

Giovanni de Girolamo*, Gabriella Polidori, Pierluigi Morosini**, Fausto Mazzi***, Giulio Serra^, Giovanni Visonà#, Francesca Falsirollo#, Alberto Rossi##, Vilma Scarpino§, Valeria Reda§**

**LA PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI IN ITALIA.
IL PROGETTO ESEMED-WMH. UNA SINTESI**

*** Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Bologna**

**** Centro Nazionale di Epidemiologia, Promozione e Sorveglianza della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma**

***** Clinica Psichiatrica, Università di Modena e Reggio Emilia**

^ Consulente Aziendale, Milano

Direzione Medica, GlaxoSmithKline, Verona

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Medica, Università di Verona

§ Doxa S.p.A., Milano

1. INTRODUZIONE

In questo breve contributo vengono presentati i principali risultati ottenuti nel primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali effettuato in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana. 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 Initiative*, al quale partecipano più di 30 paesi diversi; questo ampio progetto di ricerca epidemiologica è stato promosso congiuntamente dall'O.M.S. e dall'Università di Harvard (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). A livello europeo il progetto è stato finanziato dall'Unione Europea e dalla GlaxoSmithKline. Per i risultati generali dello studio europeo si rinvia ad una recente monografia (Alonso *et al*, 2004) e ad altri lavori (Alonso *et al*, 2003), mentre per i dati relativi a 14 paesi partecipanti al progetto *WMH Survey Initiative* si rimanda ad un lavoro che illustra i tassi di prevalenza ed altri importanti risultati della ricerca in questione (Demyttenaere *et al*, 2004).

In Italia lo studio è stato promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale; la selezione delle persone da intervistare e le interviste sono state invece realizzate dalla Doxa, nota azienda nel settore delle indagini di popolazione, in collaborazione con il gruppo di coordinamento italiano dell'ISS. Le interviste sono state effettuate nel 2001 e nel 2002.

Lo studio ESEMeD-WMH, per la sua ampiezza e per la straordinaria abbondanza di informazioni raccolte, fornisce un quadro ricco e articolato della frequenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana, delle relazioni tra di loro, della loro associazione con i possibili fattori di rischio e dei trattamenti ricevuti. Va notato che nel nostro paese, sino a pochissimo tempo fa, non si disponeva di dati epidemiologici relativi alla prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale: infatti, gli studi condotti in precedenza erano stati realizzati in aree geograficamente molto limitate e non permettevano quindi di generalizzarne i risultati all'intera popolazione italiana.

Sebbene gli obiettivi del progetto ESEMeD-WMH siano molteplici, in questo capitolo si farà riferimento solo ai risultati relativi alla 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 alcool. Nel progetto ESEMeD-WMH 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 possibili fattori di rischio (familiarità, esperienze traumatiche nell'infanzia ed eventi stressanti); di alcuni di questi dati si farà cenno nelle pagine seguenti.

2. METODOLOGIA DEL PROGETTO ESEMeD-WMH

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale di entrambi i sessi iscritta nelle liste elettorali di età uguale o superiore a 18 anni e di cittadinanza italiana. Ogni persona inclusa nel campione è stata intervistata personalmente a domicilio con un'intervista strutturata computerizzata il cui nucleo è rappresentato dalla *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (si veda più avanti). La versione italiana è stata realizzata dal Centro di Coordinamento italiano dello studio ESEMeD-WMH, presso l'Istituto Superiore di Sanità.

L'universo di riferimento utilizzato per la presente indagine è rappresentato dalla popolazione italiana adulta (18 anni e oltre), che, in base ai dati ISTAT aggiornati al 1998, ammontava a 47.753.212 unità. Il numero delle interviste da fare era pre-determinato in relazione alle risorse finanziarie disponibili: in questo modo si è calcolato che sarebbe stato possibile realizzare circa 4.200 interviste. Il campione di soggetti che è stato estratto dalle liste elettorali, comprendente in totale 6.508 nominativi, era tuttavia ben più ampio del *target* della ricerca, in considerazione sia di una prevedibile quota di rifiuti che dell'impossibilità di contattare un certo numero di persone selezionate. Il campione suddetto è stato ottenuto attraverso un campionamento a 3 stadi, che è descritto in una monografia che riporta in maniera dettagliata i risultati del progetto (de Girolamo *et al*, in stampa). L'obiettivo era di raggiungere una percentuale di risposta di almeno il 65%, pari a 4.230 interviste. Successivamente si sono rese disponibili risorse finanziarie aggiuntive, messe a disposizione dalla Regione Piemonte e da un donator privato; grazie a tali risorse, è stato possibile effettuare altre 380

interviste, arrivando quindi ad un campione complessivo di 4.444 persone. Il piano della ricerca prevedeva anche che venisse selezionato un campione casuale aggiuntivo comprendente circa il 10% dei coniugi dei soggetti intervistati sposati, per un totale quindi di 510 coniugi, da valutare con la medesima intervista. Complessivamente sono stati intervistati 268 coniugi, per un totale quindi di 4.712 interviste.

