

## **Il progetto European Coordination Action for Policy Research on Mental Disorders (EPREMED) e The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)**

A cura di Antonella Gigantesco, Ilaria Lega, Angelo Picardi.

Secondo recenti proiezioni dell'OMS, i disturbi mentali sono destinati a divenire nel prossimo decennio una delle principali fonti di disabilità e sofferenza (Murray & Lopez, 1997; Commission of the European communities, 2005). In Europa, la mortalità per suicidio è più elevata di quella per incidenti stradali (Commission of the European communities, 2005) e il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico (*burden*) di sofferenza e disabilità legato alle malattie (Ustun et al., 2000). L'impatto economico della morbidità psichiatrica è molto elevato, con stime conservative pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea. Anche l'impatto a lungo termine nei figli di chi soffre di problemi psicopatologici può essere significativo (Commission of the European communities, 2005). Numerose pubblicazioni segnalano inoltre un possibile aumento della frequenza dei vari disturbi mentali negli ultimi decenni (Giuffra & Risch 1994; Fombonne 1994; Simon & VonKorff 1992; Biondi et al., 2007).

Il progetto *European Coordination Action for Policy Research of Mental Disorders (EPREMED)* ha riguardato un'analisi approfondita, e coordinata tra vari Paesi, dei dati raccolti con *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)* su un campione di oltre 21.000 cittadini europei per valutare: prevalenza e comorbidità dei disturbi mentali; impatto dei disturbi mentali; uso dei servizi e dei farmaci psicotropi per il trattamento dei disturbi mentali; fattori di rischio sociodemografici e di altro tipo per i disturbi mentali. I Paesi coinvolti nello studio sono stati Belgio, Francia, Germania, Olanda, Spagna e Italia. L'*ESEMeD* fa parte del più ampio progetto "World Mental Health 2000 Surveys Initiative" promosso dall'Organizzazione Mondiale di Sanità.

In Italia, lo studio, condotto nel 2001-2003, è stato il primo ad aver riguardato un così ampio campione della popolazione generale adulta (oltre 4700 persone). Il ruolo di riferimento scientifico per la parte italiana, sia dello studio *ESEMeD* che della sua prosecuzione, progetto *EPREMED*, è stato rappresentato dall'Istituto Superiore di Sanità.

### **Lo studio ESEMeD e il progetto EPREMED in Italia**

#### **Obiettivi**

Gli obiettivi dello studio *ESEMeD* erano numerosi e articolati:

- stimare la prevalenza nell'ultimo anno e nella vita dei più comuni disturbi mentali non psicotici: disturbi depressivi (depressione e distimia), disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo ossessivo-compulsivo), disturbo da abuso/dipendenza da alcol, "altri disturbi" (sindrome premestruale, disturbo da iperattività e da deficit dell'attenzione, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio, disturbi del comportamento alimentare)
- analizzare la comorbidità dei diversi disturbi mentali e i loro possibili fattori di rischio
- valutare il livello di disabilità, e di qualità della vita nei soggetti affetti da disturbi mentali
- indagare sulla presenza di malattie somatiche e sulla relazione tra tali patologie e i disturbi mentali
- esaminare l'utilizzo dei servizi sanitari e dei servizi specialistici di salute mentale e il consumo di psicofarmaci.

Il progetto *EPREMED* aveva come obiettivi condurre ulteriori analisi coi dati raccolti nell'ambito dello studio *ESEMeD* e diffondere gli elementi conoscitivi acquisiti, utili a orientare programmi nazionali e regionali nel campo dell'assistenza e della promozione della salute mentale, nonché alla pianificazione e al miglioramento di qualità dei servizi da condurre nei differenti Paesi europei coinvolti nello studio.

## **Metodologia**

Lo studio *ESEMeD* è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale di età adulta (età  $\geq 18$  anni) iscritta nelle liste elettorali.

Per la formulazione delle diagnosi di disturbo mentale secondo i criteri del DSM IV e dell'ICD 10 è stata utilizzata la versione informatizzata della *Composite International Diagnostic Interview, Version 3.0* (CIDI) (Haro et al., 2006) un'intervista diagnostica strutturata che raccoglie informazioni anche su disabilità e qualità della vita, tipo di trattamento ricevuto (psicofarmaci e/o psicoterapia), tipo di esperto consultato per aiuto (operatori sanitari specialisti e non della salute mentale, operatori sociali, religiosi, guaritori, ecc.), durata del trattamento, eventuali ostacoli incontrati nell'accesso al trattamento e sua effettuazione.

