi sono calcolati rispetto alla popolazione senza alcuna malattia cronica riferita, né di tipo depressivo o ansioso né di altro tipo.

Le disabilità intellettive sono quelle più diffuse tra gli alunni con sostegno

Il Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Oms dedica particolare attenzione al tema della prevenzione e trattamento dei disturbi mentali dell'età evolutiva, una serie di disturbi legati alla presenza di patologie attinenti l'area della neuropsichiatria infantile⁶. Non vi sono purtroppo fonti a disposizione che consentano di fornire un quadro generale sulla popolazione nell'età evolutiva. Con

⁵ Cfr. Glossario alla voce "Salute percepita".

⁶ Cfr. Glossario alla voce "Neuropsichiatria infantile".

una certa approssimazione, si è fatto riferimento per i disturbi di depressione e ansia cronica grave ai soli minori di 15-17 anni rilevati con l'Indagine europea sulla salute Ehis, mentre per altre problematiche di salute mentale alla popolazione scolastica degli alunni con disagio mentale⁷ e agli ospiti con alcuni problemi di neurosviluppo presenti nei presidi residenziali⁸.

I dati delle Rilevazioni sulle scuole del Miur⁹ mostrano un lento ma costante incremento degli alunni con disabilità all'interno delle scuole italiane, soprattutto quelli con disturbi di salute mentale. Nell'anno scolastico 2016/2017 gli alunni con disabilità rappresentano circa il 3% degli alunni delle scuole di ogni ordine e grado e, in particolare, gli alunni con disabilità intellettiva, pari a due alunni con disabilità su tre, rappresentano la quota più importante.

I dati dell'indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità, condotta annualmente dall'Istat nella scuola primaria e secondaria di primo grado confermano che anche nelle scuole del primo ciclo l'insieme dei disturbi di tipo mentale è quello più frequente (73%) e maggiormente associato (56%) ad altre forme di disabilità tra gli alunni con almeno un disturbo. Alcuni disturbi sono più diffusi tra i maschi, come ad esempio i disturbi del comportamento e dell'attenzione (21% maschi e 10,1% femmine); i disturbi dello sviluppo (25,7% contro 20,4%) e quelli della sfera affettivo relazionale (17,7% e 14,0%) mentre la disabilità intellettiva è presente maggiormente tra le femmine (52,4% contro 41,9%) (Prospetto 3).

PROSPETTO 3. ALUNNI DELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO CON SOSTEGNO PER TIPO DI DISABILITÀ E SESSO. Anno scolastico 2016-2017, valori per 100 alunni con sostegno

TIPO DI DISABILITA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Disabilità sensoriali	7,2	12	8,8
Disabilità motoria	10	14,6	11,6
Disturbo specifico del linguaggio	19,1	20	19,4
Disturbo evolutivo globale dello sviluppo psicologico	25,7	20,4	23,9
Disabilità Intellettiva	41,9	52,4	45,4
Disturbi del comportamento e disturbi dell'attenzione	21	10,1	17,3
Disturbi affettivi relazionali	17,7	14	16,5
Altro tipo di disabilità	21,1	20,7	21

Fonte: Istat, Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità

L'indagine permette di descrivere gli studenti con un disturbo di salute mentale¹⁰ secondo una metodologia condivisa a livello internazionale (Icf) che, in relazione a determinate aree di funzionamento, individua l'eventuale presenza di un problema e la sua gravità¹¹.

⁷ Cfr. Nota metodologica alla voce Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità.- Istat

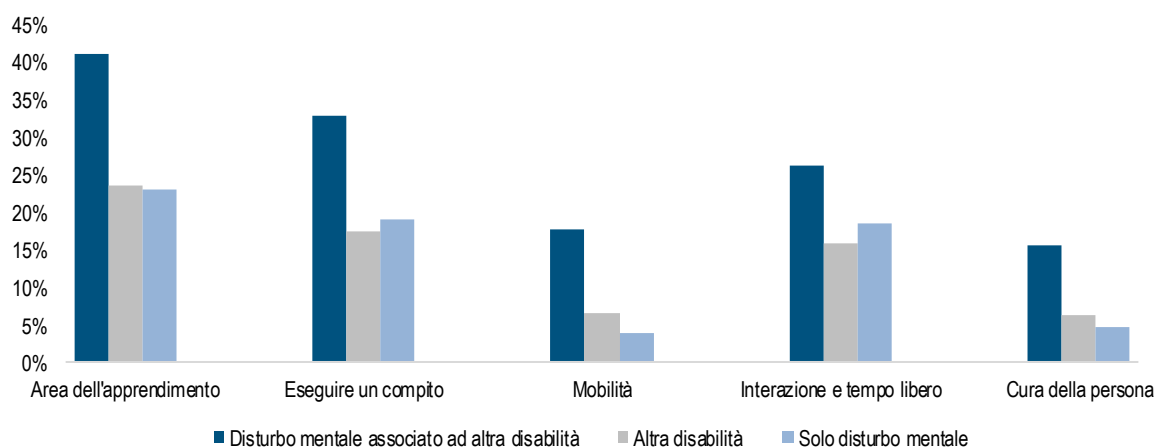
⁸ Cfr. Nota metodologica alla voce Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Istat Alcune esperienze rivolte alla prevenzione sulla salute mentale nelle scuole si riferiscono a progetti precedenti al 2010 (es. Salute mentale nelle scuole, <http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/819>; Promozione della salute mentale nelle scuole, con particolare attenzione alla prevenzione primaria della depressione, <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/scuole.asp>)

⁹ Miur - Dgcsis - Ufficio statistica e studi - Rilevazioni sulle scuole

¹⁰ Per definire l'alunno con un disturbo di salute mentale è stato considerato l'alunno che avesse almeno una tra le seguenti disabilità: Disturbo evolutivo globale dello sviluppo psicologico; Disabilità intellettiva; Disturbi del comportamento e disturbi dell'attenzione (Adhd); Disturbi affettivi relazionali. Cfr Nota metodologica "Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità, Istat".

¹¹ Cfr. Glossario alla voce "Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf)".

FIGURA 2. ALUNNI DI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO CON SOSTEGNO PER TIPO DI DISABILITÀ E AREE DI FUNZIONAMENTO ICF, CLASSIFICATI COME GRAVI. Anno scolastico 2016-2017, valori per 100 alunni con sostegno



Fonte: Istat, Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità

Gli alunni con solo disturbo di salute mentale presentano un problema grave nell'area dell'apprendimento nel 23,2% dei casi: questa percentuale raggiunge il 41,2% se al disturbo mentale si associa un'altra disabilità (Figura 2). Rispetto agli alunni con altre disabilità¹², emergono differenze nell'area dell'interazione e del tempo libero e nell'eseguire un compito. In particolare, il 18,5% di alunni con solo disturbo mentale presenta un problema grave di funzionamento nell'interazione e tempo libero e questa percentuale sale al 26,2% se al disturbo si sommano altre disabilità, mentre si attesta al 15,8% tra gli alunni con altre disabilità. In presenza di un disturbo di salute mentale isolato, nel 19% dei casi si osserva un grave problema ad eseguire un compito, contro il 17% degli alunni con altre disabilità.

In Italia sono 1.064 i bambini e ragazzi con disturbi mentali dell'età evolutiva¹³ ricoverati in strutture residenziali¹⁴, 11 per 100mila minori residenti: la quota prevalente è costituita da maschi, che rappresentano il 64% dell'intero collettivo (13 per 100mila minori maschi residenti). La presenza in strutture residenziali risulta più frequente in età adolescenziale; oltre l'83% di minori ricoverati risulta avere più di 11 anni di età.

L'offerta di posti letto in strutture residenziali che accolgono prevalentemente minori con disturbi mentali¹⁵, è caratterizzata da notevoli differenze territoriali: i livelli massimi registrati nelle regioni del Nord-est, 25 posti letto per 100mila minori residenti, si riducono considerevolmente nel Mezzogiorno, con un tasso che non supera la soglia dell'11 per centomila.

In linea con la normativa vigente¹⁶, nel nostro Paese gran parte delle residenze per minori sono di piccole dimensioni, con un numero di posti letto inferiore alle 10 unità. Tuttavia, anche in questo caso si riscontrano alcune differenze territoriali: il Mezzogiorno si caratterizza per la più alta quota di strutture di grandi dimensioni (26%) a fronte di un valore medio nazionale del 18%, di contro le regioni del Nord-est si distinguono per la più alta quota di strutture di medie-piccole dimensioni (90%) (Figura 3).

