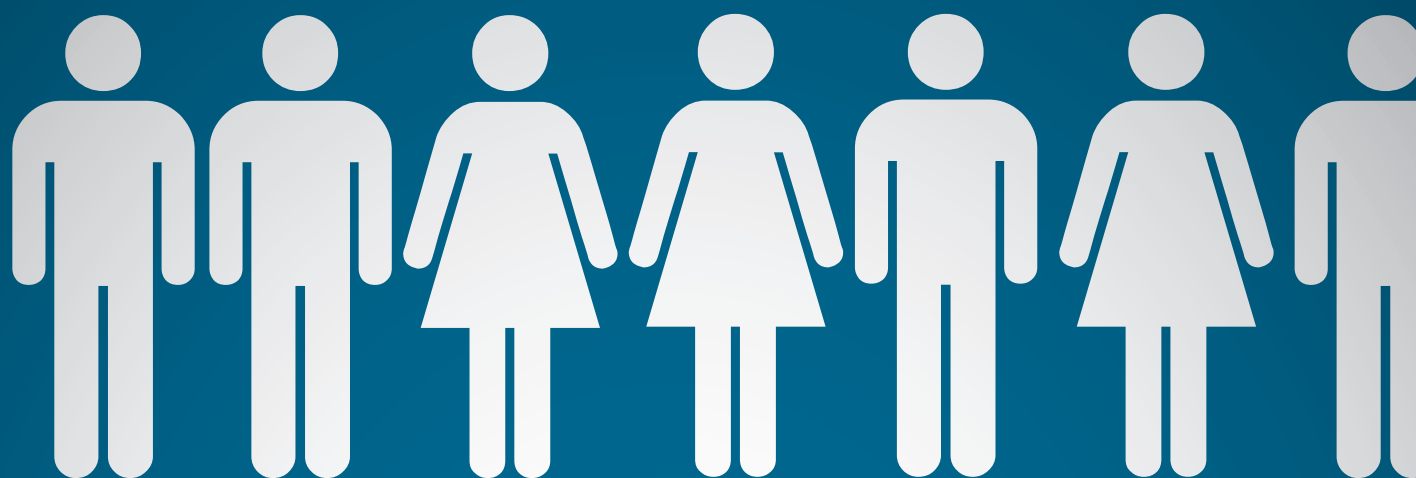




**ORDINE DEGLI PSICOLOGI
della Liguria**



La salute nella Popolazione Ligure

**Il ruolo dello psicologo
nella promozione
della salute e del benessere**



Il Benessere Psicologico nella Popolazione Ligure

Report a cura
dell'Ordine degli Psicologi della Liguria

Cinzia Modafferi¹
Mara Donatella Fiaschi²
Lisa Cacia²

1. V.I.E. - Valorizzazione Innovazione Empowerment srl - www.vie-srl.com

2. Ordine degli Psicologi della Liguria - www.ordinepsicologi-liguria.it

Il Marchio "Spin off dell'Università degli Studi di Genova" testimonia esclusivamente il rapporto di derivazione universitaria della società spin off, pertanto, il presente documento non è direttamente ascrivibile all'Università stessa.

SINTESI DEL REPORT

Il presente report, promosso dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Liguria, divulga e, per quanto possibile, commenta i dati raccolti ed analizzati da A.Li.Sa (Azienda Ligure Sanitaria) e dal SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale) e fornisce una fotografia dello stato di salute mentale di una parte della popolazione ligure nell'anno 2015.

Lo stato di malessere psicologico percepito dalla popolazione della Regione Liguria risulta doppio rispetto a quello fisico (una media di 17 giorni passati in uno stato di cattiva salute psicologica rispetto ai 9 giorni passati in uno stato di cattiva salute fisica).

Dai dati emerge come nel 2015 fosse molto **alta la presenza di sintomi/disturbi depressivi**, tanto da superare il dato nazionale. I sintomi depressivi sono **risultati correlati positivamente con alcuni disturbi cronici, con i ricoveri acuti e con il consumo di alcol** (cfr. Tabella 5) e nello stesso anno la **spesa lorda per gli antidepressivi ha superato i 14 milioni di euro** (cfr. Tabella 11).

I dati, per quanto incompleti, evidenziano il possibile impatto che il ruolo dello psicologo può avere sulla salute pubblica e sulla riduzione dei costi della stessa. Tuttavia, il numero di psicologi nel Sistema Sanitario Nazionale appare molto ridotto: nel 2015 in Liguria la situazione era di **1 psicologo nel SSN ogni 7129 abitanti**, nel 2014 all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale gli psicologi rappresentavano **meno del 10% (n = 109) del personale impiegato**.

I dati risultano incompleti, poiché si riferiscono solo alla popolazione maggiorenne che ha avuto accesso ai servizi e che rientrava in alcune specifiche caratteristiche di campionamento. Le diagnosi effettuate sono state accorpate in 9 macro-categorie e non permettono una riflessione su alcune specifiche categorie diagnostiche e, inoltre, rispetto ai singoli gruppi diagnostici, siamo in possesso delle sole informazioni socio-demografiche riguardanti età e genere e non abbiamo informazioni, ad esempio, circa lo status socio-economico.

Si evidenzia, quindi, il bisogno di una **maggiore rete tra professionisti**, strutture private e strutture pubbliche per avere un quadro più completo della popolazione che possa comprendere anche chi **non accede ai servizi e la popolazione minorenni**. Questa rete sarebbe auspicabile per avere un quadro migliore dei bisogni della popolazione, in linea con il Piano di azione per la salute mentale che considera necessaria la tutela della salute mentale nell'arco di vita.

INTRODUZIONE

Il presente report, promosso dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Liguria, nasce dall'esigenza di una divulgazione dei dati sul benessere psicologico della popolazione ligure e sul ruolo dello Psicologo nella promozione della salute e del benessere.

Nell'ultimo anno si stanno e si sono concretizzate alcune conquiste attese da parte degli psicologi: siamo in attesa del riconoscimento dello psicologo come professionista sanitario (DDL n° 1324³) e sono stati introdotti i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza⁴ (LEA; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017⁵). Con l'introduzione dei nuovi LEA è stato aggiornato il nomenclatore delle prestazioni (Decreto ministeriale del 22 luglio 1996⁶) e le prestazioni psicologiche, un tempo sotto le voci "psichiatria" e/o "neurologia", sono oggi riconosciute sotto la branca "psicologia-psicoterapia". E' stata così sancita un'approvazione importante poiché gli interventi psicologici e psicoterapici sono stati riconosciuti come **essenziali**.

Per questa ragione l'Ordine degli Psicologi della Liguria ritiene importante una riflessione sul ruolo dello psicologo e sullo stato di benessere psicologico dei cittadini della nostra Regione.

