2.7.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

I principali riferimenti normativi sono elencati di seguito.

• Legge 16.3.1987 n. 115 ("Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"). Ha regolamentato e riorganizzato il settore della diabetologia in Italia, prevedendo l'istituzione dei Servizi specialistici diabetologici e definendo le modalità organizzative delle attività finalizzate alla prevenzione della malattia e al miglioramento della qualità dell'assistenza.

• Atto d'intesa tra Stato e Regioni del 30 Luglio 1991. Ha definito le azioni più idonee per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e programmare interventi. L'Atto ha individuato criteri uniformi su tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia della malattia diabetica.

• Dichiarazione di Saint Vincent del 1989. Sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'International Diabetes Federation, i rappresentanti di governi, Ministeri della sanità e organizzazioni di pazienti di tutti i Paesi europei hanno approvato e firmato, un documento che ha definito i traguardi generali e gli obiettivi a cinque anni per la prevenzione, l'identificazione ed il trattamento del diabete e delle sue complicanze.

• Linee guida per lo sviluppo di un programma nazionale per il diabete mellito, elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1991, affermano l'importanza dell'intervento pubblico di Governi e Amministrazioni per assicurare la prevenzione e la cura del diabete.

• Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Riconosce alla patologia diabetica il carattere di particolare rilievo sociale e impegna il SSN al miglioramento continuo e alla costante verifica della qualità dell'assistenza, prevedendo l'emanazione di linee guida per il diabete.

• Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Prevede l'attivazione di:

– programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);

– strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria;

• Accordo Stato Regioni dell'Aprile 2004. Contiene il Piano di Prevenzione Attiva con 4 elementi strategici, uno dei quali è la prevenzione delle complicanze del diabete, attraverso l'adozione di programmi di disease management che includano:

– la partecipazione attiva del paziente attraverso programmi di educazione e supporto;

– l'attivazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione dei controlli periodici;

– l'attivazione di un sistema di monitoraggio informatizzato.

2.7.6 Indicazioni per la programmazione

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di una adeguata gestione della malattia e del paziente nel ridurre l'incidenza di complicanze. Inoltre, è stato dimostrato che anche cambiamenti nello stile di vita, quali smettere di fumare ed aumentare l'attività fisica, possono ridurre le complicanze associate alla malattia. Sono dunque obiettivi prioritari:

• lo sviluppo di Linee guida condivise per la cura e il controllo dei pazienti diabetici mirate alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze;

• la diffusione delle Linee guida; il coordinamento delle attività di cura;

• la creazione di un sistema di monitoraggio che permetta di verificare che i pazienti siano effettivamente trattati secondo le Linee guida predisposte;

• il miglioramento della partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia attraverso l'educazione all'autogestione;

• la disponibilità di informazione laddove le conoscenze sono apparse scarse (ad esempio riguardo al ruolo di emoglobina glicata e attività fisica). Per comportamenti, quali il fumo e la dieta, è necessario rimodulare le forme della comunicazione rispetto ai corretti stili di vita: nonostante l'informazione sia ampiamente diffusa, i comportamenti reali dimostrano infatti l'inefficacia degli attuali interventi educativi.

Dagli studi presentati è inoltre emersa l'esigenza di introdurre approcci innovativi per la gestione integrata della malattia uniti al monitoraggio dei più rilevanti indicatori di aderenza alle linee guida.

Bibliografia essenziale

1. Lucioni C, et al. Il costo sociale del diabete di tipo 2 in Italia: lo studio CODE-2. Pharmacoeconomics-Italian Research Articles 2000; 2: 1-21.
2. Laakso M. Hyperglycemia and cardiovascular disease in type 2 diabetes. Diabetes 1999; 48: 937-48.
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). BMJ 1998; 317: 703-18.
4. Kozma CM., Health-related quality-of-life measures in disease management programs, Manag Care Interface. 1998 Oct; 11(10): 71-2.
5. Bodenheimer T, et al. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, JAMA. 2002 Oct 16; 288(15): 1909-14
6. Walker DR, et al. Disease management positively affects patient quality of life, Manag Care Interface. 2003 Apr; 16(4): 56-60.
7. Alberti K, Zimmet P, for the WHO Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. Diabet Med 1998; 15: 539-53.
8. Pilotto L, et al. Il diabete in Italia: un problema di sanità pubblica. Ital Heath J Suppl 2004; 5: 480-6.
9. M. Maggini, et al. Complicanze macroangiopatiche nei pazienti diabetici di tipo 2 afferenti ai servizi di diabetologia italiani. Ann Ist Super Sanità 2003; 39 (2): 165-71.
10. The DAI Study Group. Prevalent coronary heart disease in type 2 diabetic patients in Italy: the DAI study. Diabetic Medicine 2004; 21 (7): 738-45.