¹² Sono incluse in quest'area la capacità di intraprendere un compito singolo o articolato, eseguire la routine quotidiana, controllare il proprio comportamento.

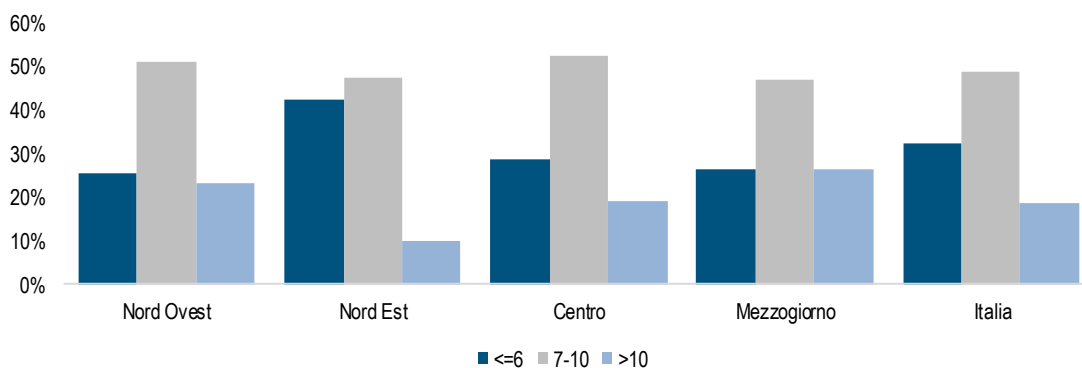
¹³ La selezione non comprende i minori con disabilità plurima (fisica, psichica, sensoriale) che rientrano nella categoria "minore con disabilità".

¹⁴ Istat - Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, 31 dicembre 2015.

¹⁵ Per il metodo di stima dell'offerta residenziale dedicata "prevalentemente" ai minori con problemi di salute mentale si rimanda alla nota metodologica.

¹⁶ Legge 28 marzo 2001, n.149 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori".

FIGURA 3. STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI CON DISTURBI MENTALI NELL'ETÀ EVOLUTIVA PER NUMERO DI POSTI LETTO E RIPARTIZIONE TERRITORIALE (a). 31 dicembre 2015, valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali, 2015

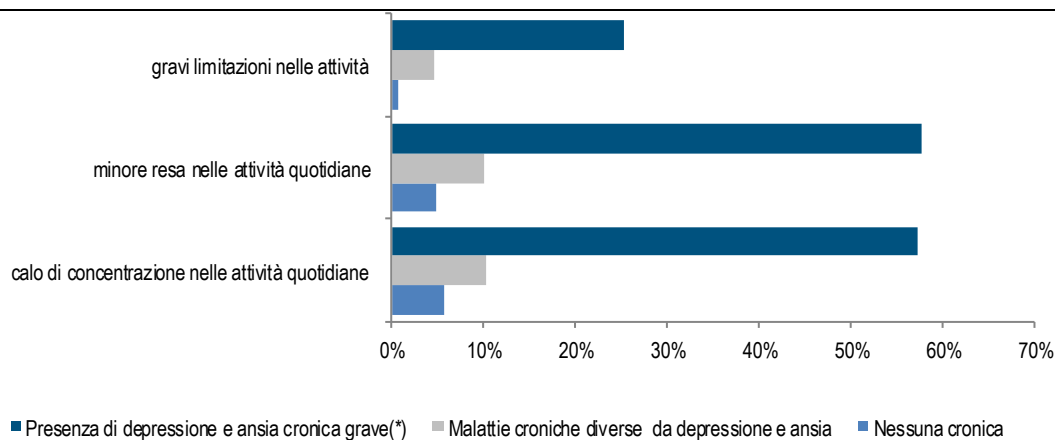
a) La selezione non comprende i minori con disabilità plurima (fisica, psichica, sensoriale) che rientrano nella categoria "minore con disabilità".

Depressione e ansia si associano a cali di concentrazione e minor resa nelle attività

Circa un quarto (25,4%) delle persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni affette da almeno un disturbo tra depressione e ansia cronica grave soffre di limitazioni importanti nello svolgimento delle attività quotidiane; questa quota scende al 4,6% in chi soffre di altre malattie diverse dall'ansia o depressione (Figura 4). Analogamente, i disturbi inerenti la salute mentale impattano di più nelle attività quotidiane in termini di calo di concentrazione (57,4%) e di minore resa (57,7%) rispetto alla presenza di altre malattie croniche diverse da depressione e ansia (rispettivamente 10,2% e 9,8%).

Nelle persone giovani e adulte che si dichiarano affette da depressione o ansia cronica grave si osserva anche una generale tendenza verso comportamenti poco salubri o a rischio per la salute. Ben oltre un quarto di quanti dichiarano di essere affetti da ansia o depressione fuma abitualmente (28,3%), contro circa un quinto (20,6%) dei coetanei che non presentano alcuna patologia cronica.

FIGURA 4. PERSONE DI 18-64 ANNI PER PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE RIFERITE E INDICATORI DI IMPATTO NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



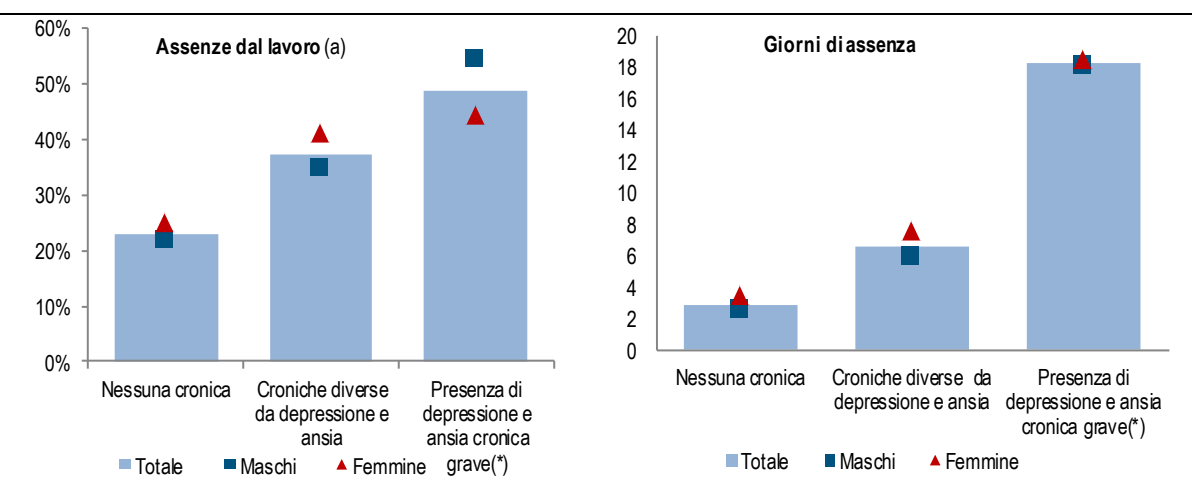
Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

*I disturbi di depressione e ansia cronica possono presentarsi anche in concomitanza ad altre malattie croniche

Sempre con riferimento alla popolazione adulta, anche la quota di coloro che hanno riportato lesioni in incidenti domestici risulta più elevata tra chi presenta almeno un disturbo tra depressione e ansia cronica grave (4,1%), rispetto a chi non presenta alcuna patologia cronica (1,1%).

Nella popolazione adulta la condizione lavorativa ha una forte rilevanza nel determinare il ruolo sociale dell'individuo. Tra i 35-64enni la condizione di inattività risulta associata alla presenza di disturbi di depressione o ansia cronica grave (10,8% se inattivi, 8,9% se disoccupati) rispetto alla popolazione occupata di pari età (3,5%).