Una sezione specifica dell'intervista valuta inoltre la presenza di malattie somatiche croniche.

L'intervista era strutturata in due fasi: la prima parte di screening per la presenza di disturbi mentali comuni ha coinvolto tutti i soggetti, la seconda parte, contenente domande più dettagliate, è stata invece somministrata solo ai soggetti positivi alle domande di screening iniziali e al 25% dei soggetti negativi. L'intervista è stata effettuata da intervistatori addestrati.

I dati delle interviste sono stati pesati per avere stime aggiustate per le differenze di età e sesso del campione rispetto alla popolazione generale; anche i dati ricavati dalle sezioni del questionario non somministrate a tutti i soggetti sono stati ponderati in modo da correggere le stime in rapporto alle diverse probabilità di campionamento.

## **Risultati**

### *Il campione intervistato*

In Italia le interviste, condotte tra gennaio 2001 e luglio 2003, sono state complessivamente 4712. Il tasso di risposta ponderato è stato del 71%, tra i più elevati d'Europa.

Nel campione dei soggetti intervistati le donne erano proporzionalmente meno rappresentate che nella popolazione generale così come i soggetti delle classi di età comprese tra i 18 e i 24 anni e oltre i 65 anni. Le differenze tra campione e popolazione generale sono state tuttavia sempre inferiori a due punti percentuali, ulteriormente ridotte nel campione pesato.

L'età media del campione era di 47.7 anni; nella classe di età tra i 35 e i 49 anni si trovava la proporzione più alta degli intervistati (26%); le donne erano il 52%; il 40% dei soggetti aveva una scolarità pari o superiore a 13 anni di studi; il 66% dei soggetti era sposato o conviveva, l'11% viveva da solo. Poco più di un terzo (35%) degli intervistati risiedeva in zone rurali, il 40% in aree urbane con meno di 100,000 abitanti, un quarto (25%) in grandi aree urbane. Il 53% aveva un lavoro retribuito.

### *Prevalenza dei disturbi mentali*

Non saranno qui considerati i risultati relativi al disturbo ossessivo compulsivo e ad "altri disturbi" perché non trattati nella monografia in italiano cui per lo più si riferisce questo report. Né verranno considerati i tassi di prevalenza a un mese dei disturbi.

Il 7.3% dei soggetti intervistati aveva sofferto di almeno un disturbo mentale nell'ultimo anno. Il 18.6% aveva sofferto di almeno un disturbo mentale nella vita. La prevalenza nell'ultimo anno dei

disturbi d'ansia è stata del 5.1%; dei disturbi depressivi del 3.5%. La prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia e dei disturbi depressivi sono risultate essere entrambe dell'11%. Sempre nella vita, la prevalenza dei disturbi da abuso/dipendenza da alcool è stata dell'1%. La bassa prevalenza dei disturbi correlati all'alcool (1% nel corso della vita, 0,1% nell'ultimo anno) deve essere considerata con cautela. È possibile che la tendenza a negare il problema, fattori legati alla tolleranza sociale verso l'assunzione di alcolici e alla modalità di assunzione degli stessi abbiano determinato la sottostima del fenomeno.

La depressione maggiore e le fobie specifiche sono risultati essere i disturbi più comuni: un soggetto su dieci ha sofferto nel corso della propria vita di depressione maggiore, il 6% degli intervistati ha soddisfatto i criteri diagnostici per la fobia specifica.

Nonostante la mancanza di significatività statistica, va segnalata una maggiore prevalenza di disturbi sia depressivi che ansiosi nel Sud e nelle Isole rispetto al Centro e al Nord.

Le donne hanno registrato un rischio tre volte maggiore di aver sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno. Il rischio di un disturbo legato all'alcol tendeva invece a essere maggiore tra gli uomini.

Essere separati, divorziati o vedovi è risultato associato a un rischio doppio di disturbo depressivo nell'ultimo anno. La disoccupazione è associata a un rischio doppio di disturbo depressivo nell'ultimo anno, mentre la condizione di casalinga si associa a un rischio doppio per qualsiasi disturbo mentale. La disabilità fisica è associata a un rischio 8 volte maggiore di aver sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno; particolarmente elevata è la probabilità di aver sofferto di un disturbo depressivo.

I soggetti con scolarità elevata ( $\geq$  a 13 anni) sembrano essere meno vulnerabili alla depressione.