2.8 Malattie rare

2.8.1 Introduzione

Il Parlamento Europeo ha definito per le malattie rare un limite di prevalenza nella misura di 5 casi su 10.000 abitanti nella popolazione europea. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato la numerosità delle malattie rare intorno alle 6.000 diverse entità nosologiche, che nel complesso rappresentano il 10% delle patologie umane conosciute.

Il razionale di raggruppare più forme morbose, molto diverse tra loro, consiste nelle problematiche assistenziali che le accomuna e nel presupposto di un più basso rapporto costi/benefici rispetto ad un approccio focalizzato sulle singole patologie (Taruscio D et al., 2003).

Le malattie rare sono spesso caratterizzate da gravità clinica, decorso cronico, esiti invalidanti e onerosità del trattamento.

2.8.2 Presentazione dei dati

Pur essendo presenti in letteratura dati epidemiologici su singole malattie rare, risulta, ad oggi, difficile definire la dimensione del fenomeno nel suo complesso.

La raccolta dei dati epidemiologici si presenta come un elemento fondamentale per una efficace attività di programmazione, realizzazione e valutazione di interventi di Sanità Pubblica.

A questo scopo è stato istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il Registro Nazionale delle malattie rare (D.M. 279/2001).

Nel Dicembre 2002 è stato pubblicato il Rapporto ISTISAN "Registro Nazionale Malattie Rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia" in collaborazione con i Registri dei difetti congeniti, attivi a livello regionale. La prevalenza nei nati delle malformazioni congenite rare (MCR) oggetto dell'indagine è riportata in **Tabella 1** (Bianchi F, Taruscio D, 2002). Non sono al momento disponibili dati a livello regionale.

Nel 2002 è stata pubblicata una indagine, basata sulla raccolta di dati da 23 strutture sanitarie distribuite su tutto il territorio nazionale, riguardante gli errori congeniti del metabolismo da cui è risultata una incidenza, per il periodo 1985-1997, di 1/1307 nati vivi per circa 200 di queste patologie (Dionisi Vici C, et al., 2002).

2.8.3 Valutazione critica

I dati rilevati da indagini effettuate sul territorio nazionale indicano la dimensione imponente del fenomeno nel suo complesso.

La frequenza delle malattie rare nella popolazione e l'evidenza che queste patologie sono spesso gravi, ad andamento cronico ed esito invalidante, rappresentano elementi in grado di fornire indicazioni sul loro peso non solo individuale e familiare, ma anche sociale.

Inoltre, si rileva una difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale a rispondere ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie ed in generale della struttura sociale ad adattarsi ad individui con "diverse abilità". Infatti, per ciò che riguarda l'ac-

cessibilità e la qualità dei servizi socio-sanitari, i bisogni percepiti riferiti alla scuola ed al lavoro non si rivelano meno consistenti rispetto alle aspettative prettamente sanitarie. Infine, come indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, è necessario adoperarsi per il raggiungimento dell'obiettivo rappresentato dall'equità nell'assistenza per tutti i cittadini con malattia rara sull'intero territorio nazionale.

2.8.4 Riferimenti normativi – Strumenti organizzativi e tecnologici

In Europa nell'aprile del 1999, con la Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, viene adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione della Sanità Pubblica per il quadriennio 1999-2003.

A questo programma di azione segue, sempre in ambito comunitario, il Regolamento n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente i medicinali orfani con l'istituzione di una "procedura comunitaria aperta e trasparente" per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano allo scopo di incentivare la ricerca, lo sviluppo e l'immissione in commercio di farmaci così qualificati.

Per svolgere questa attività di valutazione è stato istituito, nell'ambito della *European Medicines Agency* (EMEA), il *Committee for Orphan Medicinal Products* (COMP).

Al Regolamento 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio segue il Regolamento n. 847/2000 della Commissione, che stabilisce le disposizioni di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano e la definizione dei concetti di medicinale "simile" e "clinicamente superiore".