FIGURA 5. PERSONE OCCUPATE DI 15-64 ANNI CHE PER MOTIVI DI SALUTE NEGLI ULTIMI 12 MESI HANNO DICHIARATO ASSENZE DAL LAVORO PER NUMERO MEDIO DI GIORNI DI ASSENZA E PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE. Anno 2015



Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

(a) Per 100 occupati con stesse malattie croniche

*I disturbi depressivi di depressione e ansia cronica possono presentarsi anche in concomitanza ad altre malattie croniche

Nella popolazione occupata lo stato depressivo o ansioso grave incide sfavorevolmente sulla presenza al lavoro. Nel 2015 il 48,6% degli occupati affetti da questo tipo di disturbi ha fatto almeno un giorno di assenza, il 18,7% in più del resto della popolazione (Figura 5). Tra gli occupati con depressione o ansia cronica grave il numero medio di giorni di assenza dal lavoro è più che triplo (18 gg) rispetto al totale degli occupati (5 gg).

Diminuisce la mortalità droga-correlata ma aumentano i ricoveri

Le dipendenze da droga rappresentano una manifestazione importante di disturbo della sfera mentale. Secondo le stime fornite nella relazione al Parlamento del 2017¹⁷, il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale; la percentuale aumenta al 44% considerando i giovani fra i 15 e i 34 anni. La cannabis risulta la sostanza più utilizzata e in aumento rispetto all'ultima rilevazione effettuata nel 2014.

Tra le fonti più consolidate nello studio del consumo di sostanze psicoattive e del loro impatto sulla salute rientrano le dimissioni ospedaliere e la mortalità droga-correlata. Nel 2015, in Italia si sono osservati 251 decessi droga correlati, corrispondenti a un tasso di mortalità di 4 decessi per 1 milione di abitanti. L'85,3% dei decessi riguarda maschi, il 3,6% persone di nazionalità straniera, il 21,1% persone tra i 20 e i 34 anni e il 73,3% persone fra 35 e 64 anni. Nel triennio 2013-2015 i livelli più elevati di mortalità si registrano tra i residenti delle regioni del Centro Italia. In quasi tutte le

¹⁷ Dipartimento per le politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al Parlamento 2017.

<http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita-e-progetti/pubblicazioni/relazioni-annuali-al-parlamento-sullo-stato-delle-tossicodipendenze-in-italia/>

ripartizioni la classe di età più colpita è quella tra i 35 e i 64 anni; fa eccezione il Nord-est in cui le persone più a rischio sono quelle più tra i 20 e i 34 anni (Prospetto 4). Analizzando il trend della mortalità droga-correlata negli ultimi 12 anni attraverso i tassi standardizzati di mortalità, si evidenzia una forte diminuzione del fenomeno nel tempo e in particolare tra gli uomini, sempre caratterizzati da livelli di mortalità droga-correlata più elevati (Figura 6). In un arco temporale più esteso, si osserva una progressiva diminuzione del tasso di mortalità droga-correlata a tutte le età e in particolare nei 20-34enni, più duramente colpiti all'inizio del periodo. Inoltre si osserva uno spostamento in avanti dell'età di massimo rischio: dai 25-29 anni del quinquennio 1991-1995 ai 40-49 anni del 2011-2015 (Figura 7).

PROSPETTO 4. MORTALITÀ DROGA-CORRELATA IN ITALIA PER CLASSE DI ETÀ, SESSO, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DI RESIDENZA. Anni 2013-2015, tassi grezzi e standardizzati per 1 milione di abitanti, valori assoluti.

CLASSI DI ETÀ	TRIENNIO 2013-2015						ANNO 2015				
	Nord- ovest	Nord- est	Centro	Sud	Isole	Italia			Italia		
						Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Fino a 19 anni	0,3	0,8	0,8	0,0	0,3	0,4	0,6	0,2	0,6	0,9	0,4
20-34 anni	4,4	6,9	8,9	1,6	1,9	4,7	7,9	1,3	4,6	7,5	1,6
35-64 anni	6,5	6,2	11,5	3,9	7,1	6,9	12,5	1,6	6,7	12,1	1,5
oltre 65 anni	0,5	0,8	0,4	0,1	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5
Totale (tasso grezzo per un milione di abitanti)	3,7	4,1	6,7	2,0	3,5	3,9	7,1	1,0	3,9	7,0	1,1
Tasso standardizzato (per un milione di abitanti)	3,6	4,0	6,4	1,9	3,3	3,8	6,6	1,1	3,8	6,5	1,1
Totale valori assoluti (a)	179	144	240	84	70	758	659	99	251	214	37

Fonte: Istat rilevazione sui decessi e cause di morte

(a) 41 deceduti nel triennio 2013-2015 sono residenti all'estero o hanno residenza non indicata

Dal 2013 l'andamento temporale dei tassi annuali di ospedalizzazione con diagnosi droga-correlata risulta in aumento in entrambi i sessi, in controtendenza rispetto al calo generalizzato delle dimissioni ospedaliere. Nel 2016 si è registrato un incremento del 10% rispetto all'anno precedente, che ha portato i ricoveri con diagnosi principale droga correlata ad attestarsi a 6.575, corrispondenti a 108 ogni milione di residenti, con una frequenza negli uomini quasi doppia rispetto a quella delle donne (4.283 contro 2.292). Le classi di età per le quali si è verificato l'incremento maggiore sono quelle dei giovani dai 15 ai 34 anni. Limitatamente ai ricoveri con sostanza stupefacente specificata (41,5% del totale), il 45,3% è riferibile al consumo di oppioidi, il 39,6% al consumo di cocaina, l'11,9% ai cannabinoidi e il restante 3,2% ad amfetamine o allucinogeni.

FIGURA 6. MORTALITÀ DROGA-CORRELATA PER SESSO
Anni 2003-2015, tasso standardizzato per un milione di abitanti, residenti in Italia

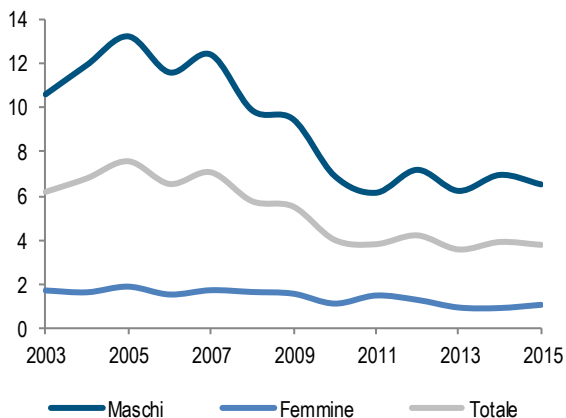
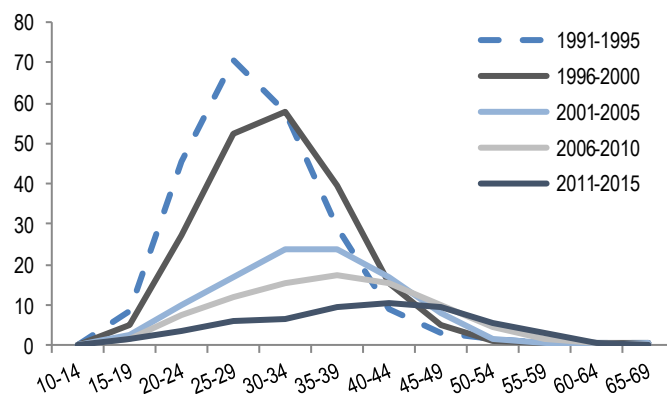


FIGURA 7. MORTALITÀ DROGA-CORRELATA PER CLASSI DI ETÀ E PERIODO. Anni 1991-2015, tassi età-specifici per un milione di abitanti, residenti in Italia