### *Comorbilità*

I risultati dello studio ESEMeD hanno mostrato che frequentemente il medesimo soggetto soffriva contemporaneamente di più di un disturbo mentale (comorbilità). La comorbilità si associa a una maggiore gravità e durata dei disturbi e a una maggiore disabilità funzionale ed è pertanto un fenomeno di grande interesse.

Circa il 40% di coloro che hanno sofferto di un disturbo depressivo nell'ultimo anno ha sofferto anche di un disturbo d'ansia, mentre il 27% circa di coloro che hanno presentato un disturbo d'ansia ha sofferto anche di un disturbo depressivo. Il disturbo depressivo è dunque la macrocategoria diagnostica in cui più spesso si osserva comorbilità. Tra i disturbi depressivi, la distimia presenta un tasso di comorbilità più elevato rispetto alla depressione maggiore (66% vs 53%).

Anche i disturbi d'ansia sono caratterizzati da una frequente comorbilità: l'agorafobia si associa sempre ad alti disturbi, l'ansia generalizzata presenta comorbilità nell'80% dei casi; la fobia specifica, invece, è più spesso presente in forma pura (solo 27% in comorbilità).

Le donne hanno tassi di comorbilità più elevati degli uomini; l'ansia in comorbilità con la depressione, in particolare, è risultata cinque volte più frequente nelle donne che negli uomini.

### *Il suicidio*

Il fenomeno del suicidio è stato indagato distinguendo tra ideazione suicidaria, piani e tentativi di suicidio. In Italia sono questi i primi dati provenienti da uno studio di popolazione che cercano di analizzare il suicidio raccogliendo informazioni che vadano oltre l'analisi delle statistiche di mortalità per suicidio, spesso difficili da interpretare in chiave di prevenzione (Scocco et al., 2008).

Le prevalenze nel corso della vita dell'ideazione suicidaria, dei piani e dei tentativi di suicidio sono state rispettivamente del 3%, 0,7% e 0,5%. La probabilità di aver messo in atto un tentativo di suicidio fra coloro che lo avevano pianificato era del 48%, dell'8 % invece in presenza delle sole idee di suicidio.

Il rischio di ideazione, pianificazione, o tentativi di suicidio è risultato più elevato nelle donne. Il rischio di ideazione suicidaria ha mostrato di essere inversamente correlato con l'età, ma il rischio maggiore per i tentativi di suicidio è stato evidenziato nella fascia di età compresa tra i 35 e i 49 anni. La precoce età di esordio dell'ideazione suicidaria si è rivelata associata a un più elevato rischio di mettere in atto tentativi di suicidio.

La presenza di un disturbo mentale è risultata associata con un significativo aumento del rischio di ideazione, pianificazione e tentativo di suicidio; la relazione era più forte per i disturbi da abuso di sostanze, seguiti dai disturbi depressivi e dai disturbi d'ansia. I soggetti con tre o più disturbi mentali avevano un rischio significativamente più elevato dei soggetti senza comorbidità.

La correlazione osservata tra le manifestazioni legate al fenomeno del suicidio come continuum (dall'ideazione, alla pianificazione, al tentativo di suicidio vero e proprio) suggerisce che il riconoscimento dell'ideazione e della pianificazione del suicidio sia un fattore cruciale in un'ottica di prevenzione dello stesso.

### *L'impatto dei disturbi mentali sul funzionamento e sulla qualità della vita*

Abbiamo già detto che tra gli obiettivi dello studio *ESEMeD* vi era anche quello di valutare i livelli di disabilità e di qualità della vita in rapporto ai disturbi mentali (Alonso et al., 2004 a).

La disabilità è stata misurata con la *WHO Disablement Assessment Scale version 2* (WHODAS-II World Health Organisation, 2000) una scala autosomministrata che valuta numero di giorni di lavoro persi, dolore, capacità di concentrazione, capacità di movimento, cura di sé, carico familiare, relazioni sociali, inserimento sociale e discriminazione. Il periodo di riferimento è l'ultimo mese. I dati qui presentati fanno riferimento alla sola disabilità collegata a compromissione dell'attività lavorativa, misurata dall'indice del numero di giorni di lavoro persi nell'ultimo mese (Work Loss Days, WLD).

La qualità della vita è stata valutata con lo strumento *Short Form Health Survey* (SF-12) (Ware et al., 1994). L'SF-12 include le seguenti dimensioni: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, autovalutazione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociale e salute mentale. Il periodo di riferimento è l'ultimo mese. È possibile calcolare un punteggio totale e due punteggi o indici parziali, uno relativo allo stato fisico (*Physical component score*, PCS) e uno relativo allo stato psicologico (*Mental component summary score*, MCS). A punteggi più elevati corrispondono condizioni e qualità di vita migliori.