I dati riportati si riferiscono, in particolare, a quelli raccolti ed analizzati da A.Li.Sa (Azienda Ligure Sanitaria, vedi appendice A), attraverso il sistema di sorveglianza Passi, e dal SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale, vedi appendice B) e si riferiscono, in particolare, alla situazione italiana e ligure dell'anno 2015.

Si ringraziano i due enti, ed in particolare il dott. Roberto Carloni, di A.Li.Sa., che hanno pubblicato i dati che sono stati, nel presente report, semplicemente riferiti e sistematizzati, al fine di avere un riassunto della situazione ligure.

1. Gli psicologi liguri nel Sistema Sanitario Nazionale

Gli psicologi impiegati nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nella regione Liguria hanno compiti di prevenzione, di cura e di riabilitazione nell'intero ciclo di vita: dall'in-

³ <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00976283.pdf>

⁴ I LEA rappresentano le prestazioni ed i servizi che il Sistema Sanitario Nazionale deve fornire a tutti i cittadini.

⁵ http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-18&atto.codiceRedazionale=17A02015&elenco30giorni=true

⁶ http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-09-14&atto.codiceRedazionale=096A5753&elenco30giorni=false

fanzia alla terza età. Secondo i dati in possesso dell'Ordine degli Psicologi della Liguria nel 2015 risultavano impiegati nel SSN 229 psicologi, di cui il 46% (n = 106) erano collocati nell'area genovese che comprende, oltre alla ASL3, anche le strutture dell'Ospedale Galliera, dell'IRCCS San Martino-IST e dell'Ospedale Pediatrico G. Gaslini (Figura 1).

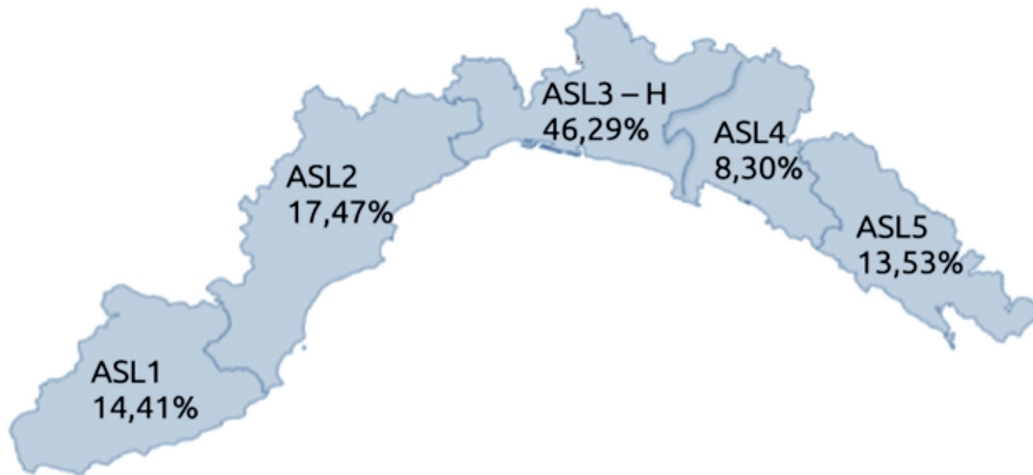


Figura 1 - Percentuale degli psicologi impiegati nel SSN ligure nell'anno 2015

L'Ordine degli Psicologi della Liguria aveva, nell'anno 2015, 2248 iscritti, anche stimando che di questi circa 1484 si occupassero di clinica⁷, nel SSN locale veniva impiegato solo il 15% (n = 229) degli psicologi clinici (Figura 2).



Figura 2 - In blu la percentuale di psicologi che operava nel 2015 nel SSN ligure rispetto agli iscritti liguri

I 5 diversi distretti, nel 2015, presentavano una popolazione complessiva di 1.632.669 abitanti, dislocata in modo eterogeneo sul territorio: il distretto più popolato risultava essere quello compreso nella ASL 3 "genovese" (Tabella 1).

⁷ La stima viene effettuata sulla base delle iscrizioni degli psicologi all'Ente Nazionale Previdenziale degli Psicologi. Nel 2012 dei 1925 iscritti all'Ordine ligure ne risultavano iscritti all'ENPAP circa 1276.

Tabella 1 - Popolazione nei distretti liguri nel 2015

	<i>Popolazione</i>
ASL1	222.669
ASL2	287.000
ASL3	750.000
ASL4	160.000
ASL5	213.000
Totale	1.632.669

La proporzione tra gli psicologi iscritti all'Ordine della Liguria che si occupano di attività clinica e la popolazione ligure è di 1/653 abitanti, mentre tra gli psicologi del SSN e la popolazione è di 1/7129 abitanti.

1.1 Gli psicologi liguri all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)⁸

In Liguria sono presenti 5 DSM (Tabella 2), vengono considerate parte dei DSM non solo le strutture psichiatriche vere e proprie, quelle che erogano solo assistenza psichiatrica e/o assistenza ai disabili psichici, ma anche tutte quelle strutture in cui vengono erogate anche prestazioni psichiatriche (SISM, 2016).

Tabella 2 - N° DPM in Liguria divisi per tipologia nel 2015

	<i>DSM</i>	<i>Territoriale</i>		<i>Residenziale</i>		<i>Semiresidenziale</i>	
		<i>N° strutture</i>	<i>Ogni 100.000 abitanti⁹</i>	<i>N° strutture</i>	<i>Ogni 100.000 abitanti</i>	<i>N° strutture</i>	<i>Ogni 100.000 abitanti</i>
N° totale	5	18	1,32	85	6,22	30	2,20
Solo strutture psichiatriche	5	13	0,95	78	5,71	28	2,05

Nei dati raccolti dal SISM (2016), fanno parte dei DSM anche i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), nonostante siano reparti ospedalieri, insieme ad altre strutture pubbliche equiparate (ad esempio: aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici, IRCSS privati, etc..).

⁸ I Dipartimenti di Salute Mentale sono organi di coordinamento che garantiscono l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale).

⁹ Il tasso, da questo momento in avanti, è stato calcolato solo sul numero di abitanti maggiorenni ($n = 1.362.859$).

In Liguria i posti letto di degenza ordinaria erano, nel 2015, circa 12 ogni 100.000 abitanti (Tabella 3).

Tabella 3 - N° posti letto in Liguria divisi per tipologia nel 2015

Strutture pubbliche ed equiparate			Case di cura private accreditate			Tot. posti letto di degenza ordinaria	Tot. posti letto di Day Hospital	Posti letto di degenza ordinaria ogni 100.000 ab.	Posti letto per Day Hospital ogni 100.000 ab.
N° reparti	Posti letto di degenza ordinaria	Posti letto di Day Hosp.	N° reparti	Posti letto di degenza ordinaria	Posti letto di Day Hosp.				
10	162	6	-	-	-	162	6	11,89	0,44

Il SISM (2016) ha stimato che nel 2014, gli psicologi rappresentavano meno del 10% ($n = 109$) del personale all'interno dei DSM liguri. All'interno del DSM erano a disposizione 8 psicologi ogni 100.000 abitanti (Tabella 4).