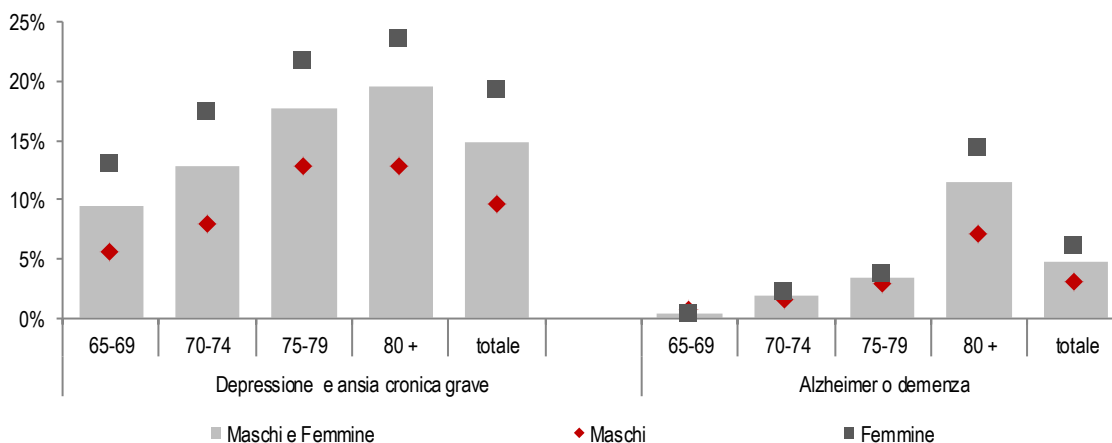


Fonte: Istat, Rilevazione sui decessi e cause di morte

Tra le donne over 80 una su 7 soffre di demenze o Alzheimer

Nella popolazione anziana i disturbi depressivi e di ansia cronica grave si presentano spesso in associazione ad altre patologie croniche, tra cui l'Alzheimer e le demenze, soprattutto nelle fasi più avanzate della vita. In particolare, circa il 15% della popolazione anziana (65 anni e più) riferisce di soffrire di depressione o ansia cronica grave. Questa quota si attesta al 19,5% tra gli ultraottantenni 23,5% tra le donne e 12,7% tra gli uomini) (Figura 8).

FIGURA 8. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON DEPRESSIONE, ANSIA CRONICA GRAVE, ALZHEIMER O DEMENZA PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone



Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

Seppure con prevalenze minori, lo stesso profilo per età e genere si osserva per l'Alzheimer e le demenze, che colpiscono il 4,7% della popolazione anziana e, in misura maggiore, le donne ultraottantenni (14,2%, rispetto al 7,1% dei coetanei uomini).

Queste patologie si distribuiscono in maniera sostanzialmente uniforme nel territorio, con l'eccezione del Nord-est dove si registra la quota più bassa di soggetti anziani sia con depressione e ansia cronica (13,3% rispetto al 16,5% del Mezzogiorno), sia con Alzheimer o demenza (3,6% contro 5,9% del Centro). Ovunque nel territorio, i soggetti colpiti risultano essere nella maggioranza

anziani con basso livello di istruzione sia per i disturbi depressivi e ansiosi (16,6% e 6,3% con titolo alto), sia per l'Alzheimer o le demenze (5,5% e 1,2%).

Soprattutto tra gli anziani, la presenza di questi disturbi è più frequentemente associata alla percezione di un cattivo stato di salute rispetto alle altre forme di cronicità (73,7% e 68,4% contro 60,7%) (Prospetto 5). Si riscontra inoltre una più frequente percezione del dolore da moderato a molto forte (57,7% e 44,4% rispetto al 38,1%). Le diverse forme di disagio mentale che sono state analizzate per gli anziani si associano con maggiore frequenza alla minore resa (66,2% e 67,6% contro 18,0%) e al calo di concentrazione (61,8% e 67,7% contro 14,5%) nelle attività quotidiane, come pure alle gravi difficoltà nella cura della persona (29,0% e 63,4% rispetto al 7,6%) e nello svolgimento delle attività domestiche (61,6% e 89,6% contro 26,5%).

Più di un anziano su 10 tra chi soffre di depressione o ansia cronica (il 12,2% di chi è malato di Alzheimer o demenza) è stato vittima negli ultimi 12 mesi di incidenti domestici, con una frequenza più che doppia rispetto ai coetanei con altre tipologie di disturbo cronico (4,4%) (Prospetto 5).

PROSPETTO 5. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE RIFERITE E PRINCIPALI INDICATORI DI IMPATTO SULLA QUALITÀ DELLA VITA. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

	CATTIVA SALUTE PERCEPITA	GRAVI DIFFICOLTÀ NELLA ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA (ADL)	GRAVI DIFFICOLTÀ NELLA ATTIVITÀ DOMESTICHE (IADL)	DOLORE DA MODERATO A INTENSO (a)	MINORE RESA NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE (a)	CALO DI CONCENTRAZIONE NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE (a)	INCIDENTI DOMESTICI (b)
Depressione o ansia cronica grave	73,7	29,0	61,6	57,7	66,2	61,8	10,9
Alzheimer o demenza	68,4	63,4	89,6	44,4	67,6	67,7	12,2
Altre malattie croniche	60,7	7,6	26,5	38,1	18,0	14,5	4,4
Nessuna malattia cronica	22,0	0,6	6,3	26,8	5,5	4,3	2,6

Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

a) Nelle 4 settimane

b) Negli ultimi 12 mesi

Si calcola che nel 2014 la malattia di Alzheimer e le demenze siano, insieme, la quinta causa di morte in Italia: erano al nono posto della graduatoria nel 2003. Il 5% di tutti i decessi è stato causato, nel 2015, da una di queste due patologie. Questa percentuale raggiunge il 7% tra gli ultraottantenni. Quasi la totalità dei decessi per demenza (19.579) si verifica oltre i 65 anni e più e raggiunge il 90% oltre gli 80. La mortalità per malattia di Alzheimer, invece, è più precoce: il 22% delle 12.134 morti è avvenuta prima del compimento dell'80esimo anno di età. Questi valori assoluti corrispondono a un tasso di mortalità (grezzo) per tutta la popolazione di 3,2 decessi per 10mila abitanti per la demenza e di 2,0 per l'Alzheimer. Per gli ultraottantenni questo indicatore assume i valori rispettivamente di 43,8 e 23,5.

Tenuto conto di eventuali differenze nella certificazione e codifica di questi decessi, in Europa la mortalità per queste due cause rappresenta il 6,6% del totale della popolazione oltre i 65 anni. Attestandosi sul 5,4%, con un tasso standardizzato di 21,6 decessi per 10mila ultrasessantacinquenni, il nostro Paese si posiziona al di sotto della media europea e di altri paesi a noi vicini come Francia e Spagna.

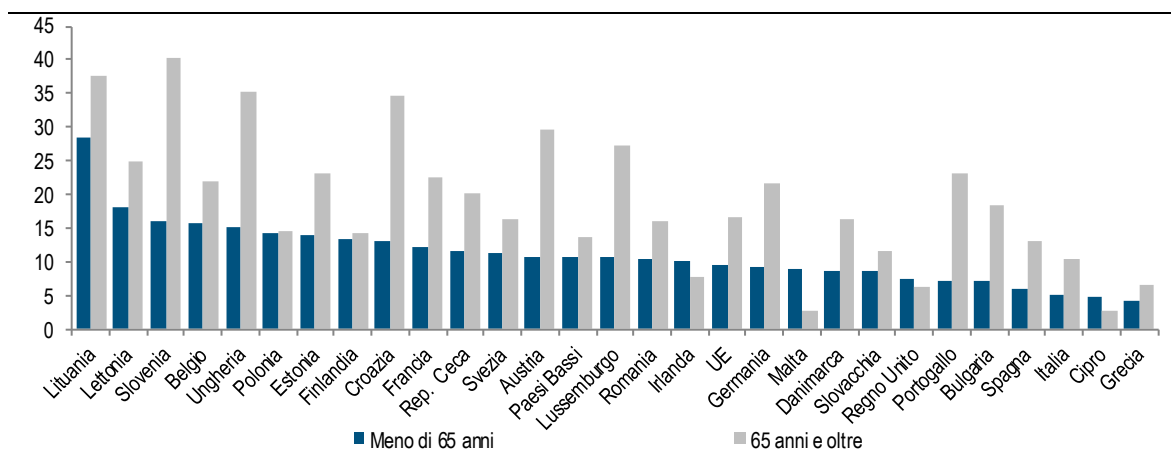
In Italia l'andamento temporale dei tassi per queste due cause risulta sostanzialmente costante negli anziani, con picchi negli anni 2012 e 2015, anni di aumento della mortalità generale soprattutto a carico degli anziani. Se si analizzano tutte le cause riportate sui certificati di morte (cause multiple) e non solo la causa iniziale, i decessi oltre i 65 anni che menzionano demenza o Alzheimer sono 52.393 ovvero 1,7 volte rispetto a quelli che hanno queste patologie come causa iniziale. Nei certificati di morte, queste malattie si trovano frequentemente associate ai disturbi

cerebrovascolari, la sepsi e le condizioni legate all'immobilità come polmoniti ipostatiche o da aspirazione, ulcere da decubito e difficoltà della deglutizione.