È stata inoltre valutata la presenza delle seguenti malattie fisiche croniche: artrite/reumatismi, malattie cardiache, malattie polmonari, diabete, disturbi neurologici.

Il punteggio WLD è stato significativamente più elevato nelle donne. Sia negli uomini che nelle donne i punteggi MCS e PCS peggioravano con l'età.

I disturbi mentali si associavano a più elevati livelli di disabilità e di compromissione della qualità della vita. I soggetti affetti da qualsiasi disturbo depressivo perdevano in media il quadruplo dei giorni di lavoro, i soggetti affetti da qualsiasi disturbo d'ansia quasi il triplo dei giorni di lavoro rispetto ai soggetti non affetti.

La disabilità e il peggioramento della qualità della vita aumentavano in presenza di comorbidità dei disturbi mentali. In particolare, chi aveva sofferto di tre o più disturbi mentali nell'ultimo anno ha presentato un indice WLD circa due volte superiore rispetto a chi aveva sofferto di un solo disturbo e cinque volte superiore rispetto a chi non aveva avuto alcun disturbo.

Complessivamente, i disturbi mentali determinavano una compromissione nell'attività lavorativa e della qualità di vita pari o superiore a quella causata dai disturbi fisici cronici esaminati (artrite/reumatismi, malattie cardiache, malattie polmonari, diabete, disturbi neurologici).

L'entità della compromissione lavorativa è stata diversa nei diversi disturbi mentali: il disturbo post traumatico da stress, la fobia sociale, il disturbo di panico, l'agorafobia e la depressione maggiore erano fra i disturbi associati al maggior grado di disabilità mentre le fobie specifiche, la distimia, l'ansia generalizzata avevano un impatto notevolmente inferiore.

## Utilizzo dei servizi sanitari

Per l'analisi dell'uso dei servizi si è considerato come periodo di riferimento l'anno precedente l'intervista.

Circa il 3% dell'intero campione studiato era ricorso almeno una volta a un servizio sanitario per un problema psicologico. Il ricorso ai servizi è stato di circa il doppio nelle donne, nei vedovi, separati e divorziati rispetto ai celibi/nubili, e nelle persone con più elevata scolarità.

Considerando la divisione per fasce d'età il minor contatto con i servizi in assoluto si è osservato nella fascia d'età tra i 18 e i 24 anni. Quest'ultimo dato sollecita una riflessione: gli studi di popolazione condotti negli ultimi 15 anni hanno evidenziato che la maggior parte dei disturbi mentali comuni insorge in età giovanile, quindi è verosimile ritenere che tali disturbi per anni non arrivino all'attenzione dei servizi né vengano trattati. Un'analisi recentemente effettuata sui dati dello studio ESEMeD al fine di valutare il ritardo nel trattamento di soggetti affetti da disturbi mentali conferma tale supposizione: in Italia la mediana del ritardo nel trattamento è di 28 anni in presenza di un qualsiasi disturbo d'ansia e di 2 anni in caso di depressione maggiore; solo il 17% dei soggetti affetti da un qualsiasi disturbo d'ansia e solo il 29% dei soggetti affetti da depressione maggiore riceve un trattamento per il proprio disturbo nello stesso anno in cui insorge (Wang et al., 2007).

Fra le persone affette da un qualsiasi disturbo mentale nell'ultimo anno solo il 17% si era rivolto a un servizio sanitario, la percentuale cresceva di poco se si consideravano i soggetti affetti da più di un disturbo (31%). Il ricorso ai servizi sanitari è stato più frequente fra i soggetti affetti da un disturbo depressivo (21%) che non fra coloro che presentavano un disturbo d'ansia (17%). Dei casi più gravi (nota 1), solo il 51% è giunto all'osservazione dei servizi sanitari nell'anno precedente l'intervista (Wang, Aguilar-Gaxiola, et al., 2007).

Tra le persone con un qualsiasi disturbo mentale nell'ultimo anno che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari, una percentuale elevata, il 38%, ha consultato solo il medico di medicina generale; il 21% ha consultato solo uno psichiatra, il 6% solo uno psicologo e il 28% ha consultato sia un medico di medicina generale che un professionista della salute mentale.