Il lavoro sul campo è stato realizzato dalla Doxa, azienda leader nel settore delle ricerche sociali; la Doxa ha selezionato 133 intervistatori, 42 uomini e 91 donne, con un'età media di 37 anni (range 22 - 69 anni) e 8 anni in media di attività come intervistatori presso la DOXA stessa. Si trattava quindi di un gruppo di intervistatori con notevole esperienza; essi hanno ricevuto un training specifico alla realizzazione delle interviste ed all'impiego dell'intervista computerizzata. Ciascun intervistatore/intervistatrice ha fatto in media 32 interviste agli intervistandi e 2 ai coniugi. Il numero medio di rifiuti per intervistatore/intervistatrice è stato di 9,4.

Come si è accennato sopra, l'intervista somministrata è rappresentata dalla CIDI: si tratta di un'intervista totalmente strutturata per la valutazione dei disturbi mentali; la versione della CIDI utilizzata per questo progetto, chiamata WMH-CIDI (Kessler & Ustun, 2004), contiene una serie di moduli supplementari rispetto alle precedenti versioni e relativi alle caratteristiche sociodemografiche degli intervistati, ai patterns e predittori di utilizzo dei servizi, alle conseguenze prodotte dalla presenza di un disturbo mentale, e ad altre variabili relative allo stato di salute. La WMH-CIDI contiene complessivamente ben 7.300 variabili, suddivise in 38 sezioni, ed è completamente informatizzata. Il software dell'intervista aiuta l'intervistatore a porre, per ciascun sintomo, alcune domande standard relative alla gravità ed al decorso, a fare i 'salti' previsti nel caso di risposte negative a precedenti domande 'filtro', ed a ricordare le risposte precedenti già ottenute qualora egli debba chiedere all'intervistato se i vari sintomi segnalati erano presenti simultaneamente. Inoltre la WMH-CIDI informatizzata rende possibile l'inserimento diretto dei dati nel *database*. La versione informatizzata richiede un tempo medio di somministrazione pari a 60 minuti circa, ma presenza di uno o più disturbi può considerevolmente allungare il tempo di somministrazione, che infatti in alcuni casi è giunto sino a 3 ore e mezzo circa.

Per ogni sintomo sono state indagate anche l'età di insorgenza e la durata. In base ai sintomi ed alla loro compresenza negli stessi periodi temporali, gli algoritmi inclusi nel software rendono possibile di generare delle diagnosi secondo i criteri sia dell'ICD-IO (WHO, 1993) che del DSM-IV (APA, 1994). Il software dell'intervista formula tutte le diagnosi, senza nessuna gerarchia diagnostica. Le variabili sociodemografiche ed i fattori di rischio indagati comprendono, tra gli altri, età, sesso, stato civile, scolarità, reddito, variabili di personalità, familiarità di disturbi psichici, eventi di vita stressanti, presenza di disturbi in età evolutiva, situazione coniugale e vita sessuale, ed infine religione.

2.1 Frequenza di risposta

Come si è detto, in Italia le interviste, condotte tra il gennaio 2001 ed il luglio 2002, sono state complessivamente 4.712. Il tasso di risposta 'ponderato', calcolato sulla base di una serie di aggiustamenti fatti per tener conto del numero di persone che non era stato possibile contattare (o perché irrintracciabili, o perché ospedalizzate o ricoverate in istituzioni quali case di riposo, ecc.), è stato pari al 71,3%. Tale tasso, date anche le limitate risorse a disposizione, va considerato buono, se non addirittura ottimo: ed infatti negli altri cinque paesi europei partecipanti allo studio il tasso di risposta è stato sensibilmente più basso di quello italiano, ad eccezione della Spagna, dove il tasso di adesione è stato pari al 78,6%.

3. RISULTATI

3.1 Tab. 1 - Caratteristiche sociodemografiche del campione intervistato (numeri grezzi e percentuali pesate)

	Campione totale (N=4.712)	%
Sesso:		
Maschio	2.321	48
Femmina	2.391	52
Età (media):	47.7	-
18-24 anni	425	10.1
25-34 anni	901	19.1
35-49 anni	1.393	26.3
50-64 anni	1.153	22.5
≥65 anni	840	22.1
Sesso:		
Maschio	2.321	48
Femmina	2.391	52
Scolarità (in anni)		
0 - 4 anni	266	6.5
5 - 7 anni	1.006	22.7
8 - 12 anni	1.524	31.2
≥13 anni	1.913	39.6
Stato civile:		
Coniugato o convivente	3.249	66.3
Precedentemente coniugato	377	8.8
Mai coniugato	1.086	25.0
Condizione abitativa:		
Vive da solo	454	10.8
Vive con qualcuno	4.258	89.2
Area di residenza:		
Rurale (<10.000)	1.730	35.0
Urbana di medie dimensioni (10.000-100.000)	1.801	39.7
Urbana di grandi dimensioni (>100.000)	1.181	25.3
Occupazione		
Impiego retribuito	2.742	53.3
Disoccupato	299	6.9
Pensionato	957	24.1
Casalingo/a	559	11.8
Studente	78	1.6
Disabile o altro	69	2.0
Zona geografica di residenza:		
Nord	2.272	45.9
Centro	870	19.7
Sud	1.570	34.4

