



Unità Operativa Semplice:  
"Epidemiologia"

# I DISTURBI DEPRESSIVI ED IL FENOMENO SUICIDARIO NELL'AREA VASTA 2 DELL'ASUR MARCHE

dati  
2014-2018

## *REPORT BREVE*



Ottobre 2019

## **A cura di:**

**\*\*Cristina Mancini, \*Luca Formenti, \*Jacopo Dolcini, \*\*Antonella Guidi, \*\*Annalisa Cardone, \*\*Marco Morbidoni.**

## **In collaborazione con**

**\*\*\*PASSI AV2 working group (2015-2018):**

- **ex ZT4 Senigallia**- Rossini R, Agoccioni A, Cavallotti M, Francoletti D, Marcellini M, Peca M, Guidi A;
- **ex ZT5 Jesi**- Pasqualini F, Branchesi E, Filonzi A, Paci S, Caprara F, Nonnis C, Priori A, Lampacrescia L;
- **ex ZT6 Fabriano**- Cimini D, Mezzanotte C, Sparvoli S, Chiavini S, Patrignani R, Lesti L, Petruio F, Bernardi V, Capezzone G, Tartarelli E, Grifi M, Rosi M, Gnagni D;
- **ex ZT7 Ancona**- Morbidoni M, Ambrogiani E, Ciarallo E, Guidi A, Vallorani S, Gori G, Soldini V, Vella V, Carnevalini M, Cardone A.

## **AFFILIAZIONI**

*\* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva- Università Politecnica delle Marche*

*\*\* Unità Operativa semplice "Epidemiologia", Area Vasta 2, ASUR Marche*

*\*\*\* Dipartimento di Prevenzione, Area Vasta 2, ASUR Marche:*

Si ringrazia per la preziosa collaborazione la dott.ssa Valentina Minardi e tutto il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

## INDICE

Capitolo/paragrafo	Titolo	pag
	Abbreviazioni	3
	In breve	4
	Premessa	5
<b>1.</b>	<b>I DISTURBI DEPRESSIVI</b>	<b>6</b>
• 1.1.	• <i>La depressione cos'è?</i>	6
• 1.2	• <i>Quanti individui ne sono colpiti?</i>	6
• 1.3	• <i>La sorveglianza dei sintomi depressivi in Italia attraverso il sistema PASSI</i>	7
• 1.4	• <i>Prevalenza e caratteristiche dei soggetti con sintomi depressivi in Area Vasta 2: i dati PASSI</i>	8
• 1.5	• <i>I sintomi depressivi sono correlati con fattori di rischio sociodemografici e comportamentali?</i>	11
• 1.6	• <i>Quanti sono i pazienti con diagnosi di depressione "trattati" dai Dipartimenti di Salute Mentale delle Marche e quali trattamenti vengono loro erogati?</i>	13
• 1.7	• <i>La relazione tra depressione e suicidio</i>	14
<b>2.</b>	<b>IL FENOMENO SUICIDARIO</b>	<b>16</b>
• 2.1.	• <i>Quantificazione del problema nel mondo, in Italia, nella Regione Marche e nella provincia di Ancona</i>	16
• 2.2	• <i>Caratterizzazione del problema nell'Area Vasta 2</i>	18
<b>3.</b>	<b>RIFLESSIONI / CONSIDERAZIONI</b>	<b>23</b>
• 3.1.	• <i>La malattia depressive ed il fenomeno suicidario sono problemi prioritari di salute pubblica</i>	23
• 3.2.	• <i>Il problema dello "Stigma sociale" nel disturbo depressivo e nel fenomeno suicidario</i>	24
• 3.3.	• <i>L'associazione dei sintomi depressivi e del fenomeno suicidario con lo svantaggio socio-economico</i>	26
• 3.4	• <i>L'influenza della crisi economica sugli andamenti temporali dei disturbi depressivi e del fenomeno suicidario</i>	28
• 3.5	• <i>La prevenzione dei disturbi depressivi e del suicidio</i>	32
• 3.6	• <i>I limiti delle banche dati che descrivono i disturbi depressivi ed il fenomeno suicidario</i>	33
<b>4.</b>	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>35</b>
	Bibliografia	36

## Abbreviazioni

APR	Adjusted Prevalence Ratio
AV	Area Vasta
DALY	Disability-Adjusted Life Year
EUROSTAT	Ufficio Statistico dell'Unione Europea
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
<i>PASSI</i>	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PHQ	Patient Health Questionnaire
PLS	Pediatra di Libera Scelta
UOE	Unità Operativa Epidemiologia dell'Area Vasta 2
vs	versus

## IN BREVE

- La depressione è il disturbo mentale più comune assieme all'ansia. A livello globale, oltre 300 milioni di persone di tutte le età ne soffrono.
- Attraverso il sistema di sorveglianza *PASSI* nel quadriennio 2015-2018 in AV2:
  - si stima che la prevalenza di adulti residenti (tra 18-69 anni), con sintomi che possono predisporre ad una diagnosi di depressione, sia del 4,6% pari a circa 14.900 persone. Il dato è in linea con quello regionale (5%) e leggermente inferiore rispetto a quello nazionale (6%);
  - i sintomi depressivi sono più frequenti in alcuni sottogruppi di popolazione. Infatti la loro frequenza aumenta: all'avanzare dell'età, nel sesso femminile, nelle persone con molte difficoltà economiche, nei soggetti con bassa scolarizzazione, in chi non lavora con regolarità e negli individui che soffrono di almeno una patologia cronica;
  - i soggetti con sintomi depressivi sono a maggior rischio di obesità, sedentarietà e di bere alcol in eccesso;
  - circa la metà (52%) delle persone con sintomi di depressione non ricorre all'aiuto di nessuno. Sono il 44% nelle Marche ed il 39% in Italia.
- La depressione è un fattore contribuente al rischio di suicidio.
- In Italia e nelle Marche il trend dei decessi per questa causa è in diminuzione. Anche l'analisi del tasso standardizzato di mortalità per suicidio in provincia di Ancona mostra un andamento temporale, dal 2003 al 2016, in diminuzione in entrambi i sessi. Nel sesso maschile però si registrano valori più elevati di quelli regionali e nazionali.
- Nell'Area Vasta 2 nel triennio 2014-2016:
  - si sono verificati 142 suicidi: una media di 47 l'anno;
  - l'età media delle persone suicidatesi è di circa 57 anni; per ogni suicidio si "sono persi" mediamente 28 anni potenziali di vita;
  - il numero di suicidi cresce all'aumentare dell'età. Si suicidano più frequentemente gli uomini, i soggetti con basso livello d'istruzione e i divorziati. Non vi è differenza nel numero di suicidi tra gli occupati e i soggetti ritirati dal lavoro;
  - l'impiccagione/soffocamento e la precipitazione sono i metodi più comuni di suicidio in entrambi i sessi.

## PREMESSA

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità"; in pratica esso è *parte integrante* della salute di ogni uomo.

Sempre l'OMS inoltre precisa che il benessere mentale: "è uno stato in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive".

Il riconoscimento dell'importanza di tale tema è testimoniato dal fatto che gli Stati membri dell'Assemblea delle Nazioni Unite hanno elaborato, nel 2013, il "Piano d'azione sulla salute mentale 2013-2020", consapevoli dell'esigenza di dover lavorare ancora molto per dare il giusto spazio nel Mondo al benessere mentale. La linea indicata nel Piano, per il raggiungimento dell'obiettivo generale del miglioramento della salute mentale, si basa su un approccio globale e multisettoriale, un coordinamento dei servizi tra il settore della sanità ed il settore sociale, in ogni ambito della tematica: dalla promozione e prevenzione al trattamento, riabilitazione, cura e "recovery"<sup>1</sup> (1).

Nell'ambito della salute mentale la problematica dei disturbi depressivi e del fenomeno suicidario sono argomenti di estrema rilevanza per frequenza e gravità.

Scopo del presente lavoro è quello di:

- stimare la prevalenza dei disturbi depressivi e delle morti per suicidio nella popolazione residente nell'Area Vasta 2;
- fornire un profilo socio-demografico degli individui, residenti nella nostra Area Vasta, che dichiarano di soffrire di sintomi depressivi ed anche di quelli che si sono suicidati;
- studiare l'associazione tra depressione e alcuni fattori di rischio socio-economici e comportamentali.

Le fonti informative che sono state utilizzate per l'analisi sono "flussi correnti" rappresentati dalla sorveglianza epidemiologica nazionale *PASSI* (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per la depressione, e dalle schede di morte ISTAT, per i suicidi.

---

<sup>1</sup> Recovery= "E' un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere, vive in modo "self-directed" e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità". Questa definizione è tratta dall'intervento del dr. Fabrizio Starace, direttore DSM-DP dell'Ausl di Modena: "Recovery e salute mentale" [https://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/corso-rer-esordi-psicotici/5\\_starace\\_recovery.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/corso-rer-esordi-psicotici/5_starace_recovery.pdf)  
Ultimo accesso 22 Agosto 2019

## 1. I DISTURBI DEPRESSIVI

### 1.1 La depressione che cos'è?

La depressione è una patologia che influenza in modo negativo le emozioni di una persona, i suoi pensieri e la sua vita quotidiana causando sentimenti di tristezza e perdita d'interesse per attività un tempo considerate piacevoli. E' diversa dalle normali fluttuazioni dell'umore e risposte emotive di breve durata che possono accompagnare le sfide della vita di tutti i giorni. La depressione può essere categorizzata come lieve, moderata o grave e può arrivare a compromettere anche la salute fisica della persona, oltre che mentale, con conseguenti disfunzionalità nella vita sociale e lavorativa.

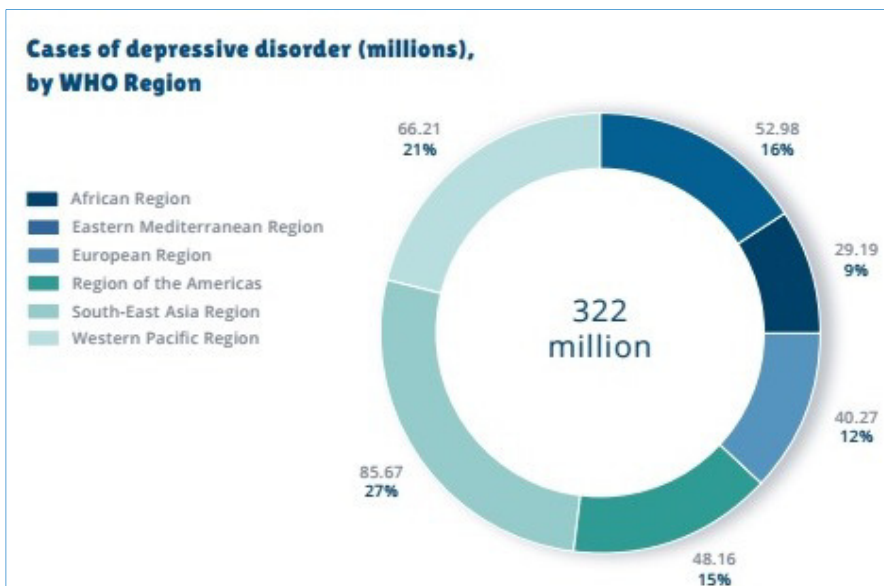
I sintomi più comuni includono sentimenti di tristezza, inutilità, senso di colpa, perdita d'interesse o piacere nel fare le cose, modifiche dell'appetito con riduzione o aumento di peso, alterazioni del sonno, maggiore affaticamento, difficoltà di concentrazione fino, in casi estremi, a pensieri di suicidio. Per porre diagnosi i sintomi devono durare almeno 2 settimane (2).

### 1.2 Quanti individui ne sono colpiti?

Nel 2017 secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) più di 300 milioni di persone in tutto il mondo erano afflitte da depressione (4,4%); tale patologia, assieme agli altri disturbi mentali, è in continuo aumento.

La figura 1 mostra la distribuzione dei casi di depressione nel mondo: nella Regione europea se ne stimano circa 40 milioni; nessuna parte del mondo ne è immune (3).

**Fig. 1 Stima dei casi di depressione, per Regione del mondo. OMS anno 2017**



Fonte: OMS. "Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates

Sempre secondo l'OMS i disturbi depressivi sono complessivamente classificati come il singolo più grande contributore alla perdita di salute non fatale: pari al 7,5% di tutti gli anni vissuti con disabilità (YLD) (Tab.1).

Il rapporto sulle “Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea”, curato dall'ISTAT in collaborazione con EUROSTAT, evidenzia come in Italia ci siano poco più di 2,8 milioni di persone depresse tra depressione maggiore (1,3 milioni) e disturbi depressivi in genere (1,5 milioni), escludendo dal conto i tentativi suicidari (4).

Nel 2017, secondo stime effettuate dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la depressione ha provocato nel nostro Paese il 2,3% del totale dei Dalys (anni di vita persi per disabilità e morte prematura) (5).

**Tab. 1 Anni di vita vissuti con disabilità, per disordini depressivi, nelle Regioni del mondo. OMS anno 2017**

Depressive disorders	Total YLD (thousands)	YLD per 100,000	% of all YLDs	Rank cause
<b>Low- and middle-income countries</b>				
- African Region	7 229	731	7.9	2
- Eastern Mediterranean Region	4 049	685	6.9	2
- European Region	3 517	859	8.1	2
- Region of the Americas	5 106	844	9.3	1
- South-East Asia Region	13 967	724	7.0	2
- Western Pacific Region	10 525	640	7.2	2
<b>High-income countries</b>	9 608	839	7.9	2
<b>World</b>	<b>54 215</b>	<b>738</b>	<b>7.5</b>	<b>1</b>

Fonte: OMS. “ Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates

### **1.3 La sorveglianza dei sintomi depressivi in Italia attraverso il sistema PASSI**

Il sistema di sorveglianza nazionale *PASSI* (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), effettua un monitoraggio a 360 gradi dello stato di salute della popolazione adulta italiana (i 18-69enni) raccogliendo informazioni sugli stili di vita ed i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili nonché sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. La procedura di rilevazione dati prevede la somministrazione, attraverso la modalità dell'intervista telefonica, di un questionario standardizzato ad un campione di soggetti estratti dalle anagrafi sanitarie regionali. In tale questionario sono presenti anche le informazioni sulla qualità della vita e la depressione. In particolare per lo scopo viene utilizzata una versione ridotta del Patient Health Questionnaire



(PHQ-9), semplice e validato a livello internazionale, che consente di individuare le persone con “possibile” disturbo depressivo con una buona sensibilità (80%) e un’alta specificità (90%), pur non permettendo di fare una vera e propria diagnosi. La versione ridotta, utilizzata nel questionario *PASSI*, consiste in due domande (PHQ-2) che, sebbene sovrastimino la prevalenza di depressione, sono in grado di individuare persone con sintomi depressivi che potrebbero essere suscettibili di una diagnosi clinica di depressione maggiore (6) (7).