Tabella 4 - Personale del DSM per qualifica in Liguria e personale * 100.000 abitanti

(fonte SISM, 2016)

	N° personale	Personale * 100.000 abitanti
Medico - psichiatra	174	12,77
Psicologo	109	8,00
Personale Infermieristico	494	36,25
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	1	0,07
Educatore professionale	31	2,27
OTA/O.S.S	159	1,67
Assistente sociale	70	5,14
Sociologo	-	-
Personale amministrativo	40	2,94
Altro	61	4,48
Totale	1139	

2. Stato di salute psicologica in Liguria

2.1 Salute psicologica percepita

In questa sezione saranno riferiti i dati raccolti da A.Li.Sa (2014, 2015, 2015a) e dal sistema di sorveglianza Passi¹⁰, divulgati attraverso lo *Stato di salute dei cit-*

¹⁰ <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp?tab-container-1=tab5>

tadini ligure. Si tratta, per la maggior parte dei casi, di dati auto-riferiti dai partecipanti, pertanto essi si riferiscono alla *percezione* che le persone hanno rispetto alla propria salute.

Il 69% della popolazione ligure riferisce di essere in buona salute¹¹: questo significa che su 100 partecipanti circa 70 riferiscono di sentirsi bene. All'interno delle varie ASL questa percentuale oscilla da un minimo di 63% a un massimo di 77% e, spostandosi dal ponente al levante, sembra aumentare la percezione di benessere rispetto al proprio stato di salute (Figura 3).

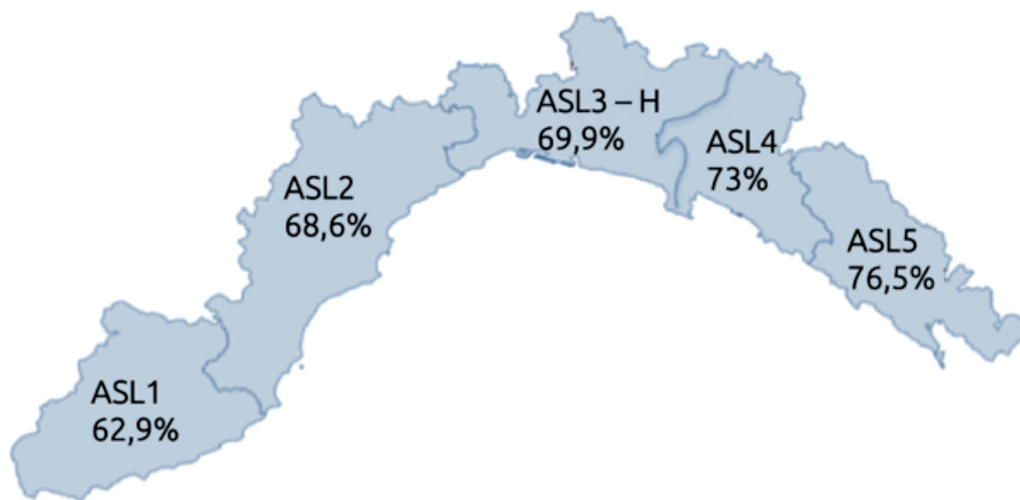


Figura 3 - Percentuale di risposte positive alla domanda "come va in generale la sua salute?"
(fonte A.Li.Sa., 2015)

Rispetto al benessere percepito in Liguria, nel periodo 2012-2015, gli intervistati¹² hanno riferito che, negli ultimi 30 giorni, avevano avuto, in media, 8,7 giorni passati in uno stato di cattiva salute fisica. È rilevante notare che gli intervistati hanno riferito di aver trascorso quasi il doppio dei giorni in uno stato di cattiva salute psicologica (16,8 giorni)¹³.

Infine, è stata indagata la **presenza di sintomi depressivi**¹⁴, che nel 2015 in Liguria

¹¹ Nell'intervista veniva posta la domanda "Come va in generale la sua salute?", la percentuale è composta dai rispondenti tra i 18 e i 68 anni che giudicavano il proprio stato di salute "buono" o "molto buono".

¹² Nell'intervista venivano poste le domande "Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?" e "Adesso pensi agli aspetti psicologici, come problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?".

¹³ I valori non si discostano in modo significativo dal valore nazionale di 8,6 giorni trascorsi in uno stato di cattiva salute fisica e di 15,2 giorni trascorsi in uno stato di cattiva salute psicologica.

¹⁴ Nell'intervista venivano poste domande circa i sintomi di umore depresso e anedonia attraverso il test Phq2 che, confrontato con la diagnosi di disturbo depressivo maggiore, mostra una sensibilità che si attesta intorno all'80%.

erano riferiti dall'8% della popolazione, anche se la situazione nell'imperiese e nel Tigullio sembrava essere meno critica (Figura 4). I dati non permettono di comprendere le ragioni di questa minore criticità rispetto ad una così diversa percezione del proprio malessere legata alle diverse zone della Liguria.

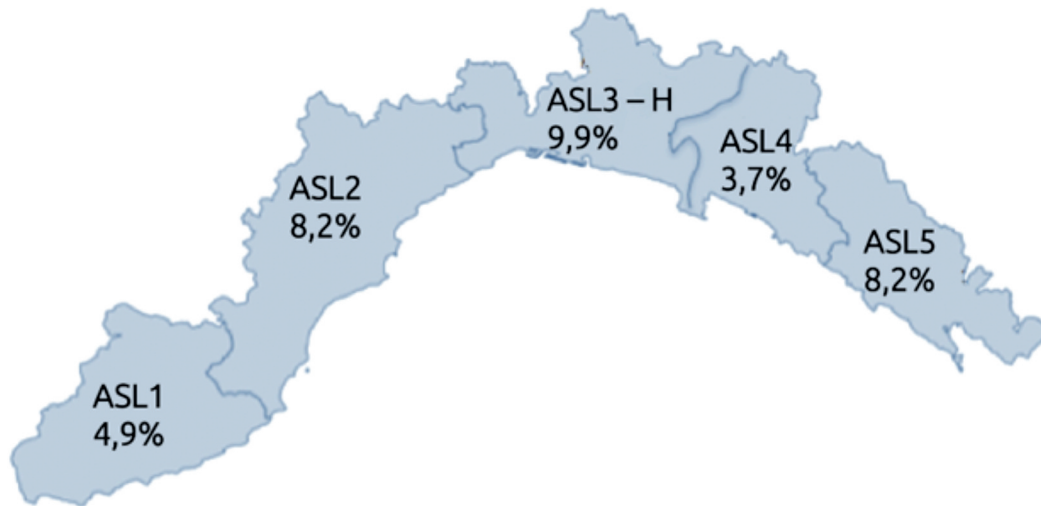


Figura 4 - Percentuale di persone che hanno riferito sintomi depressivi in Liguria
(fonte A.Li.Sa., 2015)