Complessivamente dunque i medici di medicina generale sono stati contattati da più della metà delle persone affette da un disturbo mentale che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari; questo fenomeno evidenzia come il medico di base sia una figura centrale nella gestione dei disturbi mentali comuni.

Con maggior frequenza nella vita rispetto agli altri Paesi europei in Italia chi ha avuto un disturbo mentale comune si è rivolto a medici specialisti non psichiatri e a religiosi/consulenti spirituali.

Esiste quindi in Italia un problema di sottoutilizzo dei servizi sanitari, e in particolare dei servizi per la salute mentale, da parte di coloro che soffrono di disturbi mentali comuni.

Il 41% delle persone affette da un disturbo mentale comune che hanno contattato un servizio sanitario ha ricevuto un trattamento esclusivamente farmacologico in monoterapia o in combinazione, il 15% ha ricevuto un trattamento esclusivamente psicoterapico, il 29% un trattamento combinato (farmacoterapia e psicoterapia) e ben il 14% non ha ricevuto alcun trattamento. Il trattamento farmacologico rappresenta pertanto la principale opzione terapeutica; la psicoterapia si configura come una terapia scarsamente utilizzata e questo dato colpisce particolarmente se si considera che proprio per tanti disturbi mentali comuni la psicoterapia è considerata il trattamento di prima scelta, da sola o in associazione al trattamento farmacologico (NICE Depression Guideline, 2004; NICE Anxiety Guideline, 2004).

Sono stati anche definiti alcuni criteri per ritenere adeguato il trattamento ricevuto (**nota 2**). In Italia, la percentuale di trattamenti adeguati è stata pari a circa il 34% nel settore in cui operano i medici di medicina generale. La stessa percentuale di adeguatezza si è osservata nel settore specialistico (Fernandez et al., 2007).

L'Italia è all'ultimo posto dei Paesi europei per uso dei servizi sanitari sia specialistici che non da parte delle persone affette da disturbi mentali comuni (Alonso et al, 2004b).

Si è anche osservato che i più bassi tassi di consultazione si sono registrati nei Paesi con più bassa disponibilità di servizi, come è appunto il caso dell'Italia. L'Italia è infatti all'ultimo posto tra i sei Paesi europei inclusi nello studio per numero di posti letto psichiatrici per 100,000 abitanti (dati 2001, WHO Health for All), al penultimo posto per numero di psicologi clinici e al quarto posto per numero di psichiatri (dati del 2005, WHO Mental Health Atlas). È stato osservato altresì che l'utilizzo dei servizi sanitari è verosimilmente influenzato non solo dalla disponibilità degli stessi sul territorio ma anche da altri fattori, in particolar modo culturali e collegati allo stigma (Kovess-Masfety et al., 2007).

### *L'utilizzo dei farmaci psicotropi*

I dati sull'utilizzo dei farmaci psicotropi si riferiscono all'anno precedente l'intervista.

Circa il 15% del campione aveva assunto almeno un farmaco psicotropo indipendentemente dall'aver o no un disturbo mentale. L'utilizzo nelle donne è stato circa il doppio che negli uomini. Gli ansiolitici sono stati la categoria di farmaci più utilizzata (l'11% del campione li ha assunti nell'ultimo anno in monoterapia, il 2% in combinazione con altri psicofarmaci), seguiti dagli antidepressivi (circa il 3% del campione; 1% in monoterapia) e dagli antipsicotici (1% del campione; 0,5% in monoterapia). La combinazione di farmaci più utilizzata sono stati gli ansiolitici più gli antidepressivi (1,4% del campione). In entrambi i sessi, l'utilizzo degli psicofarmaci aumenta con l'età: la percentuale più elevata si riscontra nel gruppo di età superiore ai 65 anni (25%). I vedovi assumono psicofarmaci con frequenza due volte superiore a quella dei soggetti non sposati, la categoria, per quanto riguarda lo stato civile, che presenta il consumo più basso.

L'utilizzo di psicofarmaci è inoltre più elevato fra le persone di più bassa scolarità; in funzione della condizione lavorativa il più elevato tasso di utilizzo è stato osservato nei disabili e nei pensionati. Per l'entità complessiva del consumo di farmaci psicotropi nella popolazione generale l'Italia si colloca in una posizione intermedia rispetto agli altri Paesi europei (Alonso et al 2004 c).

Il 47% delle persone con un disturbo depressivo e il 35% delle persone con un disturbo d'ansia avevano assunto almeno un farmaco psicotropo.