#### **1.4 Prevalenza e caratteristiche dei soggetti con sintomi depressivi in Area Vasta 2: i dati *PASSI* <sup>2</sup>**

Nell’Area Vasta 2 (AV2) nel quadriennio 2015-2018, secondo la sorveglianza *PASSI*, la prevalenza di persone adulte con sintomi depressivi è del 4,6% (pari ad una stima di circa 14.900 residenti tra 18-69 anni). Nelle Marche è del 5,2%, mentre il valore nazionale è del 6,0%.

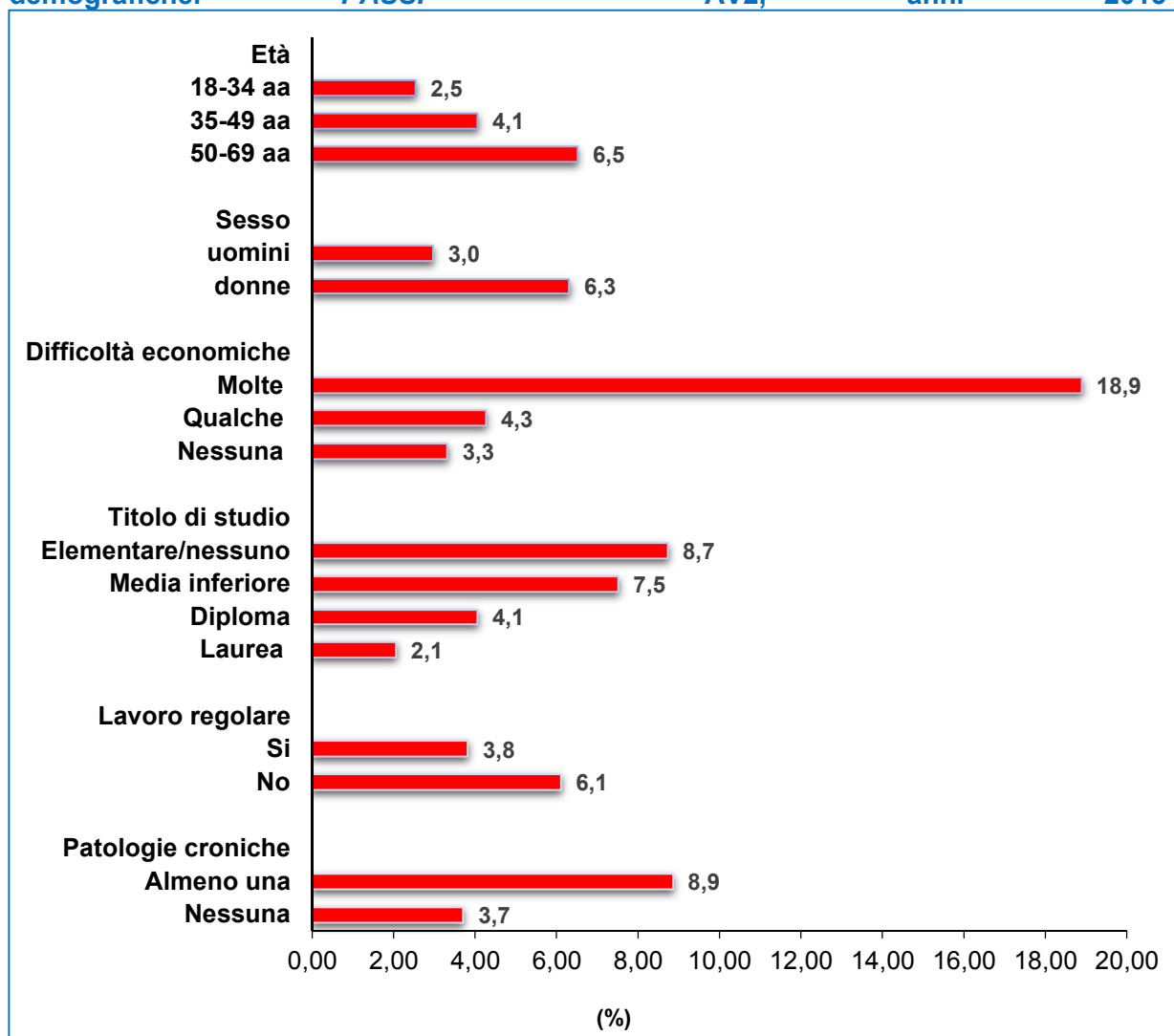
Nella figura 2 si evidenzia come i soggetti depressi non si distribuiscano omogeneamente nella popolazione. Infatti essi sono più numerosi:

- all’avanzare dell’età: sono il 6,5% fra i 50-69enni (6,6% Marche; 7,6% Italia);
- tra le donne, in misura circa doppia rispetto agli uomini (AV2: 6,3% femmine vs 3,0% maschi; Marche: 6,3% femmine vs 4,1% maschi; Italia: 7,4% femmine vs 4,5% maschi);
- tra coloro che dichiarano di avere molte difficoltà economiche (18,9%), mentre diminuiscono drasticamente in chi dichiara di averne solo qualcuna o nessuna (4,3% e 3,3% rispettivamente);
- tra coloro che non possiedono nessun titolo di studio o solo quello di scuola elementare (8,7%), rispetto ai laureati (2,1%);
- tra le persone che non lavorano con regolarità: 6,1% tra chi dichiara di non avere un lavoro regolare vs il 3,8% tra chi ce l’ha;
- tra coloro che sono affetti da almeno una malattia cronica (8,9%) rispetto a chi non ne ha nessuna (3,7%).

---

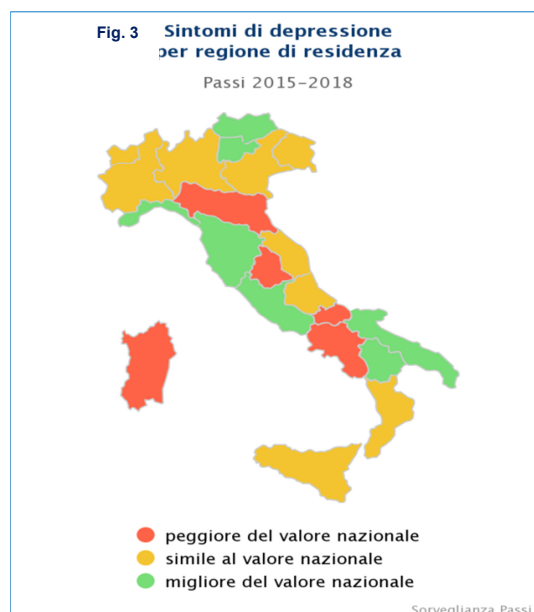
<sup>2</sup> Dati presentati al XLIII Convegno dell’Associazione Italiana di Epidemiologia, Catania – 23-25 ottobre 2019

**Fig. 2. Adulti (tra 18-69 anni) con sintomi di depressione, per caratteristiche socio-demografiche.** *PASSI* AV2, anni 2015-2018



Fonte: db *PASSI* AV2, anni 2015-2018– Elaborazione: UOE, AV2

Nel quadriennio 2015-2018 la variabilità regionale non evidenzia un chiaro gradiente. Le regioni dove si registrano prevalenze più alte di persone con sintomi depressivi sono il Molise, la Campania e la Sardegna, seguite dall’Umbria e dall’Emilia-Romagna (Fig.3).

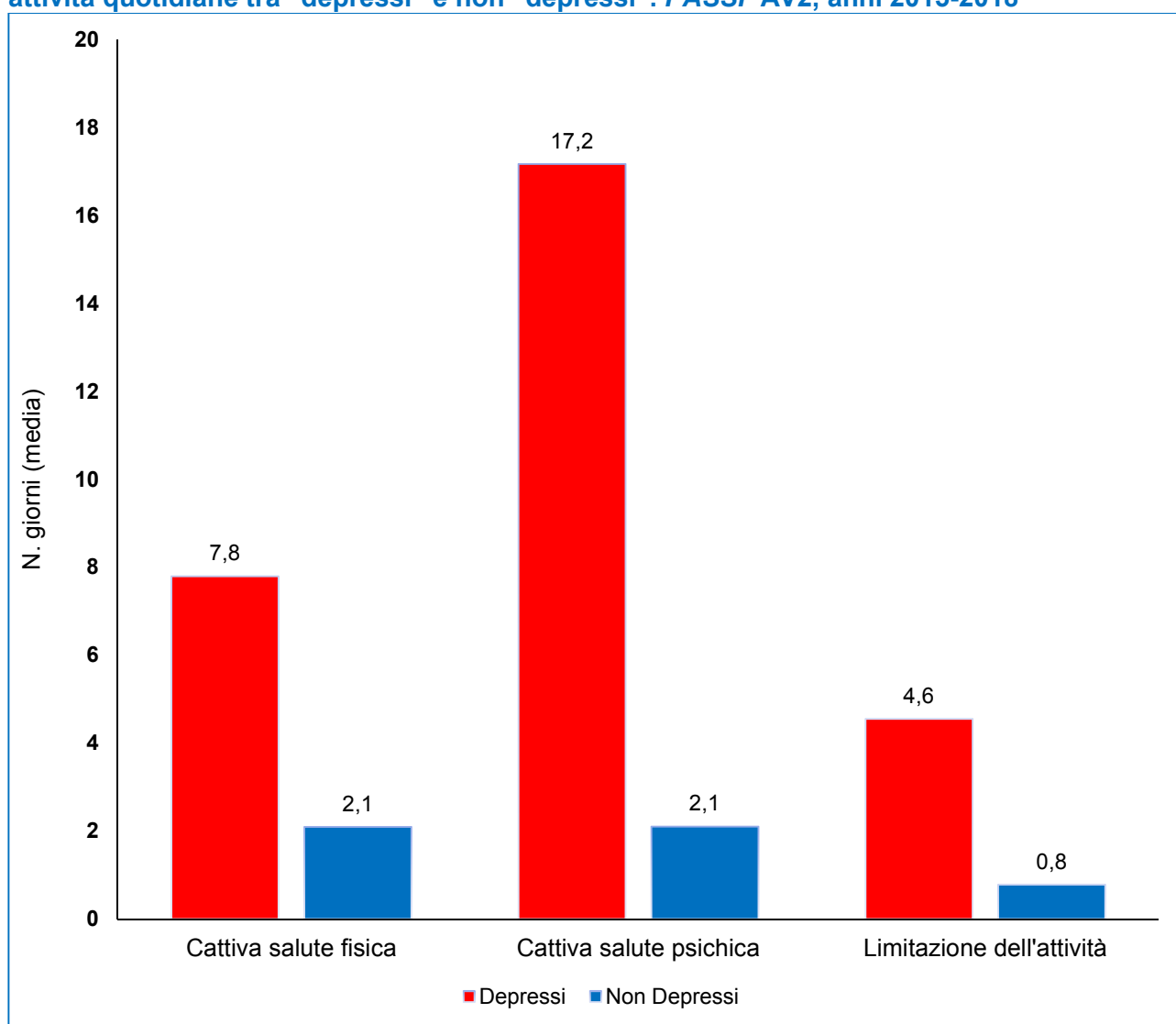


Fonte: sorveglianza *PASSI* anni 2015-2018

Dall'indagine *PASSI* si evince come le persone con sintomi di depressione, oltre alla salute psicologica, abbiano compromessa anche la salute fisica. Infatti:

- il 52% dei “depressi” giudica buono/molto buono il proprio stato di salute, rispetto al 71% delle persone non depresse;
- chi soffre di sintomi depressivi dichiara di aver vissuto nel mese precedente l'intervista mediamente: 8 giorni in cattive condizioni fisiche (rispetto a 2 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 5 giorni con limitazione delle abituali attività quotidiane (rispetto ad 1 riferito dalle persone libere da sintomi depressivi) (Fig. 4).

**Fig. 4. Media dei giorni percepiti in cattiva salute fisica, psicologica o con limitazioni delle attività quotidiane tra “depressi” e non “depressi”. *PASSI* AV2, anni 2015-2018**



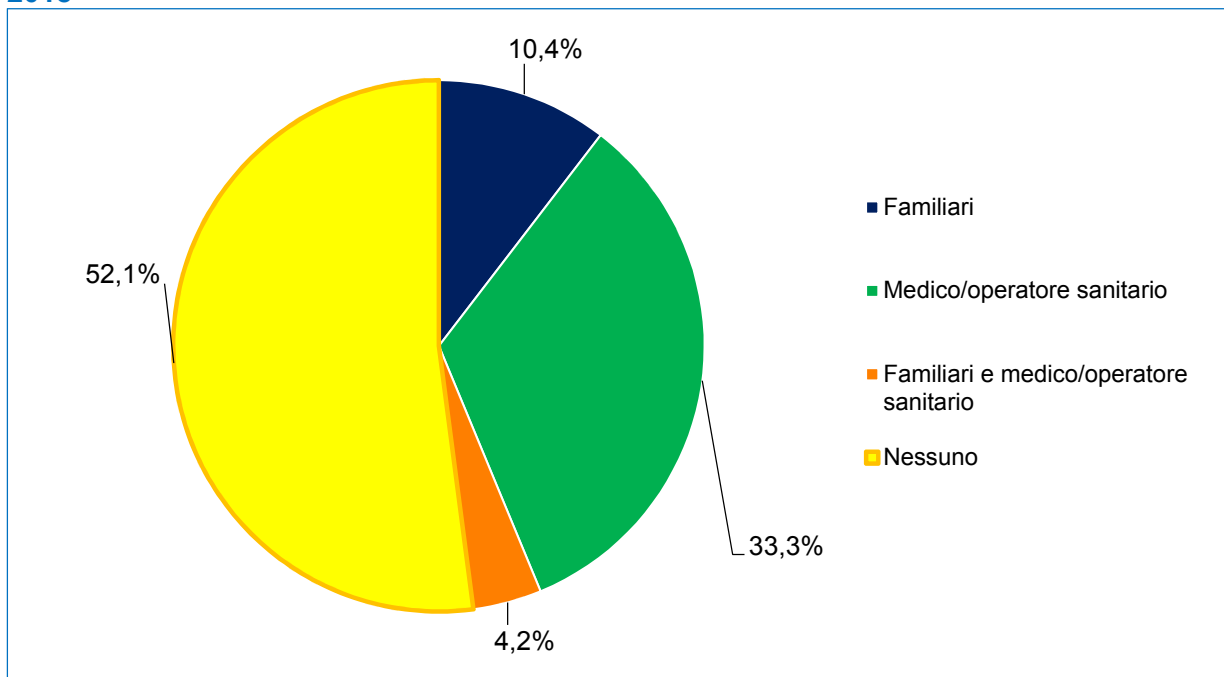
Fonte: db *PASSI* AV2, anni 2015-2018– Elaborazione: UOE, AV2

In AV2 nel quadriennio 2015-2018, meno della metà (48%) degli adulti residenti, che riferiscono sintomi depressivi, chiede l'aiuto di qualcuno (sono il 55,8% nelle Marche ed il 60,9% in Italia).