Meno suicidi in Italia che in Europa, ma tra i giovani causano un decesso su 8

Su scala globale, l'Oms stima che quasi 800mila persone muoiono per suicidio ogni anno e nei giovani tra i 15 e i 29 anni il suicidio rappresenta la seconda causa di morte. In Italia, nel 2015, si sono verificati 3.988 decessi per suicidio con un tasso pari a 6 per 100mila abitanti. Questo valore risulta tra i più bassi in Europa dove il tasso medio è di 11 decessi per 100mila. (Figura 9). Con valori di poco inferiori a quelli di Regno Unito e Spagna, il nostro Paese si posiziona al terzultimo posto prima di Cipro e Grecia, e mantiene tale posizione per entrambi i generi. Tuttavia tra la popolazione anziana (65 e più) il rischio di suicidio aumenta anche in termini relativi, con livelli superiori a quelli di Irlanda, Grecia, Regno Unito, Cipro e Malta.

FIGURA 9. MORTALITÀ PER SUICIDIO NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA PER CLASSE DI ETÀ.
Anno 2015, tassi standardizzati per 100mila abitanti.



Fonte: Eurostat, Causes of death

Il suicidio resta comunque nel nostro Paese un'importante causa di mortalità tra i più giovani. Con un tasso di 4,3 decessi per 100mila residenti, i suicidi rappresentano quasi il 12% dei decessi tra i 20 e i 34 anni (oltre 450 decessi). Inoltre, per le età intermedie (35-64 anni), si è registrata una sensibile crescita del rischio di mortalità per suicidio dal 2008 che ha visto il suo picco nel 2012, con un tasso di 8,5 decessi per 100mila (e una successiva diminuzione fino a 7,6 nel 2015). Ma l'età più a rischio di suicidio resta sempre quella degli ultrasessantacinquenni, con un tasso pari a 10,5 per 100mila persone e marcate differenze di genere (19,0 per gli uomini e 4,0 per le donne). A tutte le età esistono importanti differenze di genere a svantaggio degli uomini (10 per 100mila) rispetto alle donne (3 per 100mila) (Prospetto 6). Per quanto riguarda le differenze territoriali, la ripartizione con i tassi più elevati di mortalità nel 2015 è il Nord-est con 7,6 decessi per 100mila abitanti, quella con i tassi più bassi (4,7) è il Sud (valori confermati anche utilizzando il tasso standardizzato di mortalità che elimina l'effetto delle differenze di età nella popolazione).

Nella mortalità per suicidio si osservano importanti differenze socioeconomiche: il rischio di suicidio è 1,4 volte superiore nelle persone con al massimo la licenza media inferiore rispetto ai laureati (rapporto tra tassi standardizzati), di poco superiore al differenziale stimato per la mortalità per tutte le cause (1,3). Tali differenze hanno la stessa entità in tutte le ripartizioni geografiche ad eccezione del Sud (dove il rapporto tra tassi è pari a 1,3) e sono molto più elevate per il genere maschile (1,6).

PROSPETTO 6. MORTALITÀ PER SUICIDIO IN ITALIA PER RIPARTIZIONE TERRITORIALE DI RESIDENZA, SESSO E CLASSE DI ETÀ.
Anno 2015, tassi grezzi e standardizzati per 100mila abitanti e valori assoluti

CLASSE DI ETÀ	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD	ISOLE	ESTERO O NON INDICATO	ITALIA		
							Totale	Maschi	Femmine
Fino a 19 anni	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8		0,7	1,1	0,4
20-34 anni	4,4	4,8	4,8	3,3	5,1		4,3	7,1	1,5
35-64 anni	8,1	9,5	7,1	5,7	7,8		7,6	11,8	3,5
oltre 65 anni	11,4	11,3	11,1	7,7	10,6		10,5	19,0	4,0
Totale (tasso grezzo per 100mila abitanti)	7,0	7,6	6,5	4,7	6,6		6,4	10,3	2,8
Tasso standardizzato (per 100mila abitanti)	6,4	7,1	6,0	4,6	6,3		6,0	10,1	2,6
Totale valori assoluti	1.129	891	786	661	443	78	3.988	3.105	883

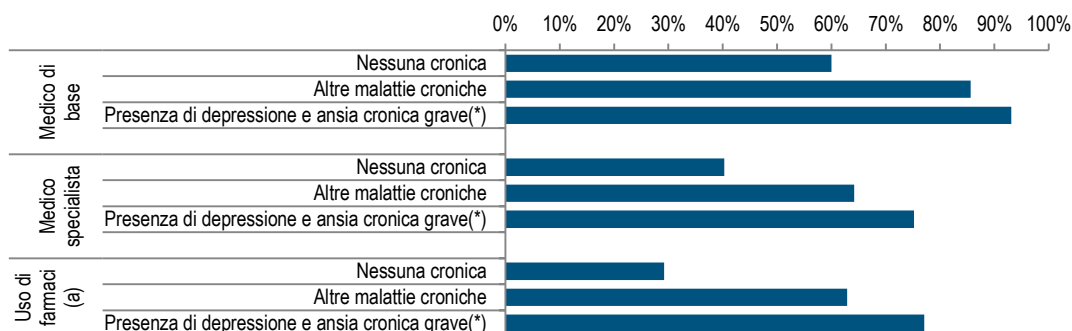
Fonte: Istat, Rilevazione sui decessi e cause di morte

Circa 1 caso su 5 (3.981 decessi) di tutti i decessi per suicidio registrati nel periodo 2011-2015 presenta una morbosità associata rilevante, che si osserva soprattutto al crescere dell'età e nelle donne: la proporzione di suicidi con morbosità associata è del 26% nelle donne e del 17% negli uomini. In 1.243 casi di suicidio è presente una malattia fisica e in 2.738 casi si segnala la presenza di malattie mentali (principalmente depressione e ansia). Nelle donne è maggiore la proporzione dei suicidi con menzione di malattie mentali, specialmente nelle classe di età 35-64 anni (22% rispetto a 12% degli uomini) e in quella 65 e oltre (20% contro 10%). Minori differenze di genere si osservano nel caso delle malattie fisiche, che si presentano in proporzione simile tra maschi e femmine.

In presenza di disturbi ansioso-depressivi raddoppia il ricorso alle cure

Circa il 15% della popolazione adulta con un disturbo depressivo o di ansia cronica grave si è rivolto negli ultimi 12 mesi a psichiatra o psicologo, con una prevalenza maggiore se si tratta di adulti tra i 18 e i 64 anni (20,5%). Se confrontata con chi riferisce altre patologie croniche, la quota di persone che si rivolge al medico di base almeno una volta all'anno va dal 85,6% al 93,1% in presenza di depressione o ansia cronica grave, come pure quella di chi si rivolge al medico specialista (dal 64,2% al 75,2%). Anche l'uso di farmaci è più frequente in questa popolazione, con il 77,1% di individui che ha fatto uso di farmaci con o senza prescrizione medica nelle 2 settimane precedenti l'intervista, contro il 62,9% di coloro che presentano disturbi cronici diversi dalla depressione o l'ansia cronica grave (Figura 10).