Rispetto ai sintomi di depressione, nel periodo 2012-2015 (Figura 5), il 7,5% della popolazione riferiva di soffrirne, il dato è peggiore rispetto a quello nazionale (6,2%). I dati non permettono una comprensione del perché si verifichi nella nostra regione una maggiore percezione dei sintomi di depressione rispetto alla media nazionale, sembrerebbe opportuno alla luce di questo dato poter fare ulteriori ricerche in merito. Inoltre, di queste persone che lamentavano sintomi depressivi due su tre (66,7%)¹⁵ si sono rivolte ad uno specialista per chiedere aiuto.

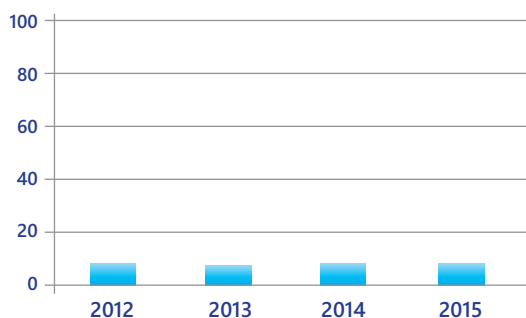


Figura 5 - Percentuale di sintomi depressivi in Liguria dal 2012 al 2015 (fonte A.Li.Sa., 2015)

¹⁵ Il valore è migliore rispetto a quello nazionale (59,8%).

A.Li.Sa (2015a) permette di valutare l'associazione per alcuni dei diversi indici rilevati dallo Stato di salute nell'anno 2014. Si evidenzia come la presenza di sintomi depressivi sia risultata correlata positivamente con alcuni disturbi cronici, con i ricoveri acuti e con il consumo di alcol riferiti dagli intervistati (Tabella 5).

Tabella 5 - Correlazione tra sintomi riferiti di depressione ed altri indicatori dello Stato di Salute nel 2014

(fonte A.Li.Sa., 2015a)

<i>Indicatore</i>	<i>Coefficiente di correlazione</i> ¹⁶
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti ¹⁷	$r = ,45$
Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio ¹⁸	$r = ,59$
Percentuale di soggetti obesi ¹⁹	$r = ,44$
Diabete ²⁰	$r = ,21$
Cardiopatía strutturale senza scompenso ²⁰	$r = ,50$
Cardiopatía nota con sintomi di scompenso ²⁰	$r = ,39$
Insufficienza renale conclamata ²⁰	$r = ,43$

Infine, A.Li.Sa. (2015) fornisce dei dati rispetto all'incidenza dei decessi per suicidio avvenuti nell'anno 2015. In Liguria, rispetto al numero totale di abitanti, è stata registrata un'incidenza dei deceduti per suicidio pari allo 0,004% della popolazione. Tuttavia, si registra una disomogeneità rispetto ai diversi distretti anche sulla base della diversa popolosità degli stessi. Il distretto con maggiore popolazione è quello della ASL3 genovese che presenta lo 0,004% della popolazione deceduta per suicidio. Diversa è la situazione del ponente e del levante, dove la percentuale di suicidi rispetto alla popolazione locale risulta più alta (Figura 6). In particolare, nella zona dell'imperiese, si registra una percentuale di suicidi pari allo 0,05% sulla popolazione totale della zona (222.669 abitanti). Questo dato appare

¹⁶ Il coefficiente di correlazione r è "una misura standardizzata della relazione tra due o più variabili, ossia la tendenza che hanno queste a variare in modo concomitante". Se la correlazione è positiva significa che all'aumentare di una variabile aumenta anche l'altra, così come al diminuire di una variabile diminuisce anche l'altra. "La forza della relazione è rappresentata dal valore assoluto di r ": un valore compreso tra $,20 < r < ,30$ viene considerato debole, tra $,30 < r < ,50$ moderato e, infine $r > ,50$ forte (Chiorri, 2014, p. 375). In tabella tutte le correlazioni sono moderate, ad eccezione della correlazione con la percentuale di consumatori di alcol che è considerata forte e la correlazione con il diabete che è da considerarsi debole.

¹⁷ Nell'intervista viene richiesto il numero di ricoveri, vengono considerati tutti i ricoveri ordinari erogati nella regione Liguria ed anche quelli effettuati per i residenti liguri al di fuori della regione.

¹⁸ Percentuale di persone che durante l'intervista dichiarano un consumo abituale elevato, o almeno un episodio di binge drinking oppure di assumere alcol prevalentemente o esclusivamente fuori pasto.

¹⁹ Percentuale di persone che hanno un indice di massa corporea ≥ 30.0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza x 100.

²⁰ Per i criteri di inclusione si rimanda ad A.Li.Sa (2014).

molto interessante poiché l'incidenza dei suicidi non sembrerebbe essere direttamente proporzionale al numero di abitanti: l'area metropolitana di Genova, infatti, è quella che presenta una percentuale più bassa. Inoltre, emerge un'interessante incongruenza: i distretti con una più alta presenza di decessi per suicidio sono gli stessi dove si registra una minore percezione del malessere.

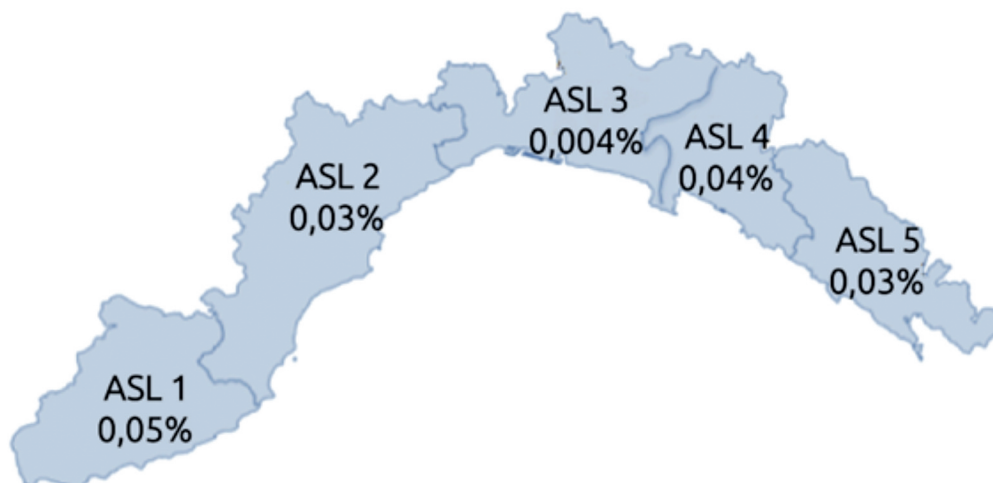


Figura 6 - Percentuale di suicidi calcolata rispetto alla popolazione di ogni singolo distretto