La figura 5 mostra a quali figure, in AV2, si rivolgono più frequentemente le persone che presentano sintomi di depressione:

- il 33% chiede l'aiuto di un medico o di un altro operatore sanitario (22% nelle Marche; 30% in Italia);
- il 10% ne parla con amici o familiari (23% nelle Marche; 21% in Italia);
- il 4% fa riferimento sia ad operatori sanitari sia ad amici/familiari (11% nelle Marche; 10% in Italia);
- il 52% non fa riferimento a nessuno (44% nelle Marche; 39% in Italia).

**Fig. 5. Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione. PASSI AV2, anni 2015-2018**



Fonte: db PASSI AV2, anni 2015-2018– Elaborazione: UOE, AV2

### **1.5 I sintomi depressivi sono correlati con fattori di rischio sociodemografici e comportamentali <sup>3</sup>?**

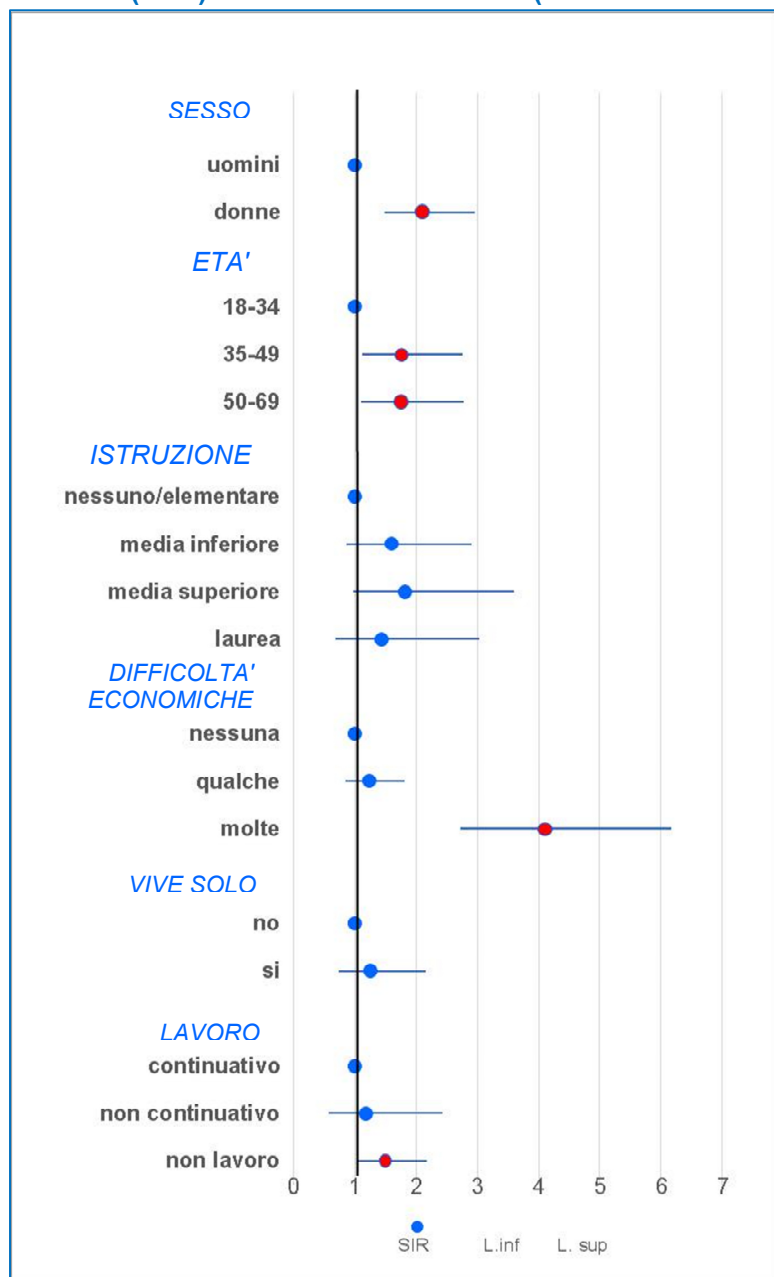
Per comprendere se la “depressione”, così come definita in *PASSI*, sia *significativamente associata*, da un punto di vista statistico, ad alcuni fattori di rischio sociodemografici e comportamentali, è stata condotta un’analisi logistica multivariata con modello di Poisson. Per questo tipo di analisi sono stati utilizzati i dati *PASSI* del periodo 2008-2018: si tratta complessivamente di 3.763 interviste telefoniche rivolte agli adulti residenti in AV2 in fascia d’età target.

L’analisi multivariata svolta, controllando per eventuali variazioni temporali risultate non significative, mostra un’associazione statisticamente significativa tra sintomi di depressione e: sesso femminile (Adjusted Prevalence Ratio (APR)=2,10; 95%CI 1,48-2,97), età ≥ 50 anni

<sup>3</sup> Dati presentati al XLIII Convegno dell’Associazione Italiana di Epidemiologia, Catania – 23-25 ottobre 2019

(APR=1,75; 95%CI 1,10-2,78), difficoltà economiche (APR=4,10; 95%CI 2,72-6,17) e disoccupazione (APR=1,49; 95%CI 1,02-2,17) (Fig.6).

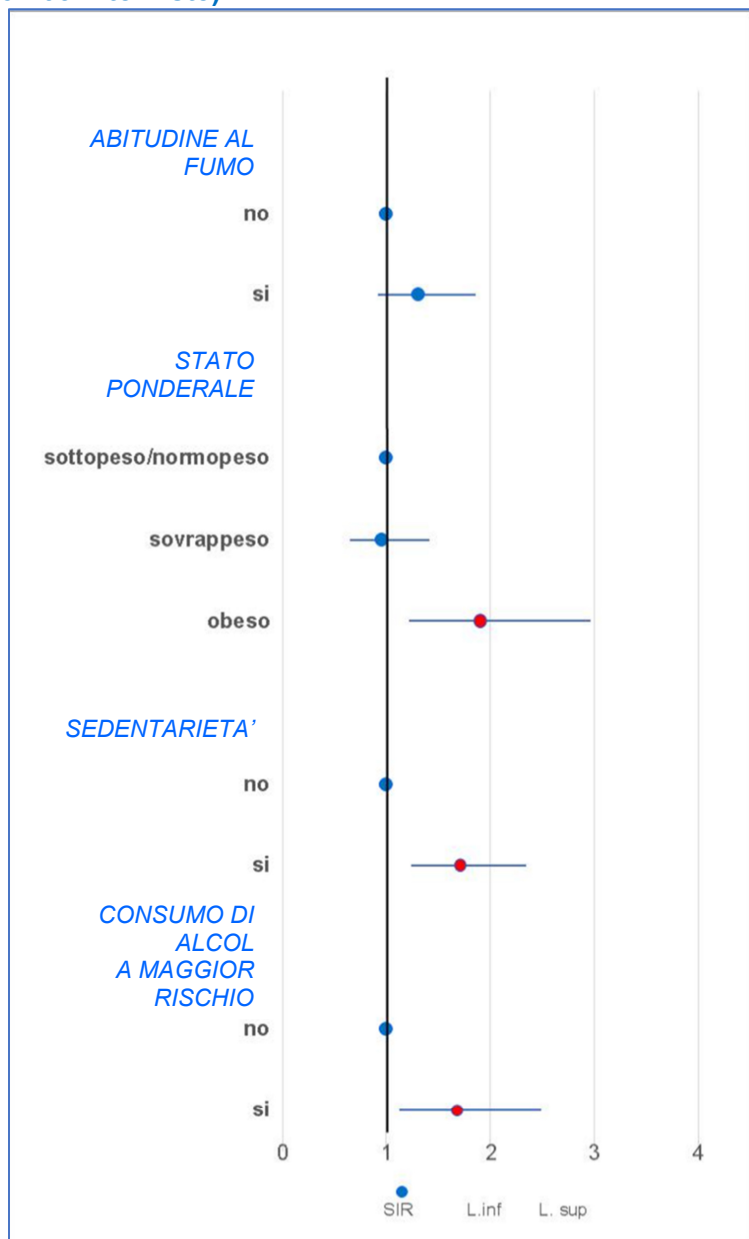
**Fig. 6. Adulti tra 18-69 anni residenti in AV2 con sintomi depressivi, per caratteristiche demografiche e socio-economiche. Adjusted Prevalence Ratio e relativi intervalli di confidenza (95%). Dati PASSI 2008-2018 (n. 3.763 interviste).**



Fonte db PASSI AV2, anni 2008-2018– Elaborazione: UOE, AV2

Chi ha sintomi depressivi (anche aggiustando per anno di rilevazione, caratteristiche sociodemografiche e presenza di patologie croniche) è più a rischio di: obesità (APR=1,90; 95%CI 1,22-2,96), sedentarietà (APR=1,70; 95%CI 1,24-2,34) e di bere alcol in eccesso (APR=1,67; 95%CI 1,13-2,48) (Fig.7).

**Fig. 7. Adulti tra 18-69 anni residenti in AV2 con sintomi depressivi, per stili di vita a rischio. Adjusted Prevalence Ratio e relativi intervalli di confidenza (95%). Dati PASSI 2008-2018 (n. 3.763 interviste).**



Fonte db PASSI AV2, anni 2008-2018– Elaborazione: UOE, AV2

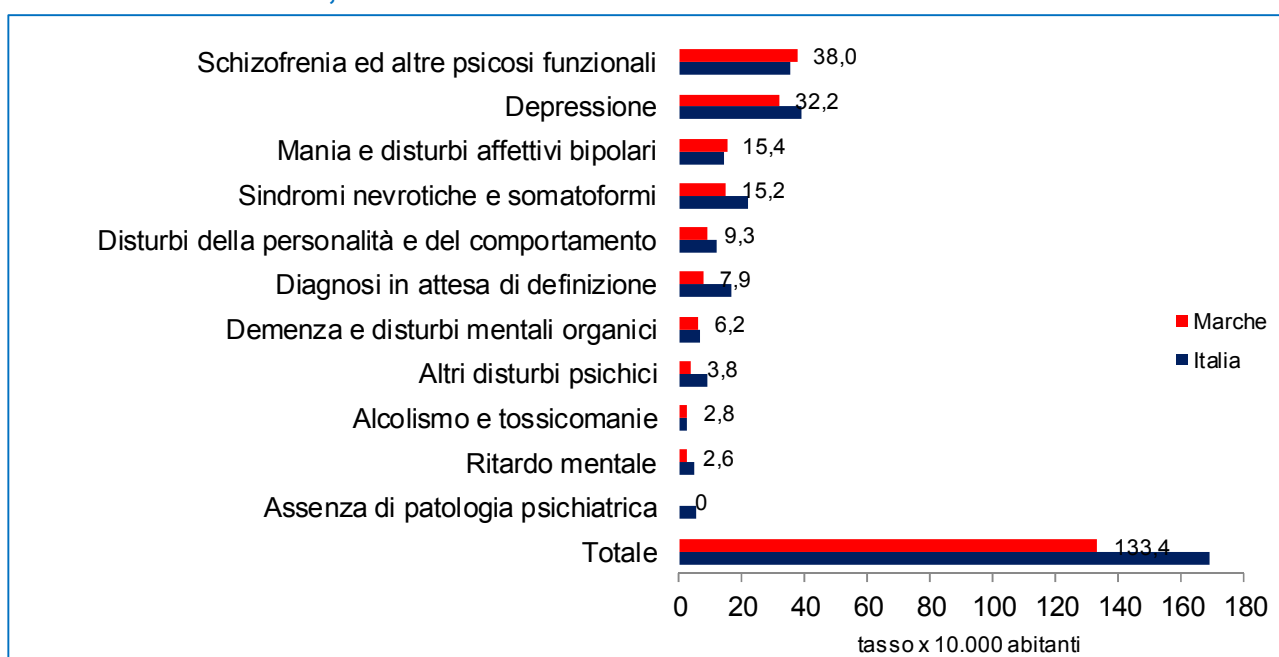
### **1.6 Quanti sono i pazienti con diagnosi di depressione “trattati” dai Dipartimenti di Salute Mentale delle Marche e quali trattamenti vengono loro erogati?**

L'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale è censita dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). La rilevazione, istituita con Decreto del Ministro della Salute del 15 ottobre 2010, fornisce informazioni inerenti gli interventi sanitari e socio-sanitari dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie. Essa inoltre rappresenta una fonte informativa utile per il monitoraggio, nazionale e regionale, dell'attività dei servizi, della quantità di prestazioni erogate, nonché delle valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento.

Il Ministero della Salute effettua un'analisi dei dati del SISM, redigendo un rapporto annuale. L'ultimo, uscito a dicembre 2018, rende disponibili i dati relativi all'anno 2017. Da questo report si evince quanto di seguito riportato, relativo alla Regione Marche (8).

Nella nostra Regione la prevalenza di individui con diagnosi di depressione, trattati dai Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale nel 2017, corrisponde a circa 32 soggetti ogni 10.000 abitanti (sono 39 ogni 10.000 in Italia). La "depressione" rappresenta, per frequenza, il secondo raggruppamento diagnostico più frequente (Fig. 8) dopo quello della "schizofrenia ed altre psicosi funzionali". Il tasso di utenti di sesso femminile è quasi il doppio di quello maschile sia nelle Marche che in Italia.

**Fig. 8. Prevalenza (tassi x 10.000 abitanti) di utenti trattati nei DSM, per gruppo diagnostico. Confronto Marche-Italia, anno 2017**



Fonte: Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Ministero della Salute, anno 2017. Elaborazione: UOE, AV2

I trattamenti relativi a pazienti con diagnosi di depressione consistono più frequentemente in prestazioni di: attività psichiatrica (35,4%), attività infermieristica al domicilio e nel territorio (24,5%), attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale (10,7%), attività psicologica e psicoterapica (9,6%).