La normativa europea è stata accolta nel nostro Paese dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che identifica nelle malattie rare un'area di priorità in Sanità Pubblica.

Attualmente in Italia il substrato legislativo delle azioni indirizzate alle malattie rare è rappresentato dal Decreto Ministeriale n. 279 maggio 2001, "Regolamento di istituzione della Rete Nazionale delle Malattie Rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" (Gazzetta Ufficiale n. 160, del 12.07. 2001 Suppl. Ord. n. 180/L). Questo regolamento prevede la realizzazione di una rete clinico-epidemiologica costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni.

Il registro Nazionale delle Malattie Rare è stato istituito in attuazione dell'art. 3 del sopra citato Decreto Ministeriale.

Attualmente l'ambito sovraregionale in tutte le

Tabella 1 Frequenza e prevalenza nei nati, MCR rilevate dal totale dei Registri nel periodo 1992-1999

MCR	N. nati	Prevalenza nati x 104	IC 95%
Anencefalia	67	0,47	0,36-0,58
Spina bifida	265	1,86	1,64-2,08
Encefalocele	60	0,42	0,31-0,53
Arinencefalia	41	0,29	0,20-0,38
Anoftalmia	25	0,18	0,11-0,24
Microftalmia	81	0,57	0,44-0,69
Anotia / Microtia	165	1,16	0,98-1,34
Trasp. grossi vasi	243	1,71	1,49-1,92
Tetralogia di Fallot	322	2,26	2,01-2,51
Ipoplasia cuore sinistro	161	1,13	0,95-1,30
Canale atrio-ventricolare	271	1,9	1,68-2,13
Coartazione aorta	255	1,79	1,57-2,01
Atresia coane	27	0,19	0,12-0,26
Associazione CHARGE*	10	0,07	0,03-0,11
Atresia esofagea	365	2,56	2,30-2,83
Atresia intestino tenue	254	1,78	1,56-2,00
Atresia ano-rettale	355	2,49	2,23-2,75
Epispadia	29	0,2	0,13-0,28
Sesso indeterminato	52	0,52	0,38-0,66
Agenesia renale	221	1,55	1,35-1,76
Rene policistico	275	2,75	2,42-3,07
Estrofia vescica	31	0,22	0,14-0,29
Polidattilia preassiale	219	1,54	1,33-1,74
Difetti intercalari arti	50	0,35	0,25-0,45
Difetti longitudinali arti	101	0,71	0,57-0,85
Difetti trasversali arti	316	2,22	1,97-2,46
Artrogriposi	47	0,39	0,28-0,50
Sindrome di Goldenhar	35	0,25	0,16-0,33
Osteocondrodisplasia	43	0,35	0,25-0,46
Acondroplasia	53	0,37	0,27-0,47
Ernia diaframmatici	186	1,86	1,59-2,12
Onfalocele	140	0,98	0,82-1,15
Gastroschisi	51	0,36	0,26-0,46
Sequenza di Prune Belly*	11	0,08	0,03-0,12
Sindrome di Poland*	22	0,15	0,09-0,22
Sindrome di Down	1314	9,22	8,73-9,72
Trisomia13	44	0,31	0,22-0,40
Trisomia 18	88	0,62	0,49-0,75
S. di Cornelia de Lange*	15	0,11	0,05-0,16
S. di Beckwith-Wiedemann*	22	0,15	0,09-0,22
Associazione VATER*	37	0,26	0,18-0,34
S. da teratogeni	38	0,27	0,18-0,35
TOTALE	6407	44,98	43,88-46,08

* Malformazioni congenite particolarmente rare, e al contempo soggette a rilevanti differenze tra Registri in termini di diagnosi/notifica, riportate a scopo indicativo

Fonte: Bianchi F. Taruscio D, Minichilli F, Pierini A, Salerno P, e il Gruppo collaborativo dei Registri Italiani sulle Malformazioni Congenite. Registro nazionale malattie rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia. Rapporto ISTISAN 02/36.2002

sue funzioni è svolto da un Gruppo Tecnico Interregionale Permanente, definito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni.
Gli obiettivi di questo Gruppo Interregionale, al quale partecipano il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e i rappresentanti delle singole Regioni, sono rappresentati da:
• individuazione degli strumenti e delle procedure per assicurare l'operatività in rete dei presidi, per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare;
• individuazione degli strumenti per sviluppare e diffondere percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
• individuazione degli strumenti e delle procedure per garantire la sorveglianza epidemiologica delle malattie rare ed il monitoraggio delle attività assistenziali;
• definizione delle forme e delle modalità di collaborazione con le istituzioni, le associazioni dei malati e dei loro familiari;
• proposta al Ministero della Salute di eventuali aggiornamenti o modifiche al D.M. 18 maggio 2001 n. 279.