2.2 Salute psicologica

Il SISM (2016) riferisce dati che sono stati raccolti attraverso il sistema informativo sanitario. In questo modo è possibile avere a disposizione tutti i dati relativi ai cittadini maggiorenni, residenti in Liguria, che hanno avuto un accesso ai servizi territoriali o ai servizi convenzionati. I dati, pertanto, riferiscono criteri oggettivi di malessere raccolti sulla base di una diagnosi effettuata da professionisti e non sulla percezione di malessere riferita dalle persone. Tuttavia, per quanto il criterio sia più oggettivo, è bene evidenziare che **questi dati si riferiscono ad una porzione limitata di cittadini, ossia solo a quelli che sono stati trattati dal SSN. È plausibile pensare che possa esservi una grossa porzione di disagio psicologico sommerso poiché non sappiamo nulla di tutta quella parte di popolazione che non si rivolge ai servizi.**

Nel 2015 gli utenti trattati in Liguria sono stati l'1,75% della popolazione ($n = 23.895$). Per quanto riguarda la prevalenza degli utenti trattati (Tabella 6) sono in maggior numero le donne ($n = 13.262$) ed in **maggior numero le donne e gli uomini tra i 45 e i 54 anni** ($n = 6.012$), che rappresentano il 2,32% della popolazione ligure nella stessa fascia d'età. La fascia diviene più ampia laddove si accor-

pino per età gli utenti tra i 45 ed i 64 anni ($n = 10.855$), non è possibile però comprendere dai dati come mai questa fascia d'età appaia la più critica. Si ritiene possano essere di fondamentale importanza alcuni studi specifici che possano aiutare a comprendere quali siano i cambiamenti e i bisogni in questa specifica fase del ciclo di vita.

Tabella 6 - Prevalenza degli utenti liguri per genere ed età, valori assoluti
(fonte SISM, 2016)

<i>Fasce di età</i>	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>	<i>Percentuale rispetto alla popolazione della stessa fascia d'età²¹</i>
18-24	632	588	1.220	1,38%
25-34	1.151	1.059	2.210	1,89%
35-44	1.824	1.914	3.738	1,52%
45-54	2.767	3.245	6.012	2,32%
55-64	2.149	2.694	4.843	2,29%
65-74	1.229	1.996	3.225	1,60%
≥75	881	1.766	2.647	1,09%
Totale	10.633	13.262	23.895	

Rispetto alla diagnosi (effettuata con ICD-9-CM; vedi appendice B) **la depressione è stata quella con prevalenza più alta**, rappresentando il 26% dei disturbi diagnosticati e circa lo 0,5% della popolazione ($n = 6.298$; Tabella 7). Seguono altre diagnosi di competenza psicologica che sono le diagnosi non psichiatriche ($n = 4.486$; Tabella 9), sindromi nevrotiche e somatoformi ($n = 3.729$; Tabella 7) e disturbi della personalità e del comportamento ($n = 2.007$; Tabella 7).

Tabella 7 - Prevalenza degli utenti liguri trattati per gruppo diagnostico, valori assoluti
(fonte SISM, 2016)

<i>Alcolismo o tossicomanie</i>	<i>Altri disturbi psichici</i>	<i>Demenze e disturbi mentali organici</i>	<i>Depressione</i>	<i>Diagnosi non-psichiatrica</i>	<i>Disturbi della personalità e del comportamento</i>	<i>Mania e disturbi affettivi bipolari</i>	<i>Ritardo mentale</i>	<i>Schizofrenia e altre psicosi funzionali</i>	<i>Sindromi nevrotiche e somatoformi</i>	<i>Totale</i>
572	598	2.850	6.298	4.486	2.007	884	365	2.106	3.729	23.895

²¹ Nella colonna è riferita la percentuale di prevalenza all'interno della popolazione totale per quella fascia d'età.

I nuovi utenti liguri (cioè gli utenti al primo accesso) nel 2015 sono stati l'1,4% ($n = 18.715$) della popolazione, la fascia d'età prevalente per i nuovi utenti è sempre la fascia 45-54 ($n = 4.556$, Tabella 8) e la depressione, nuovamente, è stata la diagnosi prevalente, presentata dallo 0,4% della popolazione ($n = 5.336$; Tabella 9).

Tabella 8 - Nuovi utenti liguri per genere ed età, valori assoluti

(fonte SISIM, 2016)

<i>Fasce di età</i>	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>	<i>Percentuale rispetto alla popolazione della stessa fascia d'età</i>
18-24	529	549	1.078	1,22%
25-34	956	847	1.803	1,28%
35-44	1.471	1.546	3.017	1,23%
45-54	2.089	2.467	4.556	1,76%
55-64	1.646	1.999	3.645	1,72%
65-74	908	1.499	2.407	1,19%
≥75	750	1.459	2.209	0,9%
Totale	8.349	10.366	18.715	

Tabella 9 - Nuovi utenti liguri trattati per gruppo diagnostico, valori assoluti

(fonte SISIM, 2016)

<i>Alcolismo o tossicomanie</i>	<i>Altri disturbi psichici</i>	<i>Demenze e disturbi mentali organici</i>	<i>Depressione</i>	<i>Diagnosi non-psichiatrica</i>	<i>Disturbi della personalità e del comportamento</i>	<i>Mania e disturbi affettivi bipolari</i>	<i>Ritardo mentale</i>	<i>Schizofrenia e altre psicosi funzionali</i>	<i>Sindromi nevrotiche e somatoformi</i>	<i>Totale</i>
398	454	2.859	5.336	3.488	1.693	164	298	632	3.393	18.715

L'assistenza territoriale viene svolta dai Centri di Salute Mentale (CSM), in Liguria nel 2015 gli utenti sono stati il 1,7% della popolazione ($n = 24.022$) e sono state erogate 299.013 prestazioni, in media 13,49 per utente²².

Rispetto alle strutture residenziali gli utenti sono stati lo 0,1% della popolazione ($n = 1.410$). La durata del ricovero aumenta all'aumentare dell'età con una durata media di 956,13 giorni.

²² Il valore è in linea con quello nazionale.

Rispetto alle strutture semi-residenziali gli utenti sono stati circa lo 0,07% della popolazione ($n = 907$).