### **1.7 La relazione tra depressione e suicidio**

“Un errore dettato dalla logica del senso comune è quello di associare, in termini di relazione causale, il disturbo depressivo maggiore ed il rischio di suicidio. La visione che oggi sembra rendere giustizia alla complessità del fenomeno (suicidario) risiede nel considerare la depressione un fattore contribuyente, importante ma non esclusivo, nel determinare il rischio di suicidio (9)”. Nella tabella 2 vengono riportati, per alcuni disturbi psichiatrici, il relativo rischio di suicidio rispetto alla popolazione generale. I dati mostrano come la depressione maggiore grave sia associata più

di altri disturbi psichiatrici al rischio di suicidio, risultando seconda solo al disturbo bipolare (SMR = 19).

**Tab. 2. Rischio di suicidio in varie patologie psichiatriche (Pompili, Imperio, Erbuto - anno 2018).**

<b>TABELLA 1</b>			
<b>RISCHIO DI SUICIDIO IN VARIE DISTURBI PSICHIATRICI</b>			
<i>(Adattato da Harris &amp; Barraclough. Br J Psychiatry. 1997;170:205-208; Tondo et al., CNS Drugs. 2003;17:491-511)</i>			
<b>Disturbo</b>	<b>Rischio relat. (SMR)</b>	<b>Tasso di suicidio (% anno)</b>	<b>Totale (%)</b>
Disturbo bipolare	21	0,31	15,5
Depressione maggiore grave	19	0,29	14,6
Poliabuso di sostanze	19	0,28	14,7
Distonia	11	0,17	8,6
Disturbo ossessivo-compulsivo	11	0,14	8,2
Disturbo da panico	11	0,16	7,2
Schizofrenia	8,0	0,12	6,0
Disturbo di personalità	6,7	0,10	5,1
Abuso di alcol	5,3	0,08	4,2
Popolazione generale	1,00	0,015	0,72

SMR = tasso di mortalità standardizzato per il rischio nella popolazione generale, corretto per età e sesso. Il rischio *lifetime* è basato su un tasso annuo di suicidio per 60 anni di rischio potenziale. Il rischio nel disturbo bipolare I e II è simile ma il tasso di suicidi negli uomini è maggiore rispetto a quello nelle donne diagnosticate con disturbo bipolare. La depressione grave comporta il ricovero; la depressione moderata è una stima della depressione maggiore in pazienti ambulatoriali più la distimia. I disturbi d'ansia includono il disturbo di panico con agorafobia e il disturbo ossessivo-compulsivo.

Pompili M., Imperio T., Erbuto D.: "Depressione e Suicidio". Tratto da: "Depressione Volume 1" in "Focus on brain". Rivista di neuroscienze, n. 3 Febbraio 2018 <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-3/contributo-esperti/depressione-e-suicidio/> ultimo accesso 19 luglio 2019 (9).

Di seguito si riporta una descrizione del fenomeno suicidario nell'Area Vasta 2.



## IL FENOMENO SUICIDARIO

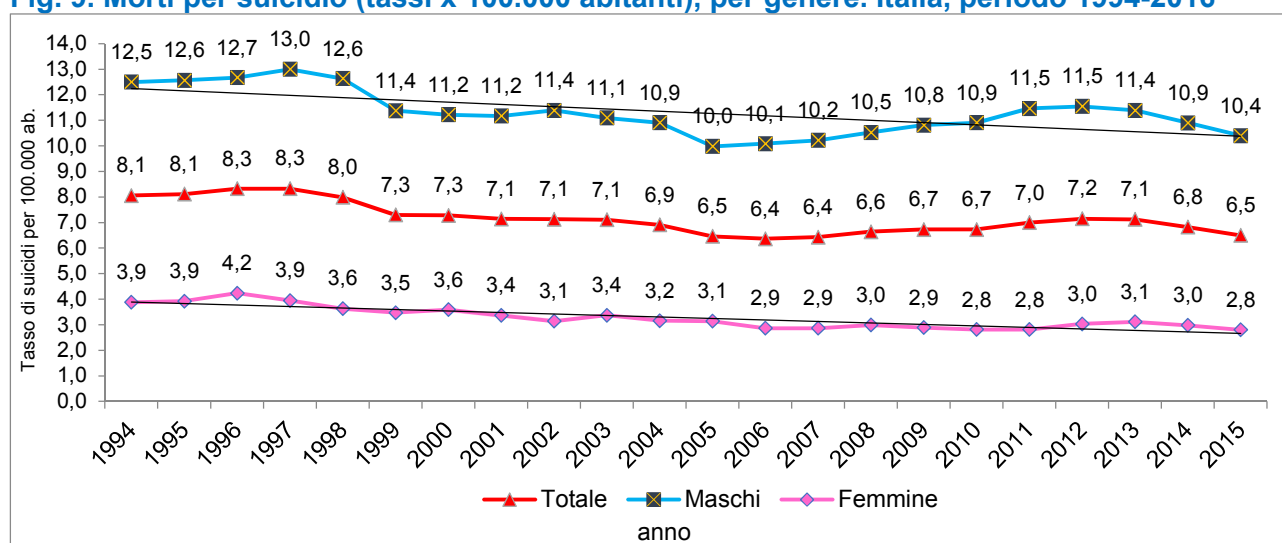
### 2.1 Quantificazione del problema nel mondo, in Italia, nella Regione Marche e nella provincia di Ancona

Il suicidio è un serio problema di salute pubblica: l'OMS riferisce che nel mondo circa 800.000 persone ogni anno muoiono per questa causa. Inoltre molti più soggetti lo tentano: ci sono indicazioni che per ogni adulto che muore per suicidio ci siano stati più di 20 altri tentativi. Ogni suicidio è una tragedia che colpisce famiglie, comunità e interi paesi e ha effetti a lungo termine sulle persone (10).

In Italia è l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) a diffondere un quadro del fenomeno che copre un lungo periodo di tempo: dal 1994 al 2015 (Fig. 9).

Dai dati emerge una significativa diminuzione dei suicidi nel ventennio 1995-2015 (-14,0%): nel 1995 sono complessivamente 8,1 i suicidi ogni 100 mila abitanti che calano a 6,5 nel 2015 (3.935 decessi). Ciò colloca l'Italia in basso nella graduatoria europea: è di 6,5 suicidi per 100.000 residenti il tasso standardizzato di mortalità nel periodo 2011-2014, mentre quello relativo alla media UE28 è di 11,7 per 100.000) (11).

Fig. 9. Morti per suicidio (tassi x 100.000 abitanti), per genere. Italia, periodo 1994-2016



Fonte: ISTAT: "Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell'Istat". Tavole, 9 settembre 2017. <https://www.istat.it/it/archivio/203366> Ultimo accesso 30 luglio 2019 (11).

I dati della regione Marche così come quelli della provincia di Ancona vengono estrapolati sempre dalla fonte ISTAT.

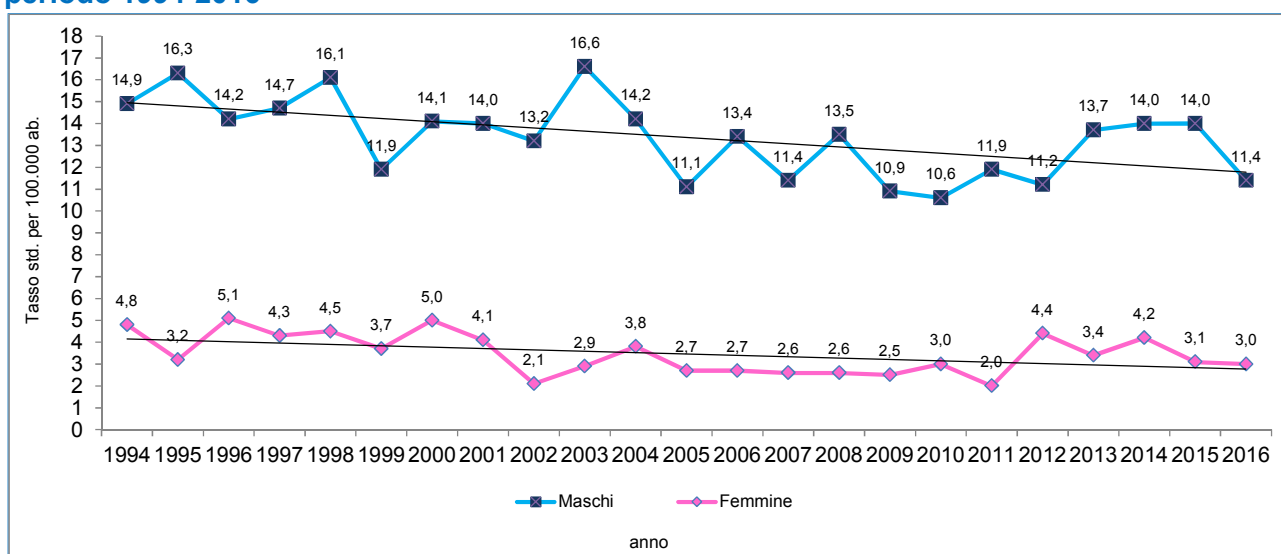
Nelle Marche le morti per suicidio, autolesione nel 1994 sono (Fig. 10):

- tra gli uomini circa 15 ogni 100 mila abitanti, che divengono 11 ogni 100.000 abitanti nel 2016;
- tra le donne circa 5 ogni 100.000 abitanti, che scendono a 3 ogni 100.000 abitanti nel 2016.

In provincia di Ancona invece le morti per suicidio, autolesione nel 2003 (primo anno disponibile) sono (Fig. 11):

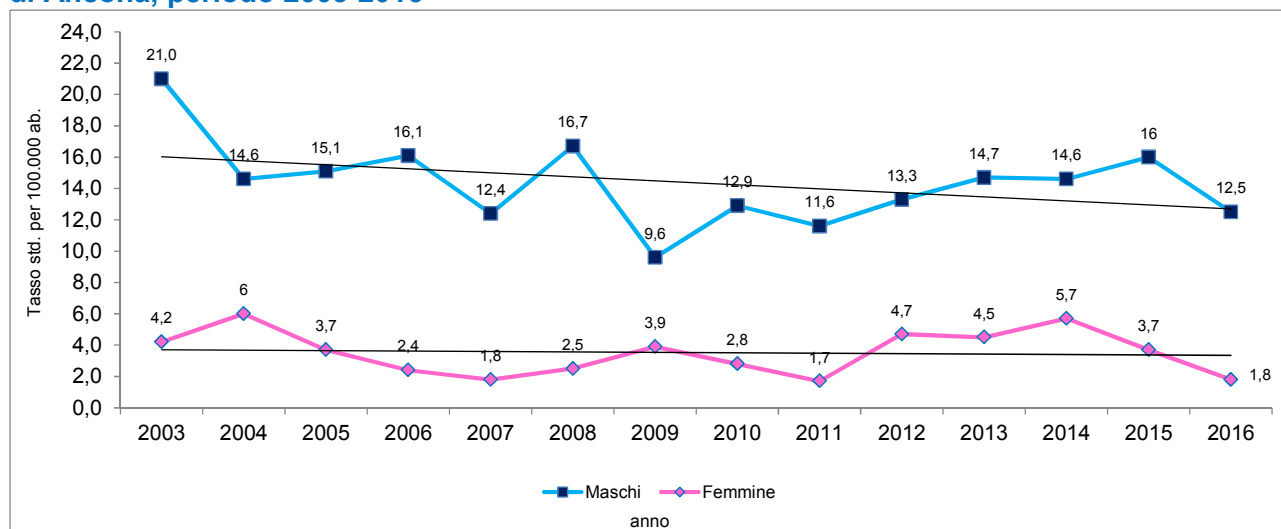
- tra il genere maschile circa 21 ogni 100 mila abitanti, che divengono 13 ogni 100.000 abitanti nel 2016, con un trend francamente decrescente;
- tra il genere femminile circa 4 ogni 100.000 abitanti, che divengono 2 ogni 100.000 abitanti nel 2016, con un trend sostanzialmente stabile.

**Fig. 10. Morti per suicidio, autolesione (tassi std. x 100.000 abitanti), per genere. Marche, periodo 1994-2016**



Fonte: ISTAT: "Health for all Italia". Versione di giugno 2019. Elaborazione: UOE, AV2.

**Fig. 11. Morti per suicidio, autolesione (tassi std. x 100.000 abitanti), per genere. Provincia di Ancona, periodo 2003-2016**

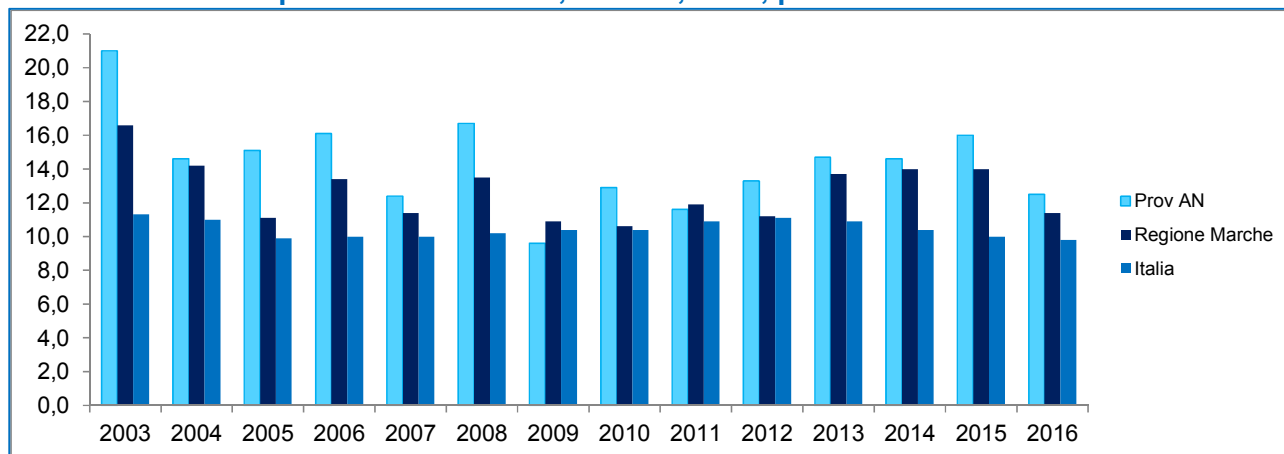


Fonte: ISTAT: "Health for all Italia". Versione di giugno 2019. Elaborazione: UOE, AV2.

In generale quindi il fenomeno suicidario, sia a livello nazionale che regionale e provinciale mostra, in questo lungo periodo temporale, una tendenza alla riduzione in entrambi i sessi.