2.8.5 Indicazioni per la programmazione

L'attività di programmazione sociosanitaria sulle malattie rare necessita del completo sviluppo della Rete Nazionale Malattie Rare.
A sua volta quest'ultima, per migliorare costantemente la sua attività, ha bisogno di dati epidemiologici in grado di fornire indicazioni sulle dimensioni del fenomeno e sull'efficacia degli interventi realizzati.
È auspicabile quindi che le attività di programmazione prevedano lo sviluppo di strutture epidemiologiche dedicate ed in primo luogo del Registro Nazionale delle Malattie Rare.
La Rete Nazionale Malattie Rare si propone quale sistema per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare.
Si ritiene decisiva l'integrazione a questo livello dei diversi tipi di assistenza sanitaria, inclusa la riabilitazione, con tutti i contributi di sostegno socioeconomico finalizzati all'affermazione dell'individuo con malattia rara nel proprio contesto famigliare e sociale.

Bibliografia essenziale

1. Taruscio D, Cerbo M. Rare diseases: general principles, specific problems, and health interventions Ann Ist Super Sanita. 1999; 35(2):237-44.
2. Taruscio D et al. Tackling the problem of rare diseases in public health: the Italian approach. Community Genet. 2003; 6(2):123-4.
3. Italia. Decreto Ministeriale 18 maggio 2001, n. 279. "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" *Gazzetta Ufficiale* n. 160, del 12.07.2001, Supplemento Ordinario n. 180/L.
4. Bianchi F, Taruscio D. Registro nazionale malattie rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia. 2002. Rapporto ISTISAN 02/36.
5. Dionisi-Vici C et al. Inborn errors of metabolism in the Italian pediatric population: a national retrospective survey. J Pediatr. 2002; 140(3):321-7.
6. Decisione (CE) N. 1295/1999 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 Aprile 1999.
7. Regolamento (CE) N.141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 Dicembre 1999 concernente i medicinali orfani.
8. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Gazzetta Ufficiale – *Supplemento Ordinario* n 288, 10 Dicembre 1998.
9. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n 139, 18 giugno 2003.

2.9 Disturbi psichici

2.9.1 Introduzione

I problemi connessi ai disturbi mentali rivestono, in tutti i Paesi industrializzati, una notevole importanza, sia perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento, sia perché ad essi frequentemente si associano pesanti situazioni di disabilità e di costi economici e sociali, che gravano sui pazienti, sui loro famigliari e sull'intera collettività.
Numerose evidenze tratte dalla letteratura scientifica internazionale segnalano che nell'arco di un anno il 20% circa della popolazione adulta presenta uno o più disturbi mentali. Tra i disturbi mentali più frequenti vi sono i disturbi d'ansia, con un incremento degli attacchi di panico

e delle forme ossessivo-compulsive, e la depressione che, nelle sue varie forme cliniche, colpisce tutte le fasce d'età. Spesso depressione e disturbi d'ansia coesistono. Significativa è anche la prevalenza dei disturbi della personalità e dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia). Il tasso di prevalenza delle psicosi schizofreniche, che rappresentano senza dubbio uno dei più gravi disturbi mentali, è pari a circa lo 0,5%. Un discorso a parte va fatto, inoltre, per i disturbi mentali che affliggono la popolazione anziana, soprattutto le demenze nelle loro diverse forme. Va segnalata, infine, la complessa problematica relativa alle condizioni di comorbilità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze nonché quella tra disturbi psichiatrici e patologie organiche (con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative).
In Italia solo di recente è stato portato a termine uno studio epidemiologico con l'obiettivo di indagare, con metodologia standardizzata e procedure volte a garantire la qualità dei dati raccolti, la prevalenza dei principali disturbi mentali e le caratteristiche socio-demografiche, cliniche ed assistenziali delle persone affette da tali disturbi, compreso l'uso dei servizi sanitari.
A questa indagine si farà riferimento per delineare uno scenario generale della prevalenza dei principali disturbi psichici.
La seconda fonte informativa presa in considerazione nell'analisi che segue è costituita dai dati sui dimessi per patologie psichiatriche, rilevati dall'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute.