Un'ulteriore fonte di informazioni è quella relativa alle dimissioni dagli ospedali liguri dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi principale di disturbo mentale: sono state 7.380 (0,54% della popolazione) da tutti i reparti, di cui 5.105 dai reparti di psichiatria (0,37% della popolazione). Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che viene considerata una modalità di intervento "straordinaria", è stata attuata per lo 0,01% della popolazione ($n = 162$).

Rispetto alla continuità assistenziale, ossia alla capacità del territorio di garantire un'efficace continuità delle cure dopo il ricovero presso una struttura ospedaliera o residenziale, in Liguria nel 2015 il 35% dei pazienti ha ricevuto una visita a domicilio entro 14 giorni, il 41,7% entro 30 giorni dalla dimissione.

Infine, i dati del sistema sanitario erogati in emergenza-urgenza, con riferimento in particolare al 118 e al Pronto Soccorso, hanno evidenziato nel 2015 una serie di accessi (che a livello nazionale rappresentano circa il 2%) la cui diagnosi rientra nei disturbi psichiatrici e psicologici (Tabella 10). Il gruppo diagnostico che comprende un numero di accessi più alto (48,5%) è quello delle sindromi nevrotiche e somatoformi, sindromi nelle quali le prestazioni psicologiche sono indicate come cure elettive.

Tabella 10 - Numero di Accessi al pronto soccorso per gruppi diagnostici
(SISM, 2016)

<i>Alcolismo o tossico- manie</i>	<i>Altri disturbi psichici</i>	<i>Demenze e disturbi mentali organici</i>	<i>Depres- sione</i>	<i>Disturbi della persona- lità e del compor- tamento</i>	<i>Mania e disturbi affettivi bipolari</i>	<i>Ritardo mentale</i>	<i>Schizo- frenia e altre psicosi funzionali</i>	<i>Sindromi nevrotiche e somato- formi</i>	<i>Totale</i>
1.495	1.321	873	1.509	69	279	3	2.457	7.547	15.553

L'alto numero di accessi al pronto soccorso di pazienti che presentano sindromi nevrotiche e somatoformi evidenzia e sostiene il dato che emergeva anche rispetto ai nuovi utenti liguri (Tabella 9). Si evidenzia, infatti, nei due casi un'area di bisogno (comprendente le sindromi nevrotiche e psicosomatiche, gli altri disturbi psichici²³ e le diagnosi non psichiatriche²⁴) **in cui potrebbe divenire di fondamentale im-**

²³ Il gruppo altri disturbi psichici comprende l'accorpamento di alcune classificazioni dell'ICD-9-CM, quali, ad esempio tartagliamento, anoressia nervosa, tics, disturbi da movimenti stereotipati, altri e non specificati disturbi dell'alimentazione, enuresi, encopresi, reazione da adattamento, altre reazioni di adattamento specificate, disturbo iperansioso, etc. (SISM, 2016).

²⁴ Nel gruppo diagnosi non psichiatriche sono incluse le diagnosi non accurate, imprecise o non specificate, ad esempio "osservazione e valutazione per sospetta malattia mentale" o "diagnosi in attesa di definizione". In quest'area sembrerebbero rientrare, quindi, tutte quelle situazioni subcliniche in cui l'intervento dello psicologo potrebbe rivelarsi efficace.

portanza la presenza dello psicologo delle cure primarie, trattandosi di aree in cui l'intervento dello psicologo è considerato d'elezione.

2.3 Farmaci

In Liguria la spesa lorda per i farmaci antidepressivi è stata di più di 14 milioni di euro, un costo che ha gravato sul SSN per quasi 11 euro per ogni cittadino ligure maggiorenne. Ulteriori importanti voci di spesa, sebbene molto lontane da quella per gli antidepressivi, sono state quelle per gli antipsicotici e per il litio (Tabella 11).

Tabella 11 - N° di confezioni dei farmaci, spesa lorda ed utenti trattati in regime convenzionato e in distribuzione diretta (SISM, 2016)

	<i>Regime convenzionato</i>			<i>Distribuzione diretta</i>		
	<i>N° di confezioni</i>	<i>Spesa lorda (in €)</i>	<i>Percentuale di abitanti trattati</i>	<i>N° di confezioni</i>	<i>Spesa lorda (in €)</i>	<i>Percentuale di abitanti trattati</i>
Antidepressivi	1.330.265	14.426.338,47	19,6%	36.738	120.595,33	0,76%
Antipsicotici	81.798	500.310,50	1,05%	165.660	4.112.953	0,76%
Litio	21.853	87.843,07	0,20%	3.955	8011,36	0,04%

3. Conclusioni

Nel presente report vengono riferiti i dati di A.Li.Sa. (2014, 2015, 2015a) e del SISM (2016). Non è stato possibile reperire altre fonti di informazioni, ad esempio rispetto alla **presa in carico privata da parte degli psicologi e/o degli psichiatri e/o neurologi**, per questa ragione i dati della salute mentale sono solo parziali e relativi all'accesso alle strutture pubbliche.

Inoltre, non è stato possibile avere una fotografia, anche parziale, del benessere mentale degli abitanti al di sotto dei 18 anni di età. È stato pubblicato il report regionale sugli stili di vita degli under 15 (Health Behaviour in School-Aged Children, 2015), ma per quanto fornisca dati utili per comprendere alcuni aspetti della qualità di vita e del benessere non presenta dati focalizzati sul malessere mentale e le diverse categorie diagnostiche. Il SISM (2016) che fornisce i dati oggettivi sulle categorie diagnostiche non riferisce i dati della popolazione minorenni.

Sarebbe importante, per avere un quadro generale, poter reperire anche dati oggettivi che possano fornire **informazioni sul benessere dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie**. Questo aspetto evidenzia il bisogno di creare una maggiore rete tra professionisti e strutture private e pubbliche del territorio che possano condividere le informazioni di cui sono in possesso per comprendere meglio quale siano i bisogni regionali di tutta la popolazione. Si ritiene sia di fondamentale importanza considerando che la tutela della salute mentale in infanzia ed adolescenza, così come nell'età adulta, rientra nel Piano di azione per la salute mentale (World Health Organization, WHO, 2013).

L'accorpamento delle diverse diagnosi dell'ICD-9-CM (Medicode, 1996) da parte del SISM (2016) non permette di avere delle informazioni più dettagliate circa la prevalenza di alcuni disturbi che nel presente report non compaiono. Ad esempio, non si hanno informazioni circa i **disturbi del comportamento alimentare**, nonostante l'Istituto Superiore di Sanità (2013) abbia evidenziato la carenza di dati nazionali sul disturbo e raccomandasse di condurre studi sulla prevalenza, l'incidenza e la mortalità.