FIGURA 10. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER MALATTIE CRONICHE RIFERITE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI NEGLI ULTIMI 12 MESI. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, "Indagine europea sulla salute" (Ehis)

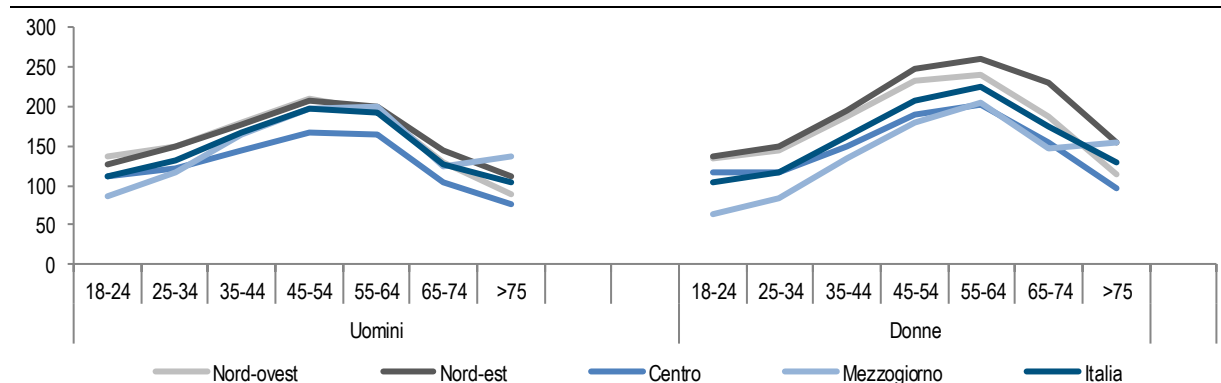
*I disturbi di depressione e ansia cronica possono presentarsi anche in concomitanza ad altre malattie croniche

(a) Uso di farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista

Gli utenti di 18 anni e più che nel corso dell'anno hanno fatto ricorso ai servizi erogati dai Dipartimenti di salute mentale (Dsm) sono circa 800mila¹⁸ (161 per 10mila residenti). Il trattamento è avvenuto in regime ambulatoriale, residenziale o semi residenziale. Il tasso di utenti trattati nei servizi territoriali psichiatrici è più alto per le donne, con l'eccezione del Mezzogiorno dove i tassi riferiti agli uomini sono più elevati di quelli delle donne fino a 54 anni. La struttura per età degli utenti trattati si differenzia per genere: tra le donne la percentuale è più alta tra i 55 e i 64 anni, tra gli uomini tra i 45 e i 54 anni (Figura 11).

FIGURA 11. UTENTI TRATTATI NEI SERVIZI TERRITORIALI PSICHIATRICI PER GENERE E CLASSI DI ETÀ.

Anno 2016, tassi per 10.000 residenti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

Al variare dell'età e del genere si modifica il gruppo diagnostico prevalentemente trattato. Negli uomini la schizofrenia e altre psicosi funzionali costituiscono il primo gruppo diagnostico dai 18 ai 64 anni (le percentuali variano da 22,6% a 18-24 anni a 34,6% a 35-44 anni). Solo negli anziani dopo i 65 anni diventa più rilevante la depressione (30-31%), tra gli ultrasettantacinquenni le demenze e i disturbi mentali organici (30,2%). Nelle donne di 18-34 anni la prima causa di trattamento psichiatrico è dovuta alle sindromi nevrotiche e somatoformi (26,2% a 18-24 anni, 25,7% a 25-34 anni). Dopo i 35 anni diventano più rilevanti i trattamenti per depressione (28,2% a 35-44 anni; 40,0% a 65-74 anni) e, analogamente agli uomini, dopo i 74 anni assume importanza il trattamento delle demenze e disturbi mentali organici (28,1%). Sul territorio il numero di utenti trattati per ogni struttura è più alto al Nord: 173 al Nord-ovest (da 168 in Piemonte a 197 in Liguria); 186 al Nord-est (da 154 in Friuli Venezia-Giulia a 206 in Emilia-Romagna); 142 al Centro (da 134 in Toscana a 167 in Umbria); 150 nel Mezzogiorno (escludendo la Sardegna, da 85 in Basilicata a 189 in Sicilia).

Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici più numerose al Nord

Nel 2016 sono state registrate circa 174mila dimissioni di pazienti adulti (compresi i non residenti in Italia) dagli ospedali pubblici e privati accreditati con diagnosi principale di disturbo psichico¹⁹, corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione pari a 34,4 per 10mila residenti di 18 anni e più. Rispetto alla popolazione, le dimissioni per disturbi psichici sono più elevate al Nord (40,4 per 10mila) e più basse al Centro-Sud (rispettivamente 30,4 e 28,6). Nell'ambito delle dimissioni in regime ordinario per disturbi psichici (91%) i ricoveri programmati pesano molto meno rispetto al complesso dei ricoveri (28,9% contro 46,2%), nel 66,1% dei casi si tratta di ricoveri urgenti. I Trattamenti sanitari obbligatori (Tso) costituiscono il 5,0% del totale (7,0% nella classe 18-34 anni, 2,1% nella classe 65 anni e più) e il 9,8% dei ricoveri per schizofrenia.

¹⁸ Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano non hanno trasmesso i dati. Per un maggiore dettaglio sulla fonte dei dati, si rimanda a quanto riportato nel sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=mentale

¹⁹ (ICD9CM: 290-319): Codici della classificazione internazionale delle malattie

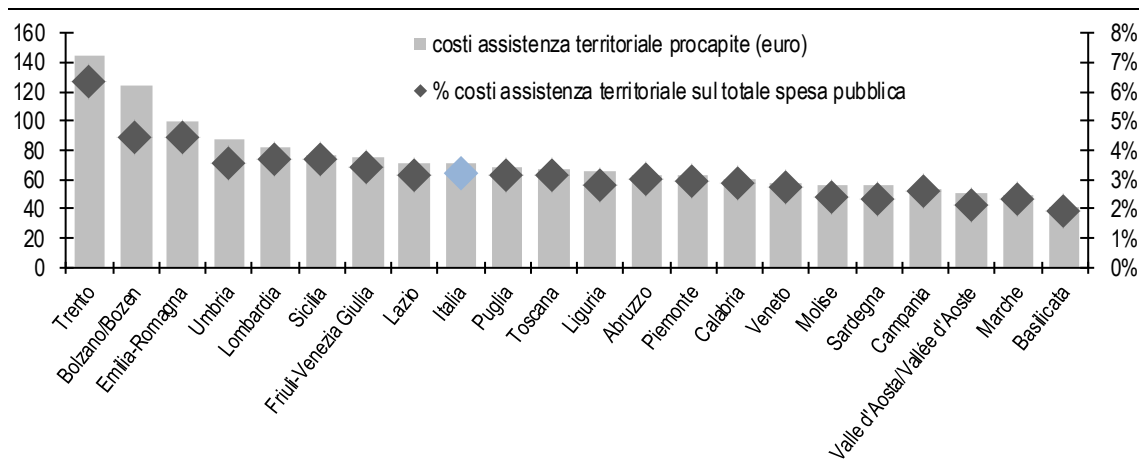
Per quanto riguarda la modalità di dimissione, il 79,9% delle dimissioni per disturbi psichici avviene al domicilio in dimissione ordinaria o protetta (nel complesso delle dimissioni ammonta all'87,9%). Il 5,8% delle dimissioni è volontaria (2,2% nel totale) e sale all'11,9% se il ricovero è avvenuto per alcolismo e tossicomanie e al 9,2% nel caso di disturbi della personalità e del comportamento. La dimissione volontaria riguarda l'8,3% dei casi riferiti a pazienti di 18-34 anni, età in cui sono più frequenti tali disturbi. La modalità di dimissione varia in maniera significativa nel territorio anche in conseguenza della diversa offerta di servizi alternativi al domicilio. Nel Nord-est solo il 67,4% delle dimissioni avviene al domicilio, rispetto all'87,9% del Centro e all'87,0% del Mezzogiorno, perché l'8,0% delle dimissioni è verso una Residenza sanitaria assistenziale - Rsa (1,3% al Centro e 1,1% nel Mezzogiorno) e il 5,1% è in Assistenza domiciliare integrata - Adi (0,2% al Centro e 0,1% nel Mezzogiorno).

L'assistenza territoriale psichiatrica assorbe il 3,2% della spesa sanitaria

I costi per l'assistenza sanitaria territoriale psichiatrica ammontano nel 2016 a 3,6 miliardi di euro, con un'incidenza sulla spesa sanitaria pubblica totale pari al 3,2%, secondo le stime pubblicate dal Ministero della salute (Figura 12).

Rispetto alla popolazione residente adulta (18 anni e più), si sono spesi in media 71 euro procapite, che variano da un minimo di 42 euro in Basilicata a un massimo di 145 euro nella Provincia autonoma di Trento. Anche l'incidenza dei costi sulla spesa pubblica totale mostra un'elevata variabilità regionale, passando dal 1,9% in Basilicata al 6,3% nella Provincia autonoma di Trento.