2.9.2 Presentazione dei dati

STUDIO ESEMeD-WMH

Lo studio fa parte del progetto europeo chiamato "European Study on the Epidemiology of Mental Disorders" (ESEMeD), al quale hanno preso parte sei Paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), ed è stato realizzato nell'ambito della "WHO World Mental Health (WMH) Survey Iniziative". In Italia lo studio è stato promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).
L'indagine si è orientata allo studio della prevalenza ad un anno e nella vita (lifetime) dei principali disturbi mentali non psicotici, che comprendono i disturbi d'ansia (ansia generalizzata, disturbi da attacchi di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress), i disturbi affettivi (depressione maggiore e distimia) e l'abuso/dipendenza da alcol. Sono state anche indagate le correlazioni tra disturbi affettivi e d'ansia, le principali variabili sociodemografiche (quali sesso, età, scolarità, condizione socioeconomica e luogo di residenza) e i possibili fattori di rischio (famigliarità, esperienze traumatiche nell'infanzia ed eventi stressanti).
Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale italiana di età uguale o superiore a 18 anni. Ogni persona inclusa nel campione è stata contattata direttamente a domicilio con un'intervista strutturata computerizzata il cui nucleo è rappresentato dalla "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si tratta di un'intervista totalmente strutturata per la valutazione dei disturbi mentali, con domande poste in rigorosa sequenza e con scelta della risposta fra quelle prefissate. Essa consente di calcolare, grazie a specifici algoritmi diagnostici inseriti nel programma computerizzato, la prevalenza dei disturbi nell'arco della vita e a 12 mesi, in conformità con i criteri diagnostici dell'ICD-10 e del DSM-IV.
Le interviste, condotte tra il gennaio 2001 ed il luglio 2002, sono state complessivamente 4.712. Il tasso di risposta "ponderato", è stato pari al 71,3%.

Schede di dimissione ospedaliera

Un'altra fonte di dati nazionali in grado di fornire informazioni sulla prevalenza dei disturbi psichici, anche se in un segmento di popolazione circoscritto alle persone ricoverate, è rappresentata dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).
Verranno sinteticamente illustrati alcuni dati sui dimessi per patologie psichiatriche, rilevati dall'archivio delle SDO del Ministero della Salute, per gli anni 2000-2002.
Per l'analisi dei dati si è scelto di ricorrere al raggruppamento dei codici della classificazione OMS, ICD9-CM ("International Classification of Diseases" – clinical modification), secondo la lista ristretta rappresentata dagli ACC (Aggregati Clinici di Codici) che prevede, per le patologie mentali, undici codici diagnostici (da 65 a 75), e di limitare la presentazione dei risultati alle sole quattro categorie più tipicamente rappresentative della prevalenza trattata in regime di ricovero: disturbi affettivi (cod. 69), schizofrenia e disturbi correlati (cod. 70), altre psicosi (cod. 71), ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità (cod. 72).

2.9.3 Analisi quantitativa

Dati dello Studio ESEMeD-WMH

Principali caratteristiche socio-demografiche del campione intervistato

L'età media è di 47,0 anni; il segmento più alto di intervistati (26%) appartiene alla classe d'età 35-49; ci sono, in misura limitata, più donne (52%) che uomini; il 40% delle persone intervistate ha una scolarità superiore ai 13 anni; la maggior parte (66%) sono sposati o convivono, ma il 10,8% vive da solo; poco più di un terzo (35%) degli intervistati risiede in zone rurali o in aree urbane con meno di 100.000 abitanti, mentre un quarto (25%) vive in grandi aree urbane; il 53% dichiara di avere un lavoro retribuito.