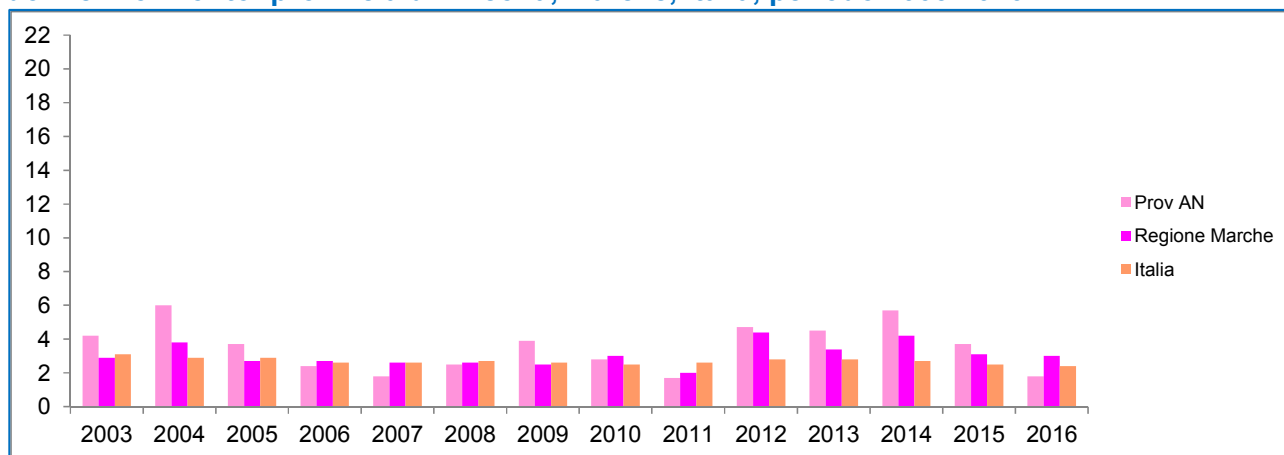
Dal confronto per genere dei tassi standardizzati di mortalità per suicidio, autolesione tra la provincia di Ancona, la regione Marche e l'Italia, nel periodo temporale 2003-2016, (Fig. 12 e Fig. 13) emerge però che i valori provinciali sono all'incirca costantemente superiori rispetto a quelli regionali e nazionali, in particolar modo nel sesso maschile.

**Fig. 12. Morti per suicidio, autolesione intenzionale (tassi std. x 100.000 abitanti), negli uomini. Confronto: provincia di Ancona, Marche, Italia, periodo 2003-2016**



Fonte: ISTAT: "Health for all Italia". Versione di giugno 2019. Elaborazione: UOE, AV2.

**Fig. 13. Morti per suicidio, autolesione intenzionale (tassi std. x 100.000 abitanti), nelle donne. Confronto: provincia di Ancona, Marche, Italia, periodo 2003-2016**



Fonte: ISTAT: "Health for all Italia". Versione di giugno 2019. Elaborazione: UOE, AV2.

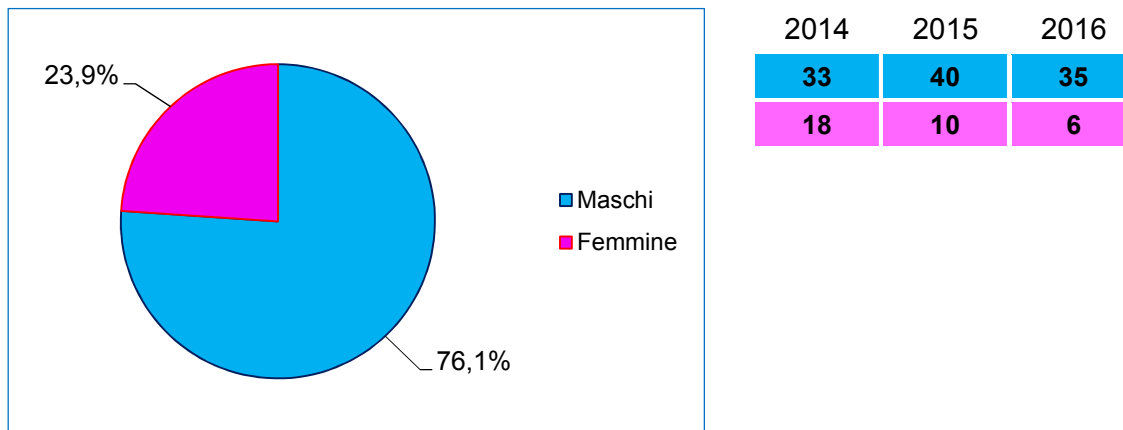
## **2.2 Caratterizzazione del problema nell'Area Vasta 2**

La descrizione del fenomeno suicidario in AV2 è possibile attraverso l'elaborazione dei dati dell'archivio informatizzato delle schede di morte ISTAT. Tale archivio è completo e disponibile per il triennio 2014-2016: in questo periodo si sono verificati 142 suicidi, circa 47 l'anno; inoltre per ciascun decesso, avvenuto con questa modalità, si stima che si siano perduti, mediamente, 28 anni potenziali ancora da vivere.

I suicidi avvenuti in AV2 nel triennio 2014-2016:

1. sono stati più frequenti nel genere maschile in linea con quanto registrato a livello nazionale e regionale (11). Il 76% dei decessi si sono verificati tra gli uomini, rispetto al 24% delle donne (Fig. 14).

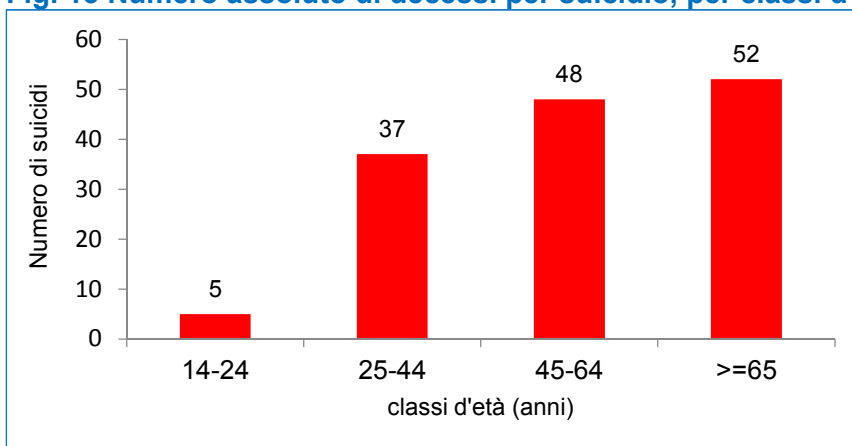
**Fig. 14 Decessi per suicidio autolesione intenzionale per sesso. AV2, anni 2014-2016 (valori assoluti e %).**



Fonte: AV2, db informatizzato schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

2. sono aumentati con l'aumentare dell'età così come osservato anche a livello nazionale (Fig. 15 e Tab. 3) (11). L'età media dei suicidi registrati è stata pari a 57 anni (deviazione standard  $\pm$  18 anni), con una mediana di 57,5 anni ed una moda di 38 anni.

**Fig. 15 Numero assoluto di decessi per suicidio, per classi d'età. AV2, anni 2014-2016**



Fonte: schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

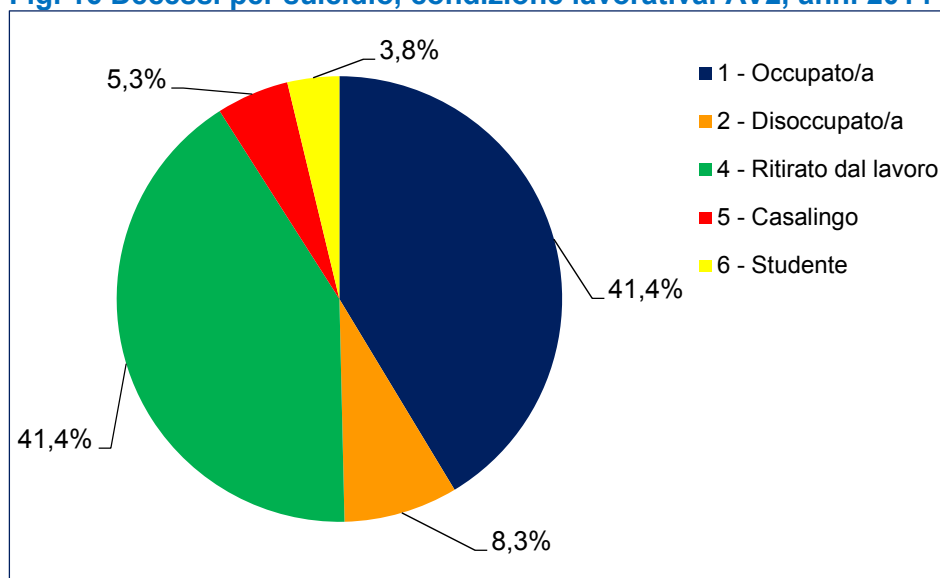
**Tab. 3 Decessi per suicidio, per classi d'età (valori percentuali). Confronto AV2, triennio 2014-2016 rispetto ad Italia, anno 2015**

Classi d'età	AV2, anni 2014-2016	Italia, anno 2015
	%	%
Fino a 24 anni	4	5
25-44 anni	26	23
45-64 anni	34	37
>= 65 anni	37	35
Totale	100	100

Fonte: AV2= archivio informatizzato delle schede di morte ISTAT, anni 2014-2016; Italia= ISTAT "Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell'Istat". <https://www.istat.it/it/archivio/203366> Ultimo accesso 30 luglio 2019–(11). Elaborazione: UOE, AV2

3. hanno interessato, nelle stesse proporzioni, persone occupate e ritirate dall'attività lavorativa (41,4%) seguite dai disoccupati (8%), casalinghe (5,3%) e studenti (4%) (Fig. 16).

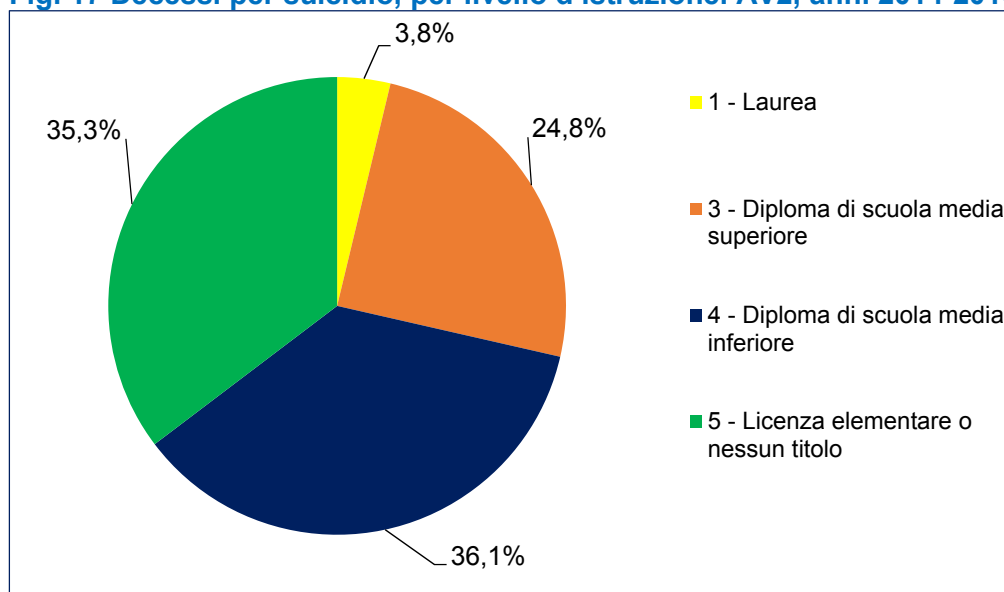
**Fig. 16 Decessi per suicidio, condizione lavorativa. AV2, anni 2014-2016**



Fonte: db informatizzato delle schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

4. hanno riguardato più frequentemente i soggetti con basso livello d'istruzione: tra i deceduti a causa di questa modalità il 36% aveva conseguito un diploma di scuola media inferiore ed il 35% al massimo quello di licenza di scuola elementare; il 25% invece era in possesso di un diploma di scuola media superiore ed il 4% di una laurea (Fig. 17). Ciò in linea con quanto descritto a livello nazionale (11).

**Fig. 17 Decessi per suicidio, per livello d'istruzione. AV2, anni 2014-2016**



Fonte: db informatizzato delle schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

5. hanno interessato più frequentemente i soggetti divorziati (10 suicidi ogni 10.000 residenti), seguiti dalle persone in condizioni di vedovanza (4 suicidi ogni 10.000 residenti) (Tab. 4).

**Tab. 4: Tasso grezzo di suicidi, per stato civile ogni 10.000 residenti. AV2, anni 2014-2016**

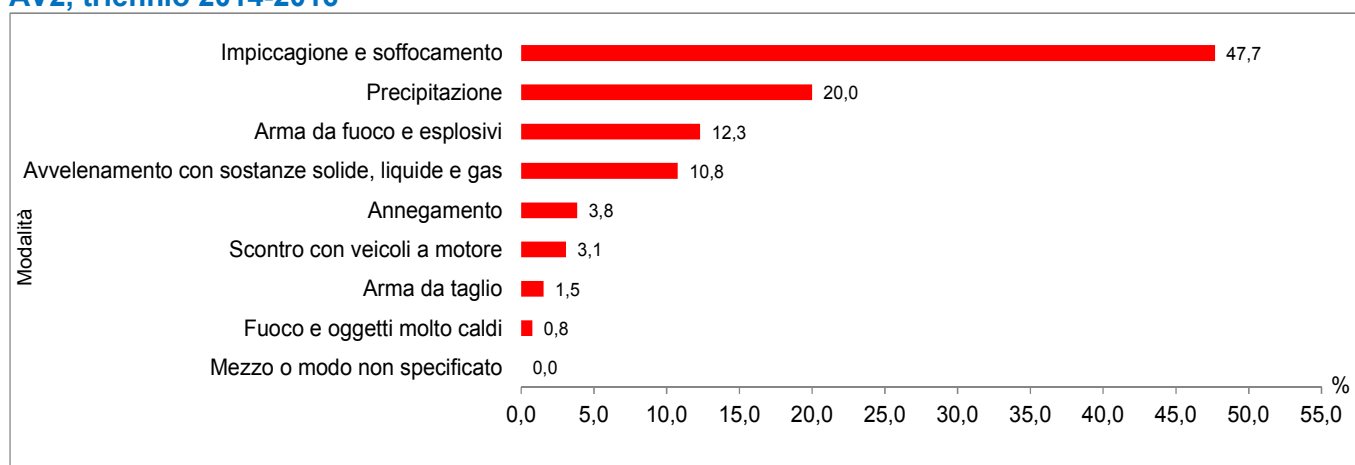
Stato civile	Tasso grezzo di suicidio (x 10.000 residenti)
Celibe/Nubile	2,6
Coniugato	3,0
Vedovo	4,0
Divorziato o già coniugato	10,2

Fonte: db informatizzato delle schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

6. sono avvenuti più frequentemente mediante l'impiccagione e soffocamento (48,%) , seguita da precipitazione (20%) e dall'uso di arma da fuoco ed esplosivi (12%). L'ordine di frequenza delle modalità di accadimento del suicidio in AV2 per il triennio 2014-2016 rispecchiano quelle che si sono registrate a livello nazionale nel 2014 (Fig. 18 e Fig. 19) (11).