FIGURA 12. COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE PSICHIATRICA PER REGIONE.
Anno 2016, valori procapite e percentuale sul totale della spesa sanitaria pubblica



Fonte Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

Quasi la metà (47,9%) delle risorse è stata assorbita dall'assistenza ambulatoriale e domiciliare, il 39,0% dall'assistenza residenziale e il restante 13,1% da quella semiresidenziale. A livello regionale si rilevano alcune situazioni estreme: la Valle d'Aosta destina il 10,3% delle risorse all'assistenza ambulatoriale e domiciliare e il 76,7% all'assistenza residenziale; il Molise rispettivamente 26,2% e 73,8% e non ha assistenza semiresidenziale. Per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, anche escludendo Valle d'Aosta e Molise, l'incidenza sui costi di assistenza territoriale psichiatrica totale varia dal 21,2% della Basilicata al 69,5% della Provincia autonoma di Trento. Per l'assistenza residenziale si va dal minimo del 21,0% della Campania al massimo del 59,1% delle Marche.

Glossario

Causa di morte: Si fa riferimento alla causa iniziale di morte identificata per ciascun decesso. Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms-WHO), è la malattia o evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso. Il medico che certifica il decesso riporta sulle schede di morte la sequenza morbosa che ha condotto alla morte e gli eventuali altri stati morbosi rilevanti.

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) fa parte della Famiglia delle Classificazioni Internazionali dell'OMS. Il testo è stato approvato dalla 54° *World Health Assembly* (WHA) il 22 Maggio 2001 e ne è stato raccomandato agli Stati Membri l'uso nella ricerca, negli studi di popolazione e nella reportistica. L'ICF fornisce sia un linguaggio unificato e standard, sia un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati (ICF, WHO 2001, pag 3), intendendo la disabilità come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute della persona e il contesto ambientale in cui vive.

Classificazione internazionale delle malattie (ICD): Stilata dall'Oms classifica le diverse entità morbose traducendole in codici alfanumerici. Lo scopo è di permettere una sistematica rilevazione, analisi, interpretazione e comparazione di dati di mortalità e morbosità.

Day Hospital: Ricovero ospedaliero in regime di degenza diurna. Viene effettuata per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi e risponde a specifiche caratteristiche funzionali: si tratta di un ricovero o ciclo di ricoveri programmato/i; è limitato a una sola parte della giornata; fornisce prestazioni multiprofessionali e/o multispecialistiche caratterizzate da tempi di esecuzione che si discostano in modo netto da quelli necessari per una normale prestazione ambulatoriale.

Depressione maggiore: Si veda la voce Sintomi depressivi

Diagnosi principale alla dimissione: Condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento. Viene codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modificazione clinica (ICD9CM) aggiornata periodicamente dall'Oms e tradotta dal Ministero della salute.

Dimissione ospedaliera: Corrisponde all'ultimo contatto con la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale e rappresenta il momento conclusivo dell'iter di ricovero ospedaliero.

Fumatore abituale: persona che fuma tutti i giorni manufatti di tabacco (sigarette, sigari, pipa).

Indice di massa corporea (Imc): è un indice pondo – staturale dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in kg, e il quadrato della sua statura, espressa in metri. Secondo i criteri stabiliti dall'Oms il valore soglia dell'Imc per stabilire se un individuo possa considerarsi obeso è pari a 30; sottopeso se con valori di Imc inferiori a 18,5; normopeso se con valori di IMC da 18,5 a 24,9; in sovrappeso se con valori di Imc da 25 a 29,9.

Limitazioni nelle attività: Indicatore armonizzato a livello europeo (riferito al Gali - General Activity Limitation Indicator), che individua le persone con limitazioni nelle attività dovute a problemi di salute che durano almeno 6 mesi. Tiene anche conto del livello di gravità delle limitazioni.

Livello di sostegno sociale percepito (Oslo-3 Social Support Scale – OSS3): è costruito a partire da tre quesiti al fine di misurare la percezione di protezione sociale degli individui. Per maggiori informazioni sui quesiti si rimanda al questionario di rilevazione Modello giallo A.15, sezione 18, <https://www.istat.it/it/archivio/167485>.

Minori con disturbi mentali dell'età evolutiva: Ospiti con meno di 18 anni per i quali il motivo prevalente del ricovero è legato ad una problematica nell'area della neuropsichiatria infantile.

Mortalità droga-correlata: Definita a partire dai dati dell'indagine sui decessi e le cause di morte, prendendo un insieme di cause iniziali di morte (classificate in ICD10) definite dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA). Sono inclusi sia gli eventi di mortalità acuta dovuta ad avvelenamenti da sostanze psicoattive (overdose) sia quelli per disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di queste sostanze. La stessa selezione è stata utilizzata per l'analisi dei dati di ospedalizzazione.

Neuropsichiatria infantile: È un'area molto ampia che comprende malattie neurologie e psichiatriche di diversa natura come: sindromi epilettiche dell'età evolutiva, paralisi cerebrali infantili, ritardo mentale, encefalopatie genetiche, autismo infantile, disturbi della comunicazione, sindrome di Rett, disturbi dell'umore, schizofrenia, anoressia nervosa e altri disturbi della condotta alimentare, disturbi del comportamento e della condotta, disturbi affettivi, disturbi di ordine psicotico e molte altre.

Ospedalizzazione droga-correlata: Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria (ICD9-CM) inclusa nella lista EMCDDA (si veda la definizione di mortalità droga-correlata).

PHQ8: Si veda la voce Sintomi depressivi.

Presidio residenziale socio-assistenziale e socio-sanitario: La struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno.

Regime di ricovero: distingue tra il "ricovero ordinario", che prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera, e il "ricovero in day hospital", caratterizzato al contrario dalla presenza in ospedale solo per una parte della giornata.

Ricoveri di lungodegenza: ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alla disciplina "lungodegenti" (codice 60 nei modelli di rilevazione del Sistema informativo sanitario).

Ricoveri di riabilitazione: Ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alle discipline "unità spinale" (codice 28 nei modelli di rilevazione del Sistema informativo sanitario), "recupero e riabilitazione funzionale" (codice 56), "neuroriabilitazione" (codice 75), sia i ricoveri effettuati in istituti di sola riabilitazione (esclusa la "lungodegenza", codice disciplina 60).

Ricoveri per acuti: Tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi o di lungodegenza; sono esclusi, inoltre, i neonati sani.

Salute percepita: è rilevata sulla base del quesito: "Come va in generale, la sua salute?". Le modalità predefinite di risposta sono: molto bene – bene – né bene né male – male – molto male. L'indice di stato di salute fisico (Pcs) e l'indice di stato di salute psicologico (Mcs) derivano dal questionario SF12. Per l'interpretazione degli indici, si precisa che a valori più elevati del punteggio medio corrisponde un migliore stato di salute. Per saperne di più vedi <http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf36>.

Servizi territoriali psichiatrici: servizi sanitari che erogano interventi sanitari e socio-sanitari a persone adulte (18 anni e più) con problemi psichiatrici e alle loro famiglie in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale.

Sintomi depressivi: Vengono rilevati attraverso un questionario per lo screening dei disturbi depressivi (PHQ - Patient Health Questionnaire, Depression Scale), inserito nell'indagine European Health Interview Survey (Ehis), con 8 quesiti (PHQ8). Si tratta di uno strumento psicométrico che tende a ricalcare i criteri condivisi in ambito internazionale per la diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-IV). In base alla presenza di una serie di sintomi, tra cui l'umore depresso e/o la perdita di interesse o piacere, nonché alla loro frequenza nelle ultime due settimane, viene calcolato un indice sintetico a tre livelli: depressione maggiore, altri sintomi depressivi, nessun sintomo depressivo. Per maggiori informazioni sui quesiti si rimanda al questionario di rilevazione Modello giallo A.15, sezione 9, <https://www.istat.it/it/archivio/167485>