Tassi di prevalenza ad un anno e lifetime del campione

Emerge che poco più di un soggetto su cinque ha sofferto di un disturbo mentale (di diversa entità) nel corso della vita, mentre uno su quindici ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti l'indagine. Dal punto di vista diagnostico, circa l'11% delle persone intervistate ha sofferto di un disturbo affettivo o di un disturbo d'ansia nel corso della vita, mentre la percentuale di coloro che hanno presentato un disturbo da abuso/dipendenza da alcol è molto minore (1,0%). Per quanto riguarda la prevalenza ad un anno, il 5,1% dei soggetti ha soddisfatto in questo arco temporale i criteri diagnostici per un disturbo d'ansia (di qualsiasi tipo), il 3,5% quelli relativi ad un disturbo affettivo e lo 0,1% infine i criteri relativi ai disturbi da abuso/dipendenza da alcol. La depressione maggiore e le fobie specifiche sono risultati i disturbi più comuni: circa il 10% del campione nazionale ha sofferto, nel corso della propria vita, di depressione maggiore, ed il 3% ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti all'intervista. Per quanto riguarda le fobie specifiche, il 6% circa ha soddisfatto i criteri diagnostici per questo disturbo nel corso della vita, mentre in poco meno del 3% degli intervistati esso è stato presente nei 12 mesi precedenti. Oltre alla depressione e alle fobie specifiche, altri disturbi abbastanza comuni nel corso della vita sono risultati la distimia (3,4%) ed il disturbo da ansia generalizzata (1,9%); per questi due disturbi i tassi di prevalenza nei precedenti 12 mesi erano pari all'1 ed allo 0,5%. Gli altri disturbi mentali sono risultati meno frequenti nei due periodi temporali esaminati (**Tabella 1**).

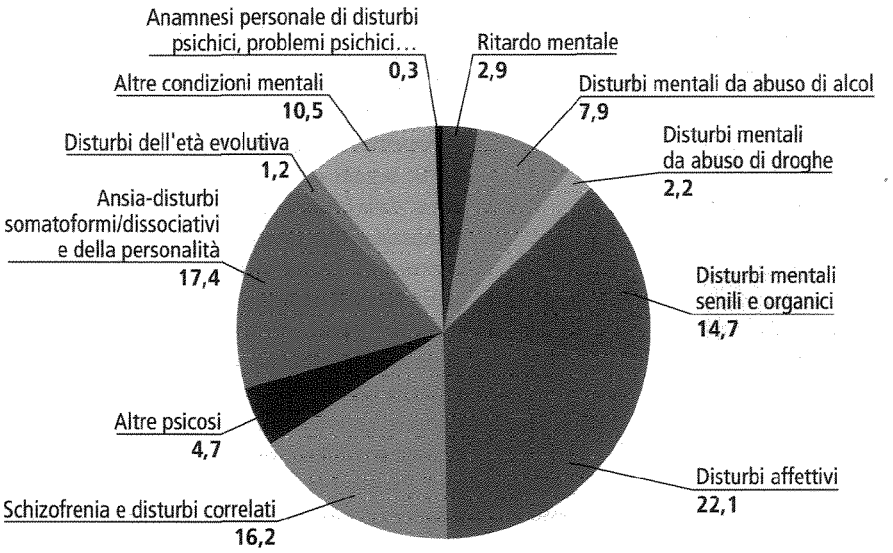
Per quanto riguarda i fattori di rischio correlati ai disturbi mentali, da questo studio è emerso che le donne hanno una probabilità quasi tre volte maggiore rispetto agli uomini di aver sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti. La probabilità è anche più elevata nel caso dei disturbi d'ansia (OR: 3,8), mentre diminuisce leggermente nel caso dei disturbi affettivi (OR: 2,5) e, pur avendo una direzione opposta (che sta ad indicare un rischio tendenzialmente minore rispetto al sesso maschile), non raggiunge la significatività nel caso dei disturbi da abuso/dipendenza da alcol (OR: 0,4).

Per quanto riguarda le classi d'età, la scolarità, l'area e la zona geografica di residenza, i valori

Tabella 1 Prevalenza dei disturbi mentali in Italia (percentuali pesate ed intervalli di confidenza). Interviste condotte tra gennaio 2201 e luglio 2002

Disturbi mentali	Prevalenza a 12 mesi % (95% CI)			Prevalenza nel corso della vita (lifetime) % (95% CI)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ogni disturbo mentale	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2-3,0)	7,3 (6,0-8,6)	11,6 (9,7-14,0)	24,4 (21,0-28,0)	18,3 (16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)	7,2 (6,0-8,4)	14,9 (13,0-17,0)	11,2 (9,8-13,0)
Ogni disturbo d'ansia	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)	5,5 (4,0-7,1)	16,2 (13,0-19,0)	11,1 (9,3-13,0)
Ogni disturbo da alcol	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	2,0 (1,1-3,0)	0,1 (0,0-0,3)	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)	6,5 (5,5-7,5)	13,4 (11,0-15,0)	10,1 (9,0-1,0)
Distimia	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	2,3 (1,6-3,0)	4,4 (3,2-5,5)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-1,2)	3,0 (2,0-4,0)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)	1,6 (0,8-2,3)	2,6 (1,6-3,6)	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)	2,5 (1,4-3,6)	8,6 (6,2-11,0)	5,7 (4,3-7,0)
Disturbo post-traumatico da stress	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)	1,1 (0,1-2,1)	3,3 (1,7-4,9	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,6 (0,1-1,1)	1,7 (0,9-2,5)	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,9 (0,5-1,3)	2,2 (1,6-2,8)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcol	0,2 (0,0-0,5)	0	0,1(–,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcol	0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)