Infine, il SISM (2016) condivide i soli dati nazionali circa alcune caratteristiche socio-demografiche: ad esempio, non sappiamo **nulla delle condizioni socio-economiche della popolazione che presenta un malessere mentale**. Inoltre, si ritengono opportune indagini future che non solo colmino questo gap di informazioni, ma che possano indagare ulteriormente le caratteristiche della **fascia di pazienti che si colloca tra i 45 e i 64 anni, che rappresentano la proporzione più alta della popolazione ligure che presenta un malessere mentale**.

Nonostante il presente report si riferisca solo ad una parte dei dati relativi alla salute mentale ligure emerge che, sia a livello ligure sia a livello nazionale, la popolazione percepisce uno stato di malessere psicologico doppio rispetto a quello fisico (**una media di 17 giorni passati in uno stato di cattiva salute psicologica** rispetto ai 9 passati in uno stato di cattiva salute fisica). Questi dati sono in linea con quelli riferiti dall'Istat (Istituto Nazionale di Statistica, BES, 2015) che riferiscono come nel periodo dal 2005 al 2012 si sia verificato un miglioramento dello stato fisico ma un peggioramento del benessere psicologico.

La presenza dei sintomi/disturbi depressivi è molto alta nella popolazione ligure ed il dato supera quello nazionale, inoltre essi risultano **correlati positivamente con alcuni disturbi cronici, con i ricoveri acuti e con il consumo di alcol**. La comorbidità tra disturbi psichici e patologie fisiche è riconosciuta anche in letteratura, alcuni studi sostengono che più del 68% degli adulti che soffrono di un disturbo mentale presentano almeno una patologia medica, allo stesso tempo il 29% di coloro che soffrono di una patologia medica presentano una comorbidità con un disturbo mentale (Goodell, Druss & Reisinger Walker, 2011). Inoltre, è stato evidenziato come gli individui che presentano dolori cronici hanno una probabilità

quadrupla, rispetto agli individui che non ne soffrono, di sviluppare ansia e disturbi depressivi (WHO, 2001). Infine, laddove coesistano disturbi fisici cronici e depressione e/o ansia è stato evidenziato come i costi della salute pubblica aumentino, si ipotizza, infatti, che questi pazienti risultino meno efficaci nel prendersi cura di sé (ad esempio fanno meno esercizio fisico o non seguono le diete prescritte) e meno aderenti ai trattamenti prescritti (Melek & Norris, 2008). Non abbiamo nessuna informazione rispetto ad altre situazioni cliniche croniche e non, su cui il disagio psicologico potrebbe avere un impatto. Sarebbe utile poter approfondire questo malessere, viste anche le differenze che emergono rispetto alla distribuzione nelle diverse zone della Liguria per meglio comprendere come intervenire non solo sul disagio, ma anche in ottica di promozione della salute.

La presenza dei sintomi depressivi, inoltre, viene evidenziata anche dal **costo farmacologico degli antidepressivi**, la cui spesa lorda in Liguria, per l'anno 2015, ha superato i 14 milioni di euro. L'impatto della depressione sulla salute pubblica è così alto che nel 2017 la giornata mondiale della salute è stata dedicata proprio alla depressione (WHO, 2017), ed è stata stimata la possibilità che la **depressione nel 2030 potrà essere la prima causa di morte e disabilità** (WHO, 2012). Eppure, proprio in tema di depressione, diversi studi empirici **riferiscono l'efficacia del trattamento psicoterapico** (ad esempio, Berg & Høie, 2010; Cuijpers, van Straten, van Oppen, Andersson, 2008; Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Andersson, Beekman, & Reynolds, 2013; Linde, Sigterman, Kriston, Rücker, Jamil, Meissner, & Schneider, 2015). Inoltre, per la depressione, così come per altri disturbi mentali, la letteratura scientifica evidenzia come i trattamenti psicologici abbiano migliori costi-benefici rispetto ad alcuni trattamenti medici standard (ad esempio si veda la rassegna di Doran del 2013).

Questi dati, per quanto incompleti, evidenziano una correlazione tra **sintomi psicologici e salute fisica**, ed una ricerca, da parte dei pazienti, di cure fisiche che spesso nascondono un disagio psicologico (ne sono un esempio i più di 15.000 accessi al pronto soccorso la cui diagnosi rientra nei disturbi psichiatrici e psicologici ed il numero di nuovi utenti per le sindromi nevrotiche e psicosomatiche, gli altri disturbi psichici e le diagnosi non psichiatriche). Del resto la definizione stessa di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1946) comprende in sé non solo il benessere fisico ma anche il benessere mentale e sociale, per questa ragione è sempre più importante tenere in considerazione che i disturbi della salute presentano spesso una natura multifattoriale, tuttavia per molti dei disturbi psicosomatici la letteratura scientifica evidenzia l'efficacia dei trattamenti psicologici (Sattel, Lahmann, Gündel, Guthrie, Kruse, Noll-Hussong, Ohmann, Ronel, Sack, Sauer, Schneider, Henningsen, 2012; Koelen, Houtveen, Abbass, Luyten, Eurelings-Bontekoe, Van Broeckhuysen-Kloth, Bühring, Geenen, 2014; Abbass, Kisely, Rasic, Town, Johansson, 2015).

In quest'ottica si evidenzia sempre di più l'impatto che il **ruolo dello psicologo** può avere sulla salute pubblica, sulla riduzione dei costi della stessa e sulla tutela del benessere psicologico della popolazione. Tuttavia, nel 2015 in Liguria si stimava la presenza di un **solo psicologo nel SSN per ogni 7129 abitanti**, mentre nel 2014 all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale gli psicologi rappresentavano meno del 10% ($n = 109$) del personale impiegato. **I numeri impiegati nel SSN sono molto bassi nonostante sia i LEA sia il Piano di azioni per la salute mentale (WHO, 2013) riconoscano l'essenzialità dell'intervento dello psicologo rispetto alla tutela della salute pubblica e ritengano il benessere psicologico un diritto dei cittadini.**

Bibliografia

- Abbas, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J.M., Johansson, R. (2015). Long-term healthcare cost reduction with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 114-120. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.001
- A.Li.Sa. (2014). *Profilo di salute della popolazione ligure 2014*. http://www.alisa.liguria.it/images/documenti/PSL/ASL_UNIF_2014/atlas/atlas.html?select=1
- A.Li.Sa. (2015). *Profilo di salute della popolazione ligure 2015*. http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=795&Itemid=338
- A.Li.Sa. (2015a). *Prove di correlazione tra indicatori*. http://www.alisa.liguria.it/images/documenti/PSL/DSS_DMAP_2015/atlas.html
- Berg, R. C. & Høie, B. (2010). Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: a systematic review of the best available evidence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2194-2200. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.435
- Chiorri, C. (2014). *Fondamenti di psicometria. Seconda edizione*. Milano: McGraw-Hill.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1675-1685.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A.T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148. doi: 10.1002/wps.20038
- Doran, C. M. (2013). The costs and benefits of interventions in the area of mental health: a rapid review. *An Evidence Check review brokered by the Sax Institute for the Mental Health Commission of NSW. Sax Institute: Haymarket*.
- European Community Health Indicators Monitoring (2011). *ECHI Shortlist*. http://www.healthindicators.eu/object_document/o5956n29063.html
- Goodell, S., Druss, B.G., & Reisinger Walker, E. (2011). Mental disorder and medical comorbidity. *The synthesis project new insights from research results*, 21.