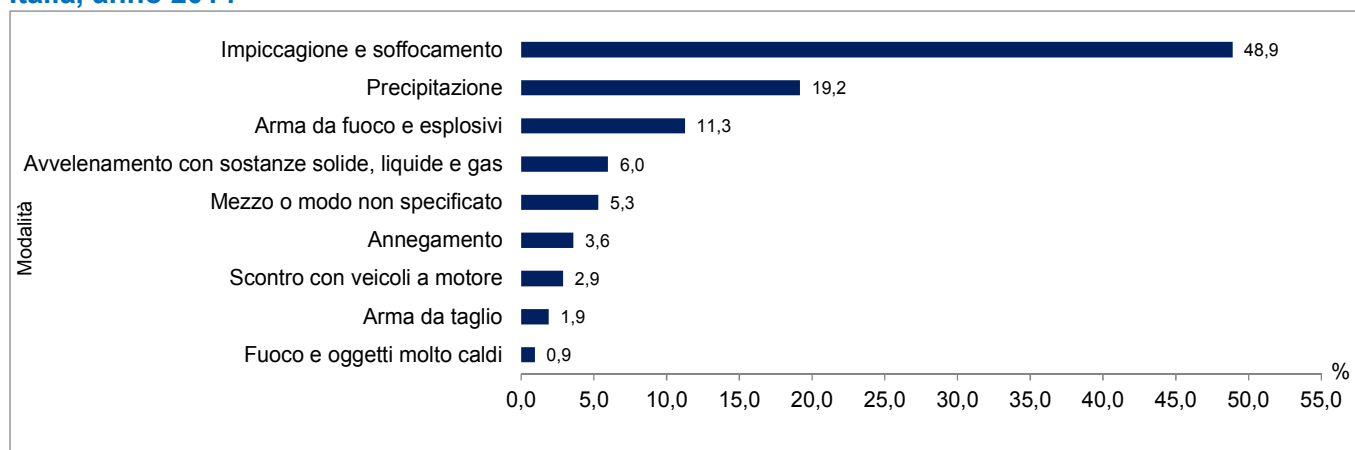
Anche in AV2 così come a livello nazionale ci sono delle differenze nella frequenza della tipologia di suicidio tra i due generi: se in entrambi i sessi al primo posto c'è l'impiccagione e soffocamento (47% uomini e 50% donne) e al secondo la precipitazione (20% uomini e 19% donne), al terzo posto gli uomini utilizzano come modalità di suicidio il colpo da arma da fuoco (15%) ed al quarto l'avvelenamento (9%), mentre tra le donne al terzo posto c'è l'avvelenamento (16%) ed al quarto l'annegamento (9%).

**Fig. 18 Decessi per suicidio, autolesione per modalità dello stesso, in entrambi i generi. AV2, triennio 2014-2016**



Fonte: db informatizzato schede di morte ISTAT, anni 2014-2016– Elaborazione: UOE, AV2

**Fig. 19 Decessi per suicidio, autolesione per modalità dello stesso, in entrambi i generi. Italia, anno 2014**



Fonte: ISTAT “Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell’Istat”. <https://www.istat.it/it/archivio/203366> Ultimo accesso 30 luglio 2019– (11). Elaborazione: UOE, AV2

Per soli 32 casi di suicidio (22,5%), sui 142 presenti nel database informatizzato delle schede di morte ISTAT dell’AV2, sono riportate, ancorché in modo incompleto, la sequenza di stati morbosi che ha “condotto” alla morte e/o le malattie o condizioni che hanno contribuito al decesso.

Analizzando complessivamente tutte le patologie, indicate in queste sole 32 schede, risulta che in 20 casi (62,5%) sono menzionati i disturbi depressivi.

## Riflessioni/considerazioni

### *LA MALATTIA DEPRESSIVA ED IL FENOMENO SUICIDARIO SONO PROBLEMI PRIORITARI DI SALUTE PUBBLICA*

La patologia depressiva ed il fenomeno suicidario sono tra problemi di salute pubblica identificati e scelti dall'OMS come prioritari perché: non sono infrequenti, ma soprattutto perché rappresentano un "grande carico di sofferenza" in termini di mortalità, morbilità, disabilità, hanno elevati costi economici e sono associati alle violazioni dei diritti umani.

Come tali essi sono stati inseriti in un programma denominato: "Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)"- *Programma di intervento per la riduzione del divario nel trattamento dei problemi mentali nel mondo*". Questo Piano dell'OMS definisce una serie di strategie, efficaci ed economicamente sostenibili, per cercare di colmare il "gap", in termini di disponibilità di servizi e del relativo accesso, tra coloro che hanno bisogno di cure e coloro che effettivamente le ricevono (12).

### *Considerazioni sulla frequenza dei disturbi depressivi e del fenomeno suicidario nelle Marche ed in AV2*

- Il Rapporto ISTAT sulle: "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea" (4) evidenzia che nel 2015 nelle Marche le persone di 15 anni e più con almeno un disturbo depressivo, nelle due settimane precedenti l'intervista, siano circa 6 ogni 100 (tasso standardizzato pari a 5,6 per 100; lo stesso valore viene registrato per l'Italia). Queste frequenze sono "sostanzialmente" simili a quanto rilevato nel quadriennio 2015-2018 dalla sorveglianza epidemiologica *PASSI* in termini di prevalenza standardizzata dei sintomi depressivi tra i residenti dai 18 ai 69 anni: 5,2% nelle Marche; 5,9% in Italia. Stante questa "validità" dei dati *PASSI*, derivata dal confronto con i valori ISTAT sopra-menzionati, la medesima sorveglianza può essere utilizzata con "ragionevole confidenza" per stimare la prevalenza di adulti "depressi" in AV2. Essa allora dai dati *PASSI*, per il quadriennio considerato, risulta essere del 4,6% (IC 95%: 3,5-6,1) corrispondente a circa 14.900 persone.
- Il flusso delle schede di morte ISTAT è invece la fonte informativa più "affidabile" per stimare la frequenza del fenomeno suicidario. In Italia nel periodo 1994-2015 si sono contate 95.103 morti per suicidio, di cui 2.967 sono da ascrivere a soggetti residenti nella regione Marche. Nell'Area Vasta 2 la disponibilità di un archivio completo e informatizzato di queste schede ISTAT al momento c'è solo per il triennio 2014-2016. In questo arco temporale si sono registrati 142 decessi per questa causa tra i residenti della nostra Area Vasta; i dati di letteratura però ci dicono che per ogni suicidio viene stimato che ci sia un numero tra i 10-20 individui che lo tentano. Quindi il problema è ancora più esteso.



### Considerazioni sul “carico di sofferenza” associato ai disordini depressivi ed al fenomeno suicidario

Descrivere il “carico di sofferenza” che “si portano dietro” il fenomeno suicidario e la malattia depressiva è impresa ardua che va al di là delle competenze degli autori di questo report e degli obiettivi informativi che essi stessi si sono prefissati nella sua stesura. Pertanto di seguito se ne dà solo brevi cenni.

- La malattia depressiva è una delle principali cause di altre patologie e di disabilità nel mondo. Ci sono studi che evidenziano come la depressione aumenti il rischio di disturbi da uso di sostanze ed il rischio di insorgenza di malattie croniche come quelle cardiovascolari e il diabete (13). La depressione infatti è associata a peggiori condizioni di salute percepita, sia fisica che mentale; a sua volta essa può portare a “più stress e disfunzione” e quindi a peggiorare la situazione della vita della persona e della depressione stessa. Altri studi hanno mostrato che i sintomi depressivi possono essere correlati ad un aumento del rischio di adozione di abitudini di vita non salutari che sono implicati nell’insorgenza delle malattie cronicodegenerative (14). In questo report, coerentemente con quanto appena detto, si è evidenziato che i soggetti adulti depressi, residenti in AV2, sono a maggior rischio di obesità, sedentarietà e di bere alcol in eccesso, rispetto ai non depressi, quindi di conseguenza essi sono anche maggiormente suscettibili di sviluppare malattie cronicodegenerative.
- In accordo con i dati di letteratura in AV2 la maggior frequenza di suicidi si verifica nelle classi d’età 45-64 anni e 65 anni e più. Il fenomeno ha riguardato tuttavia “vite ancora giovani”: infatti l’età media dei residenti, suicidatisi tra il 2014-2016, è di 57 anni; con una mediana di 57,5 anni. Mediamente, per decesso, si sono perduti 28 anni potenziali ancora da vivere. Quest’ultimo valore non è molto diverso da quello pubblicato dalla Provincia Autonoma di Trento dove tra il 2006 ed il 2009 si sono suicidate 147 persone con una perdita media per decesso di circa 32 anni potenziali ancora da vivere (15). Inoltre il suicidio è un “atto personale” che però causa molti effetti su “tanti”, vale a dire sui membri della famiglia e sugli amici. “La perdita di un caro per suicidio è inaspettata, violenta e traumatica e lascia le persone che conoscevano il suicida con la convinzione che qualcosa poteva essere fatto per evitare la sua morte. Il dolore psicologico insopportabile che esso provava e che è alla base del suicidio viene poi “ereditato” dai familiari e dagli amici. In alcuni casi gli stessi familiari divengono a rischio di suicidio se non sono prontamente forniti programmi di assistenza adeguati (Farberow, 2005) (16)”.

### IL PROBLEMA DELLO “STIGMA SOCIALE” NEL DISTURBO DEPRESSIVO E NEL FENOMENO SUICIDARIO

E’ ancora un’impresa ardua per gli autori di questo report, per gli stessi motivi indicati nel sottoparagrafo precedente (“carico di sofferenza”), descrivere il problema dello “stigma sociale” associato al disturbo depressivo ed al fenomeno suicidario, che invece è largamente ben

documentato nella letteratura scientifica di settore. Pertanto, anche in questo caso, di seguito se ne fanno solo alcuni cenni, prendendo spunto dai dati emersi dall'analisi epidemiologica.

“Il termine stigma (dal greco) fa riferimento ad un segno o un marchio, un attributo dispregiativo.

Il problema dello stigma origina dall'interno del contesto sociale e relazionale: nella società una persona viene “stigmatizzata” quando un suo attributo, caratteristica o disturbo viene etichettato come differente e inaccettabile.

Le conseguenze dello stigma sono:

- emarginazione;
- evitamento sociale, solitudine, rabbia, senso di abbandono;
- colpevolizzazione e vergogna per la persona e per la sua famiglia;
- rischio di suicidio (17)”.

➤ Ancora oggi le malattie mentali sono oggetto, più di altre patologie, di stigma sociale. “La malattia mentale altera le caratteristiche fondamentali della persona:

- nel pensiero;
- nell'espressione dei sentimenti;
- nelle relazioni con gli altri (17)”.

La malattia mentale rende la persona poco comprensibile. Tale incomprendimento crea “il diverso”: di qui lo stigma. Questo “etichettamento” negativo può rappresentare anche un ostacolo insormontabile all'accesso ai servizi: molte persone malate non cercano aiuto e non si curano per mancanza di informazione, per paura e per la vergogna di essere stigmatizzati. In letteratura viene descritto che chi soffre di disturbi mentali (anche i più comuni quali la depressione e l'ansia) non ricerca affatto aiuto o decida di chiedere un consulto specialistico solo dopo molto tempo dall'esordio della patologia, magari sottovalutando le proprie problematiche o ritenendole indegne di cura (auto-stigma). Proprio riguardo la “richiesta di aiuto” anche i dati della sorveglianza epidemiologica *PASSI*, riportati in questo lavoro, hanno mostrato che meno della metà degli adulti con sintomi depressivi, residenti in AV2, ha cercato il soccorso di una qualche figura di riferimento (sanitario/familiare/amico) per alleviare le sofferenze, ma più della metà, il 52%, non ne ha parlato con nessuno (sono il 44% nelle Marche ed il 39% in Italia). Non sappiamo “*il perché*” in quanto purtroppo *PASSI* non approfondisce le “motivazioni” di questa decisione (come invece ad esempio fa per chi riferisce di non aderire ai programmi di screening oncologico), ma comunque l'informazione che viene restituita da *PASSI* è quella di un problema di enorme portata. Ciò anche perché in letteratura si evidenzia che i disturbi depressivi sono patologie che non vanno gestite con puri atti di volontà (“devo essere forte” e “devo farcela da solo”), bensì sono curabili attraverso appropriati interventi medici specialistici, il cui primo passo per l'attuazione è trovare il coraggio di chiedere aiuto.