Fonte: Studio ESEMeD



Fonte: Ministero della Salute

Figura 1 Dimessi per patologie psichiatriche per ACC % - Anno 2002. ACC 65-75.

di *Odds-Ratio* non raggiungono la significatività, il che sta a segnalare che non vi sono differenze di rilievo, tra le variabili considerate, rispetto alla probabilità di soffrire di uno dei disturbi indagati.

Nel caso dello stato civile e dello status occupazionale, l'essere stati precedentemente coniugati o l'essere disoccupato è associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo negli ultimi 12 mesi. Anche lo status di casalinga è associato ad una probabilità più elevata di avere sofferto di un qualsiasi disturbo mentale (OR: 1,9), ed in particolare di un disturbo d'ansia (OR: 2,1) o di un disturbo affettivo (OR: 1,7). Infine, la presenza di disabilità è correlata ad una OR pari a circa 8 per la presenza di un qualsiasi disturbo mentale nel corso dell'anno precedente (OR: 7,9); particolarmente elevata è la probabilità di aver sofferto di un disturbo affettivo (OR: 14,7), ma elevati sono anche i valori di OR per i disturbi d'ansia (OR: 4,4).

Dati SDO

Dall'analisi dei dati sui ricoveri per patologie psichiatriche emergono alcune considerazioni generali che di seguito si riportano.

Nel 2002 sono stati registrati 338.545 dimissioni per patologie psichiatriche: i ricoveri per acuti rappresentano il 92,5% del totale.

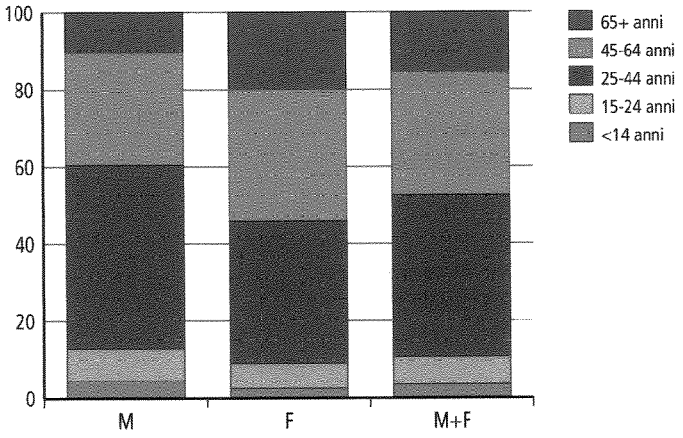
Tra il 2000 e il 2002 si è verificato un aumento (+2%) del totale delle dimissioni per patologie psichiatriche, particolarmente evidente per i disturbi dell'età evolutiva. La proporzione maggiore dei ricoveri riguarda quelli con diagnosi di disturbi affettivi (22%), seguiti da schizofrenia e disturbi correlati (16,2%) e da disturbi senili e organici (14,7%). Non si osservano variazioni significative rispetto al 2000 nella distribuzione per tipologia di diagnosi (**Figura 1**);

Nel totale dei ricoveri per malattie psichiatriche prevalgono il sesso femminile (52%) e la classe di età 25-44 (34%). Circa il 24% dei dimessi è rappresentato da ultrasessantaquattrenni.

Limitando l'analisi alle 4 categorie che si è scelto di considerare (ACC 69-72), il numero totale dei ricoveri ammonta a 204.288 (60,3% del totale degli psichiatrici), 256 casi in più (+0,1%) rispetto al 2000. L'aumento riguarda però solo i disturbi affettivi (+1,6%) e la schizofrenia (+0,9%) mentre per le altre psicosi e per i disturbi d'ansia/somatoformi/dissociativi/della personalità si osserva una riduzione (rispettivamente –1,3% e –2%).