- Health Behaviour in School-aged Children (2015). *Stili di vita e salute degli adolescenti. I risultati della sorveglianza HBSC Italia 2014*. Consultabile all'indirizzo: http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1070:stili-di-vita-degli-under-15-pubblicati-i-risultati-della-sorvegliana-hbsc-italia-2014&catid=7:notizie&Itemid=109
- Istituto Nazionale di Statistica (2015). *BES 2015. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. https://www.istat.it/it/files/2015/12/Rapporto_BES_2015.pdf
- Istituto Superiore di Sanità (2013). *Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1972_allegato.pdf
- Koelen, J.A., Houtveen, J.H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Van Broeckhuysen-Kloth, S.A.M., Bühring, M.E.F., Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(1), 12-19. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121830
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 56-68. doi: 10.1370/afm.1719.
- Medicode (Firm). (1996). *ICD-9-CM: International classification of diseases, 9th revision, clinical modification*. Salt Lake City, Utah: Medicode.
- Melek, S. & Norris, D. (2008). *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*. Seattle: Milliman.
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., Ohmann, C., Ronel, J., Sack, M., Sauer, N., Schneider, G., Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093526
- SISM (2016). *Rapporto sulla salute mentale 2015*. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769
- World Health Organization (1946). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*. New York, 19-22 June.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_it.pdf?ua=1
- World Health Organization (2012). *Depression: A global Crisis*. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- World Health Organization (2013). *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/8/9789241506021_ita.pdf?ua=1
- World Health Organization (2017). *WHO global health days*. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>

Appendice A

L'A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria) stila annualmente un profilo di salute della popolazione ligure, con la profilazione delle 5 diverse ASL territoriali. Tale profilo utilizza una serie di indicatori sanitari tratti dall'ECHI list (European Community Health Indicators Monitoring, 2011) e il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che raccoglie annualmente informazioni sulla popolazione italiana adulta rispetto agli stili di vita ed ai fattori di rischio comportamentale.

La popolazione di riferimento è costituita dalle persone iscritte alla lista delle anagrafi nazionali, di un'età compresa tra i 18 e i 69 anni, residenti nel territorio e che possano fornire un recapito telefonico. I criteri di esclusione dal campione sono: mancata conoscenza della lingua italiana, istituzionalizzazione, decesso, grave disabilità psico/fisica.

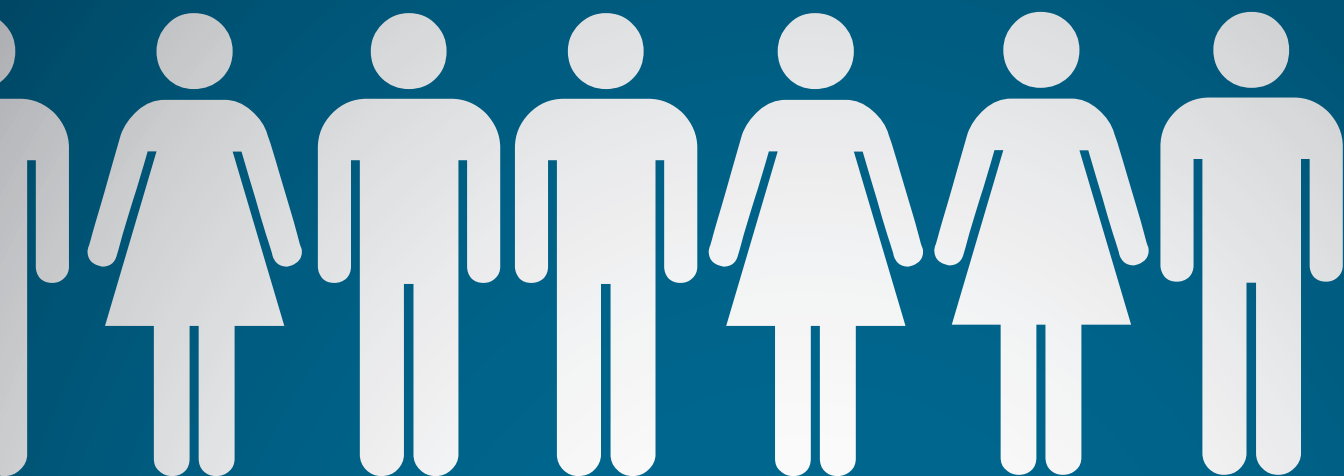
Il campionamento avviene mensilmente, con una dimensione campionaria minima di 25 partecipanti al mese per singola Asl. Il campione mensile viene stratificato proporzionalmente per sesso e per tre classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni). I partecipanti rispondono ad un'intervista telefonica standardizzata condotta dal personale ASL addestrato alla raccolta dati; i dati raccolti sono, pertanto, auto-riferiti dai partecipanti e non vengono effettuate misurazioni dirette da parte degli operatori sanitari.

Appendice B

Il SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale) ha stilato un rapporto di salute mentale relativo all'anno 2015.

I dati vengono raccolti dal SISM attraverso la banca dati del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), che rileva i soli soggetti maggiorenni che accedono ai servizi territoriali o ai servizi convenzionati, ossia vengono presi in considerazione i pazienti che hanno avuto almeno un contatto, nel corso dell'anno, con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e le Strutture Private accreditate. Le diagnosi, formulate sulla base della 9° Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM), vengono sintetizzate in 9 gruppi: Schizofrenia e altre psicosi funzionali, Mania e disturbi affettivi bipolari, Depressione, Sindromi nevrotiche e somatoformi, Disturbi della personalità e del comportamento, Alcolismo e tossicomanie, Demenze e disturbi mentali organici, Ritardo mentale, Altri disturbi psichici.

La qualità della rilevazione, per quanto riguarda la regione Liguria, è considerata dal SISM ottimale, ossia si caratterizza per un completo conferimento dei dati da parte di tutte le ASL presenti in regione.



Per informazioni

Ordine degli Psicologi della Liguria
Piazza della Vittoria, 11/b - piano ammezzato
16121 Genova

T. 010 541225

F. 010 541228

M. segreteria@ordinepsicologiliguria.it

www.ordinepsicologi-liguria.it

 Ordine degli Psicologi della Liguria



**ORDINE DEGLI PSICOLOGI
della Liguria**