Gli ansiolitici sono stati i farmaci più comunemente utilizzati dai soggetti con disturbo mentale, seguiti dagli antidepressivi. Un terzo di coloro che hanno sofferto nell'ultimo anno di un disturbo depressivo, d'ansia o d'abuso/dipendenza da alcool ha utilizzato farmaci ansiolitici; un quarto ha utilizzato ansiolitici in maniera esclusiva.

Seguono gli antidepressivi nell'11,5% delle persone con un qualsiasi disturbo; il 3,4% delle persone con un qualsiasi disturbo li ha assunti in maniera esclusiva.

La prevalenza del consumo di ansiolitici nei soggetti affetti da depressione maggiore è stata del 39%; solo il 5% di coloro che avevano una diagnosi di depressione maggiore ha assunto antidepressivi in monoterapia. Un terzo delle persone con diagnosi di depressione maggiore ha utilizzato esclusivamente ansiolitici.

Tra i soggetti con diagnosi di qualsiasi disturbo d'ansia nell'anno precedente il 31% ha utilizzato ansiolitici; l'utilizzo di antidepressivi è risultato poco più elevato che nelle persone con depressione maggiore (11,8% vs. 10,3%). Il 3,3% ha utilizzato farmaci antipsicotici. Piuttosto elevate sono le

percentuali di soggetti con disturbo di panico (50%) e di ansia generalizzata (66%) che hanno ricevuto un trattamento farmacologico.

Farmaci ansiolitici in monoterapia sono stati assunti anche dal 10% dei soggetti che non risultavano aver sofferto di alcun disturbo negli ultimi 12 mesi.

**nota 1.** Sono stati definiti disturbi gravi: il disturbo bipolare I, la dipendenza da sostanze con dipendenza fisica, qualsiasi disturbo mentale in presenza di un tentativo di suicidio, qualsiasi disturbo mentale che determinasse una grave compromissione della capacità di attendere al proprio ruolo in almeno due aree del funzionamento valutato con la *Sheehan Disability Scale*, qualsiasi disturbo mentale in presenza di una compromissione del funzionamento globale corrispondente ad un punteggio uguale o inferiore a 50 della scala *Global Assessment of Functioning* (Wang et al., 2007; *Lancet*).

**nota 2.** Tali criteri sono stati elaborati tenendo conto delle principali linee guida internazionali per i disturbi d'ansia e dell'umore definendo uno standard minimo di riferimento per i trattamenti effettuati. Sono stati considerati trattamenti adeguati: uso di antidepressivi per la depressione; uso di ansiolitici o antidepressivi per i disturbi d'ansia per almeno 2 mesi più 4 visite con uno psichiatra, un medico di medicina generale o qualsiasi altro specialista; otto o più sedute della durata di almeno 30 minuti con uno psicologo o uno psichiatra (Fernandez et al., 2007).

## Bibliografia

Per la maggior parte dei dati presentati si rimanda alla monografia di Giovanni de Girolamo, Gabriella Polidori, Pierluigi Morosini, Fausto Mazzi, Giulio Serra, Vilma Scarpino, Valeria Reda, Giovanni Visonà, Francesca Falsirollo, Alberto Rossi "Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari. Il progetto ESEMeD – WMH" *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Suppl al n.4 vol 14, ottobre-dicembre 2005.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004 a;(420):38-46.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Use of mental services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004 b;(420):47-54.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004 c;(420):55-64.

Biondi M, Picardi A, Cascavilla I, Morosini P. Mutamenti nel tempo nella frequenza dei disturbi psicopatologici: un'indagine conoscitiva su un gruppo di psichiatri italiani. *Rivista di Psichiatria* 2007; 42.

Commission of the European communities. *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper.* Brussels: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.

Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, de Girolamo G, Bernert S, Lépine J P, and Alonso J Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. Treatment adequacy *Br J Psychiatry* 2007;190: 172-173.

Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145-156.

Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375-383.

Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv.* 2007;58(2):213-20.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.

National Institute for Clinical Excellence, Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004. <http://www.nice.org.uk>

National Institute for Clinical Excellence, Management of depression in primary and secondary care. NICE 2004. <http://www.nice.org.uk>

Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. *Compr Psychiatry* 2008;49(1):13-21.

Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol* 1992;135:1411-1422.



Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-392.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007 Sep 8;370(9590):841-50.

Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Ustun TB. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):177-85.

WHO Health for All. Geneva, World Health Organization, 2005.

WHO Mental Health Atlas. Geneva, World Health Organization, 2005.