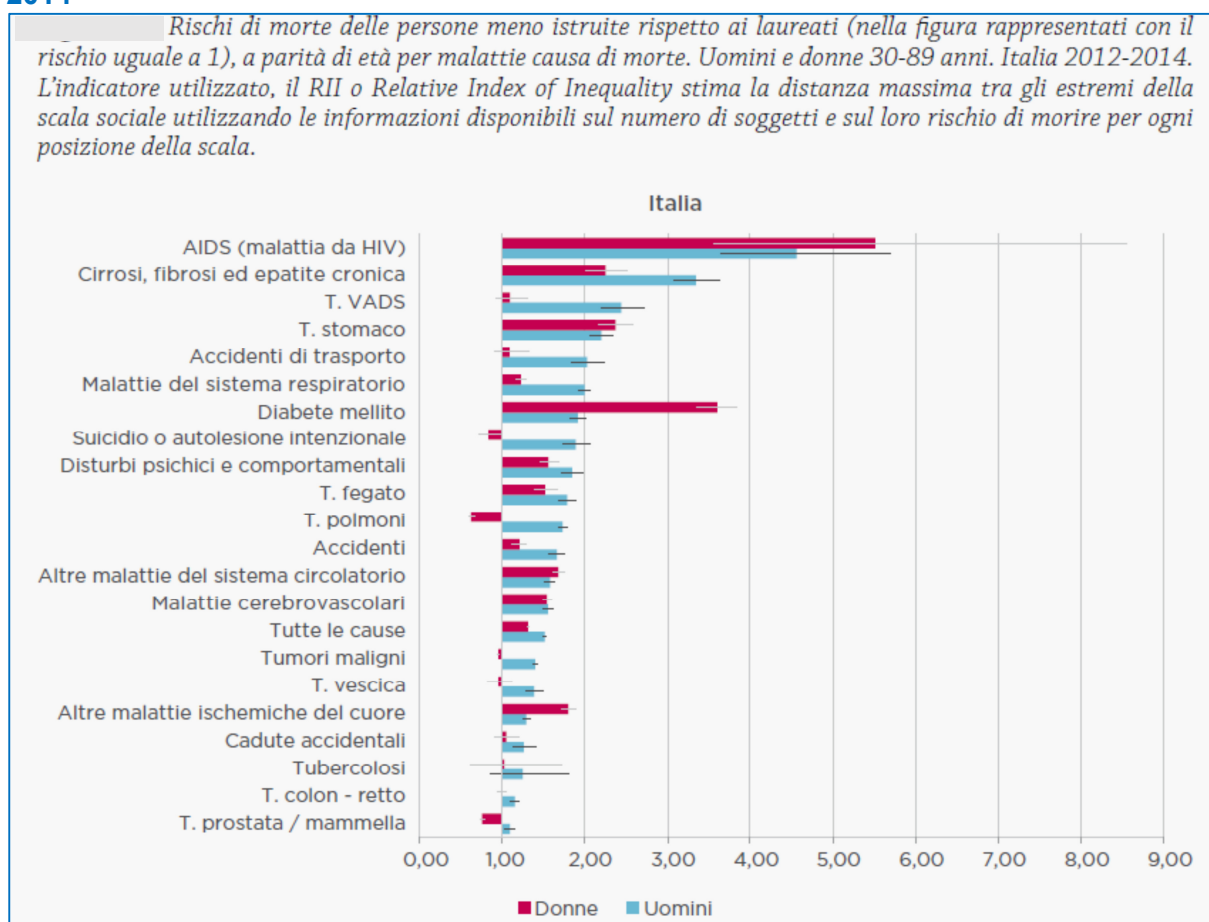
- La stigmatizzazione del suicidio ha radici storiche e culturali; in passato la colpevolizzazione del suicida e dei suoi familiari era esplicita e si accompagnava alla progressiva emarginazione di questi ultimi. Ancora oggi però il suicidio è un comportamento fortemente stigmatizzato in quanto influenzato da forme diverse di pregiudizio che sviliscono non soltanto chi si è suicidato o ha tentato di farlo, ma anche il “gruppo di appartenenza” vale a dire i familiari e/o amici che hanno sperimentato questo evento drammatico. “Dopo il suicidio, i familiari del defunto riportano in molti casi shock, rifiuto della perdita, dolore, ottundimento emotivo, rabbia, vergogna, disperazione, incredulità, depressione, tristezza, solitudine, sentimenti di abbandono, ansia e irritabilità. In alcuni casi, la perdita slatentizza un disturbo più grave (18)”. Essi riducono drasticamente i contatti con le “reti relazionali” nel loro complesso. Ciò è la conseguenza di un isolamento che i “sopravvissuti” alla perdita di un caro si impongono, ma che anche “in parte” subiscono. La stigmatizzazione e “l’evitamento” hanno pesanti conseguenze sulla possibilità di chiedere aiuto e conforto per la sofferenza che si prova. Accade spesso infatti che i “familiari/ amici della persona che si è suicidata, probabilmente per vergogna, rifiutino la “compassione” ed il sostegno offerto e questo comporta un maggiore isolamento che incrementa la stigmatizzazione. Ne nasce così un circolo vizioso pericoloso: non è un caso che i “sopravvissuti” siano stati definiti: “la più grande comunità di vittime nell’area della salute mentale connessa al suicidio (Shneidman, 1972) (16)” e che nelle famiglie in cui qualcuno si è suicidato, il rischio che tale evento si ripeta è due volte più elevato che nelle famiglie dove non è mai avvenuto un suicidio (19).

#### L’ASSOCIAZIONE DEI SINTOMI DEPRESSIVI E DEL FENOMENO SUICIDARIO CON LO SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO

- Ci sono evidenze che molti disturbi mentali, tra cui la depressione e l’ansia, siano distribuiti nella società in modo non omogeneo. Sembra infatti che venga seguito un gradiente di benessere economico per cui i poveri ed i meno agiati sono i più colpiti e sono anche coloro che soffrono di più per le conseguenze avverse di tali disturbi (20). Una revisione epidemiologica su studi di popolazione nei Paesi Europei ha dimostrato che incidenze più elevate di disturbi mentali comuni sono associate a un basso livello di istruzione, ad una situazione di svantaggio materiale ed alla disoccupazione (21). L’analisi epidemiologica condotta in questo lavoro ha evidenziato anche in AV2 la presenza di un’associazione forte e statisticamente significativa fra i sintomi depressivi e: la disoccupazione e le difficoltà economiche. Ciò in coerenza con quanto descritto nella letteratura scientifica.
- Differenze socio-economiche nella mortalità, a favore delle fasce sociali più avvantaggiate, sono state ben documentate in molti paesi europei in modo sistematico. L’ISTAT, nell’ambito del progetto “Differenze socio-economiche nella mortalità”, inserito nel Piano Statistico Nazionale, ha costruito una base dati che permette di studiare le diseguaglianze nella mortalità

della popolazione italiana mediante record-linkage tra i dati degli archivi dell'“Indagine su decessi e cause di morte” e il “Censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011”. Elaborando le informazioni di questo archivio, per il triennio 2012-2014, il Ministero della Salute ha prodotto un documento: “L'Italia per l'equità nella salute” pubblicato nel 2017 (22) da cui si evince che quasi tutte le malattie, causa di morte, sono in eccesso tra le persone meno istruite. Riguardo i decessi per suicidio od autolesione intenzionale l'Indice di Diseguaglianza Relativa (Relative Index of Inequalities -RII), che misura il rischio di morire, in termini di diseguaglianze socioeconomiche, tra i meno istruiti verso i più istruiti è: nel sesso maschile all'incirca pari a 2, a sfavore degli uomini con titolo di studio basso (Fig. 20), mentre sembrerebbe avvenire il contrario nel sesso femminile. Cioè ad essere più a rischio di suicidio od autolesione intenzionale sarebbero le donne con livello d'istruzione alto. Anche in questo report è risultato che il fenomeno suicidario in AV2, nel triennio 2014-2016, si è verificato più frequentemente fra i meno istruiti: infatti 7 decessi per suicidio su 10 (pari al 71,4%) hanno riguardato persone con titolo di studio non più alto della scuola media inferiore.

**Fig. 20 Rischi di morte delle persone meno istruite rispetto ai laureati. Italia, periodo 2012-2014**



Fonte: Ministero della Salute: “L'Italia per l'equità nella salute”, anno 2017 (22).

## L'INFLUENZA DELLA CRISI ECONOMICA SUGLI ANDAMENTI TEMPORALI DEI SINTOMI DEPRESSIVI E DEL FENOMENO SUICIDARIO

Nel 2008 l'Europa è entrata in un periodo di crisi finanziaria senza precedenti a seguito di una recessione economica globale. Diversi paesi dell'Unione Europea, tra cui l'Italia, hanno affrontato il calo del prodotto interno lordo (PIL) e l'aumento del debito pubblico, mentre le singole famiglie hanno sperimentato l'insicurezza finanziaria creata dalla perdita dei posti di lavoro e dai salari ridotti. Tutto ciò ha prodotto effetti negativi non solo sul tenore di vita, ma anche sulle condizioni di salute delle persone, in special modo in quelle appartenenti alle fasce sociali più deboli. Infatti la letteratura scientifica in questi ultimi anni sta producendo "prove", sempre più numerose ed importanti, riguardanti le conseguenze negative sulla salute umana verificatesi a causa della crisi economica. Citiamo, come esempio, due "systematic review"(cioè studi epidemiologici che riassumono l'"evidenza scientifica" raccolta in diverse indagini) che mostrano come la recessione abbia avuto un impatto negativo sui suicidi e sulle malattie mentali (come l'ansia e la depressione) (23), ma anche sullo stress e sugli esiti di salute a esso correlati (24). Recentissimamente sulla rivista "Epidemiologia & Prevenzione" è uscito un articolo intitolato: "Eccesso di suicidi dovuto alla crisi economica globale in Italia: un aggiornamento" da cui si evince la presenza di eccessi di suicidi in entrambi i sessi tra il 2008 e il 2015. Gli autori ipotizzano, anche considerando i risultati di precedenti lavori scientifici, che gli eccessi di suicidi non possano essere attribuiti alle normali fluttuazioni nel tempo, ma che debbano essere ricondotti alle conseguenze della crisi economica (25).

In Fig. 21 si confronta il trend del prodotto interno lordo italiano nel periodo 2000-2018 con i seguenti andamenti temporali, 2008-2018, registrati nella regione Marche:

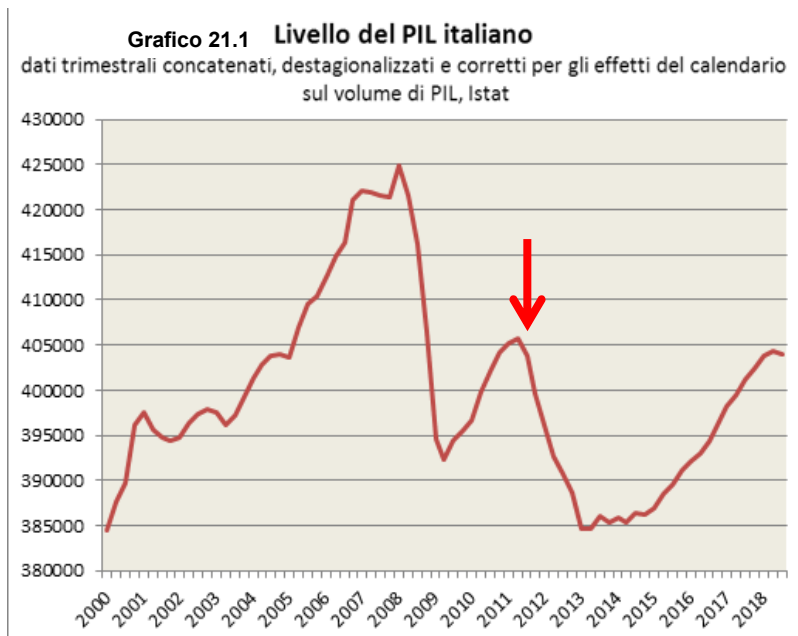
- prevalenza dei sintomi depressivi tra i 18-69enni residenti;
- tassi standardizzati di mortalità per suicidio o autolesione (Maschi+Femmine);
- consumo di farmaci antidepressivi.

Il nostro Paese è stato duramente colpito dalla crisi economica internazionale a partire dal II trimestre del 2008. Dopo aver dato timidi segni di ripresa nel corso del 2010 e nei primi mesi del 2011, la situazione è peggiorata con l'allargamento della crisi ai debiti sovrani ed alle finanze pubbliche di alcuni paesi dell'eurozona. Queste ragioni, unitamente al crescente clima di sfiducia nei confronti dell'Italia a causa del suo elevato debito pubblico, hanno fatto sì che ci sia stata una nuova battuta d'arresto dell'economia nazionale, una nuova recessione e ulteriori ripercussioni nel campo della salute della popolazione. In questo senso deve essere "letta" la figura 21: infatti nel grafico 21.1 si può osservare il trend decrescente, dal 2011 al 2015, del PIL italiano, mentre nello stesso periodo di tempo gli andamenti temporali della prevalenza dei sintomi depressivi, del tasso di morti per suicidio e del consumo di farmaci antidepressivi sono in crescita (grafici 21.2, 21.3, 21.4). Alla luce di queste evidenze scientifiche, da qualche tempo da più parti si stanno moltiplicando gli inviti ai governi nazionali ad intraprendere azioni favorevoli una maggiore

---

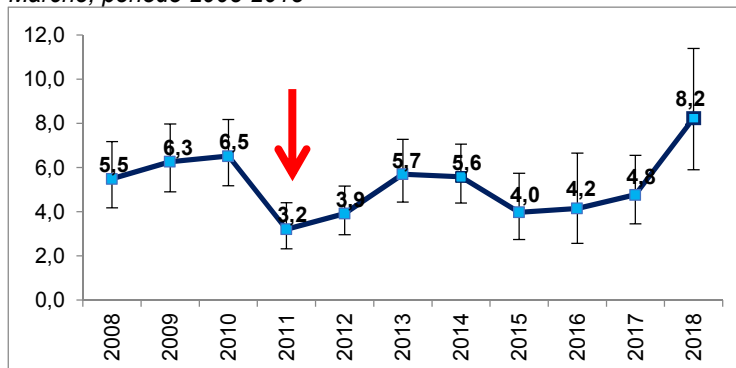
protezione sociale e una più equa redistribuzione del reddito per evitare i costi umani di crisi ed austerità attuali e future.

**Fig. 21 Confronto tra andamento del PIL Italiano e la prevalenza dei disturbi depressivi, le morti per suicidio ed il consumo di farmaci antidepressivi nelle Marche. Periodo dal 2006 al 2018**



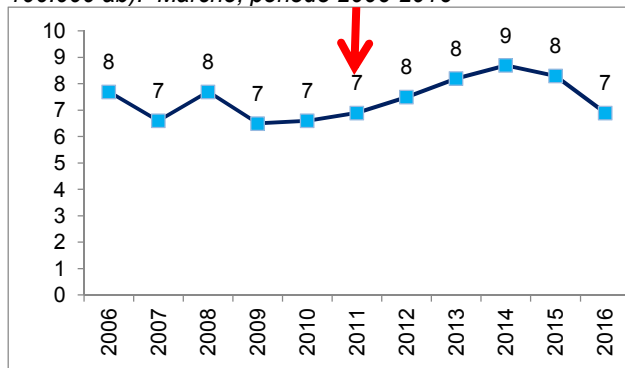
Fonte: Governo Italiano. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per la programmazione ed il coordinamento della politica economica. <http://www.programmazioneeconomica.gov.it/2018/12/20/andamenti-lungo-periodo-economia-italiana/> Ultimo accesso: 07 agosto 2019

**Grafico 21.2 Disturbi depressivi, prevalenze annuali. PASSI, regione Marche, periodo 2008-2018**



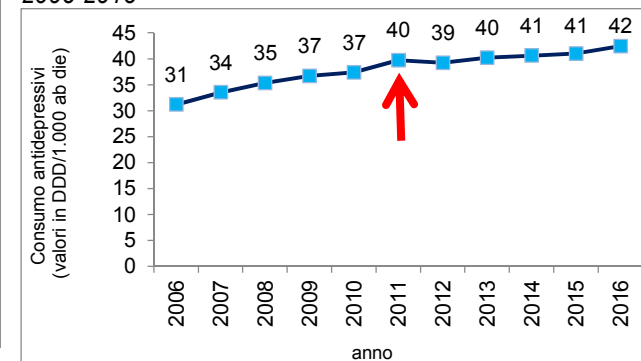
Fonte: db Passi,, anni 2008-2018

**Grafico 21.3 Morti per suicidio o autolesione (tassi std x 100.000 ab). Marche, periodo 2006-2016**



Fonte: ISTAT – Health For All, anno 2019

**Grafico 21.4 Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età. Marche, periodo 2006-2016**



Fonte: OsMed. AIFA. Elaborazioni dati su flusso OsMed e della tracciabilità del farmaco. Anno 2017.





## LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI E DEL SUICIDIO

L'OMS definisce la depressione ed il fenomeno suicidario "questioni complesse", ma afferma che essi sono problemi "prevenibili", indicandone le specifiche strategie di prevenzione e definendone obiettivi di riduzione.

- I disturbi depressivi possono essere curati con trattamenti di diverso tipo quali la terapia psicologica e quella farmacologica, ma soprattutto possono essere prevenuti con specifici programmi. L'OMS propone alcuni "approcci di comunità" efficaci per prevenire la depressione, essi includono (3):
  - programmi scolastici per migliorare uno schema di pensiero positivo nei bambini e negli adolescenti;
  - interventi per genitori di bambini con problemi comportamentali il cui obiettivo è la riduzione dei sintomi depressivi dei genitori ed il miglioramento dei risultati dei loro figli;
  - specifici programmi/esercizi rivolti alla popolazione anziana.
  
- Per la prevenzione del suicidio l'OMS promuove un approccio globale multisetoriale che richiede il coordinamento e la collaborazione tra più settori quali i governi, la società civile ed il "mondo dell'informazione", ciò in quanto nessun singolo approccio da solo può avere un impatto rilevante su una problematica così complessa. Questa strategia multisetoriale comprende una serie di misure efficaci, che possono essere adottate a livello di popolazione, sottopopolazione ed individuo. Esse sono (26):
  - la riduzione dell'accessibilità ai "mezzi" di suicidio (ad esempio pesticidi, armi da fuoco, alcuni farmaci)
  - la produzione di informazioni "responsabili" da parte dei "media" sul tema, in quanto il suicidio è un evento con una forte componente di emulazione;
  - l'introduzione, da parte dei Governi, di "politiche" per ridurre il consumo dannoso di alcol;
  - la formazione rivolta alle diverse figure professionali che operano nel settore socio-sanitario (tra cui medici di base, infermieri, operatori sociosanitari) all'identificazione e trattamento precoce delle persone con disturbi mentali, con dolore cronico e angoscia emotiva acuta;
  - la formazione rivolta ad operatori di altri settori per la valutazione e gestione del comportamento suicidario (ad esempio insegnanti, forze dell'ordine etc..)
  - il follow-up sulle persone che hanno tentato il suicidio ed il supporto alla comunità.

Nel Piano d'Azione per la Salute Mentale dell'OMS 2013-2020, gli Stati membri si sono impegnati a lavorare verso l'obiettivo globale di ridurre il tasso di suicidi nei Paesi del 10% entro il 2020. Inoltre la riduzione di 1/3 del tasso di mortalità per suicidio è un indicatore ricompreso tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, da conseguire entro il 2030.

## I LIMITI DELLE BANCHE DATI CHE DESCRIVONO I DISTURBI DEPRESSIVI ED IL FENOMENO SUICIDARIO

➤ La fonte utilizzata in questo report per la quantificazione e l'analisi del disturbo depressivo in AV2 è rappresentata dalla sorveglianza epidemiologica *PASSI* dove la presenza di sintomi depressivi nei soggetti adulti viene rilevata attraverso due quesiti che compongono il *PHQ-2*<sup>4</sup>.

Di seguito se ne descrivono alcuni limiti:

- *PHQ-2* consente di misurare la depressione in termini di prevalenza, ma anche di valutarne l'associazione con le patologie croniche e rischi comportamentali. Dal paragrafo "Approfondimenti tecnici in tema di depressione", presente sul sito web istituzionale di questa sorveglianza, riguardo a questo strumento di rilevazione viene specificato quanto segue: "...confrontato con la diagnosi di disturbo depressivo maggiore, in un campione con una prevalenza della condizione pari al 7%, la capacità del *Phq-2* di individuare gli individui affetti dal disturbo va dall'83% al 27%. Quindi, all'aumentare del punteggio, il *Phq-2* non riesce a individuare un'elevata quota di soggetti depressi, anche se diventa sempre più specifico. Cosicché quelli che classifica come depressi, molto probabilmente lo sono davvero. Il miglior compromesso tra sensibilità e specificità è la soglia di 3 punti" (27).

somma dei punteggi Phq-2	sensibilità	specificità	valore predittivo positivo
3	83%	90%	38%
4	73%	93%	46%
5	54%	97%	56%
6	27%	99%	79%

- La stessa sorveglianza epidemiologica *PASSI* in generale ha dei limiti intrinseci. Infatti i dati si basano su informazioni "autoriferite" dai soggetti campionati, intervistati telefonicamente. Tali informazioni quindi sono potenzialmente influenzate da diversi fattori di distorsione che

<sup>4</sup> Le domande inserite nel *Phq-2* sono: 1) Nelle ultime due settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose? 2) Nelle ultime due settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

Le risposte al *Phq-2*, per dire che un rispondente ha sintomi depressivi vengono codificate in questo modo:

giorni con sintomi depressivi punteggio significato

0-1	0	mai o quasi mai
2-6	1	diversi giorni
7-11	2	più della metà dei giorni
12-14	3	quasi tutti i giorni

I punteggi assegnati a ciascuna delle due risposte sono sommati e, se la somma è uguale o maggiore di 3, il rispondente è classificato come persona che presenta sintomi depressivi.

possono alterare la validità e la riproducibilità dei dati stessi. I fattori di distorsione principali sono:

- il bias da ricordo;
- il bias da selezione (che potrebbe provocare una sovrastima dell'adesione ad esempio a causa dei rifiuti e dei non trovati. Infatti la popolazione non intervistata, come indicato in letteratura, potrebbe essere meno attenta alla propria salute e quindi potrebbe essere meno aderente a stili di vita sani);
- l'accettabilità sociale (che potrebbe anch'essa causare una sovrastima di comportamenti virtuosi).

➤ La fonte utilizzata per la quantificazione e l'analisi del fenomeno suicidario è rappresentata dal flusso delle schede di morte ISTAT, normato dal DPR 285 del 1990: "Regolamento di Polizia Mortuaria". La scheda ISTAT viene compilata da un medico (MMG/PLS; medico necroscopo; medico ospedaliero etc..) che è tenuto a certificare "tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi". Le statistiche su questo fenomeno soffrono però di problemi di sottostima legati a una pluralità di fattori come è di seguito ben spiegato proprio dall'Istituto Nazionale di Statistica:

- "in alcuni casi il suicidio, seppur riconosciuto come tale, non diviene visibile per la difficoltà a parlarne, per motivi di varia natura, da parte dei familiari;
- ci sono casi che non vengono rilevati per la negligenza di chi dovrebbe stilare i rapporti, e altri che sfuggono alle rilevazioni perché il decesso viene attribuito ad altre cause. Ad esempio i suicidi di anziani che vivono da soli o in casa di riposo a volte possono venir considerati decessi dovuti a "morte improvvisa" o per "causa sconosciuta"; altri casi nei quali il suicidio non viene sempre riconosciuto come tale possono riguardare decessi dovuti apparentemente ad incidenti stradali; per decessi nelle carceri attribuibili ad episodi autolesionistici, ma senza la certezza della volontà di togliersi la vita, e per casi di overdose volontaria di tossicodipendenti.

La sottostima dipende, quindi, in larga parte dalla difficoltà a individuare il suicidio come causa di morte. Il suicidio, inoltre, è un fenomeno di natura multidimensionale per quel che attiene le cause che spingono a compiere il gesto. Per questo motivo, anche quando i casi di suicidio vengono riconosciuti come tali e rilevati dalle indagini statistiche, importanti limiti permangono circa una corretta identificazione delle cause che hanno portato i singoli individui a togliersi la vita (28)".

Pur in presenza di questi limiti, la fonte è a tutt'oggi considerata valida per le analisi sulla mortalità e per i relativi confronti nel tempo e tra luoghi geografici diversi.

## Conclusioni

Attraverso l'utilizzo di "fonti informative correnti" siamo riusciti a rispondere agli obiettivi informativi, in tema di salute mentale, che avevamo esplicitato in premessa.

Riassumendo, grazie alle analisi prodotte possiamo infatti:

- quantificare i disturbi depressivi ed il fenomeno suicidario nell'Area Vasta 2: la frequenza della depressione non è diversa dal resto del territorio regionale (pari circa al 5% tra i residenti di età compresa tra 18 e 69 anni), mentre riguardo la mortalità per suicidio essa mostra andamenti temporali in diminuzione in entrambi i sessi. Tuttavia dobbiamo sottolineare come i tassi standardizzati di decessi per questa causa in provincia di Ancona siano, nel sesso maschile, un po' più elevati rispetto ai valori regionali;
- confermare, come descritto in letteratura, che anche in AV2 il benessere mentale "è diseguale". Le diseguaglianze socio-economiche giocano un ruolo importante nella distribuzione dei sintomi depressivi e nella frequenza dei suicidi tra la popolazione, a tutto vantaggio delle classi sociali più abbienti;
- confermare, come le evidenze scientifiche ci mostrano, che anche in AV2 chi soffre di disturbi depressivi è più a rischio di perdita di salute fisica in quanto, più frequentemente delle persone non depresse, adotta stili di vita non salutari;
- riscontrare che, anche nella nostra Area Vasta, è "difficile chiedere aiuto" quando ci si trova in una situazione di disagio psichico: infatti il 52% dei residenti, che riferiscono sintomi depressivi, non si rivolge a nessuna delle figure che potenzialmente fanno parte della normale rete di relazioni di un individuo (medico/ operatore sanitario o non sanitario/familiare/amico etc..) al fine di avere un sostegno.

## Bibliografia / Sitografia

- 1) OMS: "Piano d'Azione per la salute mentale 2013-2020". [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf) Ultimo accesso 20 luglio 2019
- 2) American psychiatric association: "Wath What Is Depression?" - <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
- 3) OMS: "Depression"- <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression> ultimo accesso: 8 luglio 2019.
- 4) ISTAT:" Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea – Indagine EHIS 2015". <https://www.istat.it/it/archivio/204655> Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 5) IHME: "GBD Compare" - <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> ultimo accesso: 8 luglio 2019.
- 6) Istituto Superiore di Sanità: "La sorveglianza PASSI - Depressione, importanza per la salute" <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione#impatto> EPICENTRO, ultimo accesso: 9 luglio 2019.
- 7) Istituto Superiore di Sanità: "La sorveglianza PASSI – Indicatori PASSI Sintomi di depressione, indicazioni operative". <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione#indicatori> EPICENTRO, ultimo accesso: 9 luglio 2019.
- 8) Ministero della Salute: "Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del sistema informativo per la salute mentale (SISM)". Anno 2017 [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2841](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841) Ultimo accesso 8 luglio 2019.
- 9) Pompili M., Imperio T., Erbutto D.: "Depressione e Suicidio". Tratto da: "Depressione Volume 1" in "Focus on brain". Rivista di neuroscienze, n. 3 Febbraio 2018 <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-3/contributo-esperti/depressione-e-suicidio/> ultimo accesso 19 luglio 2019.
- 10) OMS: "Mental Health" - Suicide data - [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) ultimo accesso 29 luglio 2019.
- 11) ISTAT: "Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell'Istat". Tavole, 9 settembre 2017. <https://www.istat.it/it/archivio/203366> Ultimo accesso 30 luglio 2019.
- 12) OMS: "Mental Healt Gap Action Programme (mhGAP)" [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/) Ultimo accesso 20 agosto 2019.
- 13) Carney RM, Freedland KE, 2003. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol.Psychiatry 54, 241-247.
- 14) Istituto Superiore di Sanità:" World Mental Health Day 2014. Sintomi depressivi nella popolazione adulta: i dati Passi". Epicentro,

- [https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2014/WMHD2014\\_Passi.pdf](https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2014/WMHD2014_Passi.pdf) Ultimo accesso 20 luglio 2019
- 15) Provincia autonoma di Trento, Assessorato alla Salute ed alle politiche sociali: “Il benessere e la salute mentale in Trentino”. Epicentro [https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2012/Salute\\_mentale.pdf](https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2012/Salute_mentale.pdf) Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 16) Servizio per la Prevenzione del Suicidio - U.O.C. di Psichiatria -Azienda Ospedaliera Sant’Andrea, Roma: “I sopravvissuti, la popolazione di coloro che hanno perso un caro per suicidio”. [http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=30&Itemid=103](http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=103) Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 17) ASL Rieti, Dipartimento di Salute Mentale: “Progetto Stigma. Conoscere la malattia mentale, prevenire il pregiudizio” <http://www.asl.ri.it/cittadino/stigma/documenti/3%20-%20SLIDES%20PROGETTO%20STIGMA%20pdf.pdf> Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 18) Servizio per la Prevenzione del Suicidio - U.O.C. di Psichiatria -Azienda Ospedaliera Sant’Andrea, Roma: “Stigma e suicidio”. [http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=74&Itemid=246](http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=246) Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 19) SOPROXI: “Sigma e disgregazione familiare”. <https://www.soproxi.it/il-lutto/stigma-e-disgregazione-familiare/> Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 20) Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*. 2013;382(9888):183-4
- 21) Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health*. 2005;1(14) page numbers: 1-12.
- 22) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e Ministero della Salute: “L’Italia per l’Equità nella Salute” <https://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico> Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 23) Frasquilho D. et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2016;16:115.
- 24) Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Perez JF, Arcangeli G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016;12:983.
- 25) De Vogli R, De Falco R, Mattei G: Excess suicides due to the global economic crisis in Italy: an update” *Epidemiol Prev* 2019; 43 (2-3):111. doi: 10.19191/EP19.2-3.P111.039
- 26) OMS: “Suicide prevention” <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=overview> Ultimo accesso 20 agosto 2019
- 27) Istituto Superiore di Sanità: La sorveglianza *PASSI* – Depressione: “approfondimenti tecnici” <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione#tecnici> Ultimo accesso 20 agosto 2019

---

28) ISTAT, Nota informativa: “ I suicidi in Italia, tendenze e confronti. Come usare le statistiche”.  
Roma 8 agosto 2012 <https://www.istat.it/it/files/2012/08/nota-informativa-SUICIDI.pdf> Ultimo  
accesso 20 agosto 2019