A livello regionale, esiste una elevata variabilità nel trend relativo al biennio 2000-02: per il complesso dei ricoveri con ACC 69-72 si registra infatti un calo in 13 Regioni (con valori che variano dal –0,2% della Lombardia al –25% in Umbria) e un aumento in 7 (il valore massimo riguarda la Sicilia, con +25%). Tale disomogeneità si riscontra anche stratificando per singolo ACC.

La prevalenza delle donne si conferma per tutte le diagnosi incluse nel sottogruppo degli ACC 69-72, ad eccezione di schizofrenia e disturbi cor-



Fonte: Ministero della Salute

Figura 2 Dimessi per patologie psichiatriche, per classe di età e sesso - Anno 2002.

relati. Nella classe di età 25-44 si registra la percentuale più alta dei ricoveri per ACC 69-72 (42%), oltre il 70% dei dimessi ha infatti un'età compresa tra 25 e 44 anni, percentuali più basse riguardano i giovani con meno di 25 anni (10%) e gli anziani (15%). Nelle donne pesano maggiormente le età avanzate (19,9% di ultrasessantaquattrenni vs 10,4% degli uomini) presumibilmente anche a causa della diversa struttura per età della popolazione generale, che si riflette anche nel fenomeno dell'ospedalizzazione. Analizzando i singoli ACC, la classe di età 45-64 anni è quella modale nei disturbi affettivi (39,4%) mentre nelle altre categorie diagnostiche si mantiene la prevalenza dei dimessi di età 25-44 anni (il valore più elevato, pari al 52,2% si registra per le schizofrenie). Le età avanzate sembrano caratterizzarsi per una maggiore presenza di disturbi affettivi (25,3% con età ≥ 64 anni), mentre i più giovani per le psicosi (10% con meno di 25 anni) e per i disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità (19%). Nel confronto tra i due sessi, si osserva un maggior peso percentuale delle età più elevate per tutte le diagnosi (**Figura 2**).

2.9.4 Valutazione critica

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia nell'ambito del progetto ESEMeD-WMH confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce. Tra i soggetti intervistati, infatti, circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita. In maniera più specifica, la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% ed al 3,4%, seguiti dal disturbo post traumatico da stress, dalla fobia sociale e dal disturbo d'ansia generalizzata (riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati). La prevalenza lifetime degli altri disturbi mentali indagati nel progetto (disturbo da attacchi di panico, agorafobia ed abuso/dipendenza da alcol) è risultata invece relativamente bassa (ossia inferiore al 2% del campione studiato). I tassi di prevalenza a 12 mesi sono risultati ovviamente più bassi rispetto a quelli lifetime: circa il 7% degli intervistati ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti l'intervista diagnostica. Circa il 5% del campione aveva sofferto di un disturbo d'ansia; in termini di sottotipi diagnostici, la depressione maggiore e le fobie specifiche sembrano essere i disturbi più frequenti a 12 mesi, con prevalenze stimate del 3% e del 2,7%.
Riguardo alle SDO, da un punto di vita strettamente epidemiologico, i dati relativi ai dimessi non consentono un calcolo diretto e lineare della prevalenza delle singole malattie, per i seguenti motivi principali:
i dati sono riferiti ai ricoveri e non ai pazienti (pertanto sono conteggiati anche i ricoveri ripetuti, particolarmente frequenti per alcune tipologie di disturbi psichiatrici);
anche nei casi di malattie di una certa gravità è possibile che una quota imprecisata di pazienti sia trattata in sedi extraospedaliere;
l'ospedalizzazione dipende anche dalla propensione al ricovero di una data popolazione e dalla struttura dell'offerta ospedaliera e non ospedaliera presente su quel dato territorio, in termini di consistenza, qualità ed organizzazione dei servizi disponibili;
la natura amministrativa della rilevazione delle SDO (le cui informazioni sono influenzate dalla prevalente applicazione a fini economici) può determinare distorsioni ed errori relativamente alla qualità dei dati (completezza, precisione).
Tenendo conto di queste criticità e delle conseguenti cautele nell'interpretazione dei risultati desumibili dall'elaborazione dei dati sui ricoveri, in generale si può affermare che anche nell'ambito della salute mentale le SDO costituiscono un prezioso patrimonio informativo utile per delineare il quadro patologico nelle diverse aree geografiche, nonché per valutare l'impatto della morbosità sul sistema sanitario in ter-