Nota metodologica

Le fonti utilizzate per l'analisi della salute mentale

Indagine europea sulla salute (Ehis) - Istat	
Tipo di fonte	Indagine campionaria riferita alla popolazione residente in famiglia. Campione composto da circa 13mila famiglie residenti in Italia distribuite in circa 550 comuni.
Universo di riferimento	Componenti delle famiglie residenti in Italia. Sono esclusi membri permanenti di convivenze (istituti religiosi, caserme, ecc.).
Unità di analisi	Individui residenti in famiglia.
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	- I dati dell'indagine sono diffusi mediante Tavole di dati e Statistiche Report dell'Istat in vari periodi dell'anno secondo un calendario che viene definito successivamente alla consegna dei dati ad Eurostat. - Ulteriori indicatori sono disponibili nel database di Eurostat all'indirizzo http://ec.europa.eu/eurostat/data/database - I dati sono diffusi a livello regionale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	- Persone che dichiarano di essere affette da depressione o ansia cronica grave negli ultimi 12 mesi - Sintomi della depressione maggiore e altri sintomi depressivi nelle due settimane precedenti l'intervista. - Persone che dichiarano di essere affette da Alzheimer o demenze negli ultimi 12 mesi
Principali indicatori	Prevalenza dei disturbi selezionati (depressione, ansia cronica grave, sintomi della depressione maggiore, altri sintomi depressivi) per genere, età e territorio, analizzati per titolo di studio, quinti di reddito e salute percepita
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda ai link http://www.istat.it/it/archivio/167485 http://www.istat.it/it/archivio/198878 http://www.istat.it/it/files/2017/04/Nota-metodologica1.pdf?title=Prevenzione+e+stili+di+vita+in+Italia+e+in+Ue+-+11%2Fapr%2F2017+-+Nota+metodologica.pdf

Rilevazione sui decessi e cause di morte - Istat	
Tipo di fonte	Fonte per le statistiche ufficiali di mortalità per causa
Universo di riferimento	Tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale.
Unità di analisi	Decessi per causa Le cause di morte sono codificate in base alla ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, X Revision).
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	- I dati dell'indagine sono diffusi annualmente nel datawarehouse dell'Istat e nel sistema informativo tematico Health for All - Italia. Inoltre i dati relativi a diverse tematiche sono diffusi nelle Statistiche Report dell'Istat in vari periodi dell'anno secondo un calendario che viene definito annualmente. - I dati sono diffusi a livello provinciale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	- Decessi per Alzheimer e demenze (codici ICD10 F01-F03, G30.-) nella causa iniziale o in una delle concause riportate nella scheda di morte. - Decessi per suicidio (codici ICD10 di autolesione intenzionale X60-X84, Y87.0) nella causa iniziale o in una delle concause riportate nella scheda di morte. - Decessi droga-correlati estratti secondo una lista elaborata dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA selection B) http://www.emcdda.europa.eu/ in causa iniziale..
Principali indicatori	Tassi di mortalità specifici per età, tassi grezzi e standardizzati I risultati dell'ultima indagine sono consultabili ai seguenti indirizzi web: http://dati.istat.it/
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda al link http://www.istat.it/it/archivio/4216

Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità - Istat	
Tipo di fonte	L'indagine è censuaria per quanto riguarda le informazioni relative alle scuole ed è campionaria per la parte relativa agli alunni con disabilità. Il disegno di campionamento è a due stadi di selezione con stratificazione delle unità di primo stadio. Le unità di primo stadio sono le scuole, stratificate per regione geografica e ordine scolastico. Le unità di secondo stadio sono gli alunni con il sostegno selezionati prendendo i primi 5 in ordine alfabetico. La dimensione complessiva del campione di scuole è circa 3.000 unità.
Universo di riferimento	Tutte le scuole primarie e secondarie di I grado statali e non statali, indipendentemente dalla presenza di alunni con disabilità nella scuola.
Unità di analisi	Alunni con sostegno iscritti nelle scuole primarie e secondarie di I grado.
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	L'indagine si svolge tra aprile e maggio di ogni anno. I dati sono diffusi a livello regionale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	Sono stati analizzati gli alunni con disturbi evolutivi globali dello sviluppo psicologico, disabilità intellettiva, disturbi del comportamento e dell'attenzione, affettivi relazionali. Non sono inclusi nell'analisi gli alunni che hanno esclusivamente disturbi dell'apprendimento (L.170/10), che secondo la normativa vigente non hanno diritto all'insegnante per il sostegno ma soltanto ad un piano didattico personalizzato.
Principali indicatori	Caratteristiche della frequenza scolastica degli alunni con disabilità (ore di frequenza, ore di sostegno, ...) Utilizzo degli ausili per gli alunni con disabilità
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda al link https://www.istat.it/it/archivio/60454

Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Istat	
Tipo di fonte	Indagine censuaria riferita all'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite. L'indagine è condotta via web attraverso la compilazione di un questionario elettronico .
Universo di riferimento	L'universo di riferimento è costituito dall'insieme dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Si definisce Presidio residenziale la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Il singolo presidio è individuato univocamente dalla coppia denominazione della struttura – indirizzo della stessa.
Unità di analisi	Le unità di analisi sono i presidi stessi e le tipologie di ospiti in essi assistiti.
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	L'indagine si svolge tra ottobre e febbraio di ogni anno. I dati sono diffusi a livello regionale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	Strutture residenziali dedicate "prevalentemente" ai minori con problemi di salute mentale: definite selezionando esclusivamente le strutture con una quota di questa tipologia di ospiti maggiore o uguale al 25% (valore mediano della distribuzione delle percentuali di ospiti minori con disturbi mentali dell'età evolutiva)
Principali indicatori	L'indagine permette di documentare in maniera puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale. I risultati dell'ultima indagine sono consultabili ai seguenti indirizzi web: http://www.istat.it/it/archivio/176622 http://dati.istat.it http://dati.disabilitaincivre.it
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda al link https://www.istat.it/it/archivio/7786

Sistema Informativo nazionale per la salute mentale - Ministero della salute	
Tipo di fonte	Fonte che permette una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi attivati dal sistema sanitario in risposta ai bisogni di salute mentale dell'utenza. La diagnosi è codificata in base alla ICD-9-CM (International Classification of Diseases, IX Revision, Clinical Modification). I codici ICD-9-CM per i disturbi psichici sono "290-319".
Universo di riferimento	Servizi sanitari di salute mentale coordinati dai Dipartimenti di salute mentale (DSM).
Unità di analisi	Costi, posti letto, personale e utenti adulti assistiti
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	- I dati sono diffusi annualmente dal Ministero della salute nel "Rapporto sulla salute mentale". - I dati sono diffusi a livello regionale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	Servizi sanitari di salute mentale coordinati dai Dipartimenti di salute mentale (DSM): 1. Servizi territoriali (ambulatoriali e domiciliari; semiresidenziali, residenziali) 2. Servizi ospedalieri (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – SPDC, Day Hospital psichiatrico)
Principali indicatori	Costo medio procapite, tassi di offerta di posti letto e personale, tassi utenti trattati per genere, età, territorio e gruppo diagnostico Gli indicatori aggiornati sono consultabili ai seguenti indirizzi web: http://www.salute.gov.it/
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda al link http://schedefontidati.istat.it/index.php/Sistema_informativo_sanitario_del_Ministero_della_Salute_%E2%80%93_NSIS

Schede di dimissione ospedaliera - Ministero della salute	
Tipo di fonte	Fonte per le statistiche ufficiali di ospedalizzazione. La diagnosi è codificata in base alla ICD-9-CM (International Classification of Diseases, IX Revision, Clinical Modification). I codici ICD-9-CM per i disturbi psichici sono "290-319".
Universo di riferimento	Tutte le dimissioni ospedaliere che si verificano sul territorio nazionale.
Unità di analisi	Dimissioni ospedaliere
Periodicità di diffusione e dettaglio territoriale dei dati	- I dati sono diffusi annualmente dal Ministero della salute nel "Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero". L'Istat diffonde i dati nel proprio datawarehouse e nel sistema informativo tematico Health for All - Italia. - I dati sono diffusi a livello regionale.
Criterio utilizzato per analizzare la salute mentale	Dimissioni ospedaliere con indicazione di disturbo psichico nella diagnosi principale.
Principali indicatori	Composizioni percentuali delle dimissioni per disturbi psichici per tipo di ricovero, modalità di accesso, modalità di dimissione e gruppo diagnostico Gli indicatori aggiornati sono consultabili ai seguenti indirizzi web: http://www.salute.gov.it/
Altri riferimenti metodologici	Si rimanda al link http://schedefontidati.istat.it/index.php/Schede_di_dimissione_ospedaliera

Ulteriori informazioni sui metadati delle varie Indagini, nonché il contenuto informativo e le attività di prevenzione, controllo e valutazione dell'errore, si può consultare il sistema informativo dell'Istat sulla qualità [SIQual](http://siqua.istat.it/) al link:

<http://siqua.istat.it/SIQual/dationline.do?id=5000131>