Nella tabella 1 sono riportate le principali caratteristiche socio-demografiche del campione intervistato; per alcune variabili vi erano pochissimi dati mancanti (inferiori allo 0,5% del campione), che per brevità non sono stati indicati. L'età media è di 47,6 anni; la proporzione più alta di intervistati (26%) appartiene alla classe d'età 35-49; ci sono, in misura limitata, più donne che uomini (52%); il 40% delle persone intervistate ha una scolarità superiore ai 13 anni; la maggior parte (59%) sono sposati o convivono, ma il 27,5% vive da solo; poco più di un terzo (36%) degli intervistati risiede in zone rurali o in aree urbane con meno di 100.000 abitanti (38%), mentre un quarto (26%) vive in grandi aree urbane; il 53% dichiara di avere un lavoro retribuito.

3.2 La frequenza dei disturbi in Italia

Tabella 2. - Prevalenza dei disturbi mentali in Italia (percentuali pesate ed intervalli di confidenza)

	Prevalenza a 12 mesi			Prevalenza nel corso della vita		
	% (IC 95%)			(lifetime) % (IC 95%)		
	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 alcool	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)
DPTS	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 alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,0	0,1 (0,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	0,0	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)

DPTS: disturbo post-traumatico da stress

La Tabella 2 mostra i tassi di prevalenza ad un anno e *lifetime* del campione italiano: emerge che quasi poco più di un soggetto su cinque ha sofferto di un disturbo mentale nel corso della vita, mentre uno su quindici ha sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti. 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 alcool 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 alcool.

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 la depressione e le 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 nei precedenti 12 mesi i tassi di prevalenza erano pari all'1 ed allo 0,5%. Gli altri disturbi mentali elencati in Tabella sono risultati meno frequenti nei due periodi temporali esaminati.

3.1 I fattori sociodemografici associati alla presenza dei disturbi

Tabella 3. - Prevalenza a 12 mesi dei disturbi mentali in relazione alle principali variabili socio-demografiche (numerosità non pesate, percentuali pesate e or grezzi)

	Totale	Tutti i disturbi mentali		Tutti i disturbi affettivi		Tutti i disturbi d'ansia		Tutti i disturbi da alcool	
		N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)
Totale	4.712	302 (7,3)		143 (3,5)		211 (5,1)		7 (0,1)	
Sesso									
Maschi	2.321	82 (3,9)	1,0	39 (2,0)	1,0	46 (2,2)	1,0	5 (0,2)	1,0
Femmine	2.391	220 (10,4)	<u>2,8</u> (1,9-4,2)	104 (4,8)	<u>2,5</u> (1,7-3,7)	165 (7,8)	<u>3,8</u> (2,2-6,6)	2 (0,1)	0,4 (0,1-6,7)
Età									
18-24	425	33 (7,6)	1,0	18 (3,8)	1,0	21 (4,9)	1,0	1 (0,3)	1,00
25-34	901	67 (6,5)	0,9 (0,4-1,7)	21 (2,4)	0,6 (0,3-1,5)	50 (4,4)	0,9 (0,4-2,1)	2 (0,4)	1,3 (0,1-22,6)
35-49	1.393	76 (6,4)	0,8 (0,5-1,5)	29 (2,5)	0,7 (0,3-1,4)	60 (5,3)	1,1 (0,5-2,4)	2 (0,0)	-
50-64	1.153	82 (8,0)	1,1 (0,6-2,0)	47 (4,3)	1,2 (0,6-2,2)	56 (5,6)	1,2 (0,5-2,8)	1 (0,0)	-
>65	840	44 (8,1)	1,1 (0,5-2,3)	28 (4,5)	1,2 (0,5-3,0)	24 (5,2)	1,1 (0,4-2,8)	1 (0,0)	-
Trend Test (z, p-val)		-1,6 (0,11)		0,92 (0,35)		-2,1 (0,03)		-0,8 (0,41)	
Stato civile									
Coniugato/ Convivente	3.249	195 (7,4)	1,0	85 (3,1)	1,0	144 (5,5)	1,0	5 (0,1)	1,0
Precedentemente coniugato	377	31 (7,1)	1,0 (0,6-1,6)	21 (6,2)	<u>2,0</u> (1,2-3,4)	19 (3,6)	0,6 (0,3- 1,2)	0 (0,0)	-
Mai coniugato	1086	76 (7,0)	0,9 (0,7-1,4)	37 (3,4)	1,1 (0,7-1,6)	48 (4,6)	0,8 (0,5-1,2)	2 (0,1)	1,1 (0,1-19,7)
Scolarità (in anni)									
0-4	266	24 (11,4)	1,0	15 (5,7)	1,0	16 (8,0)	1,0	0 (0,0)	1,0
5-7	1.006	65 (7,3)	0,6 (0,3-1,4)	44 (5,1)	0,9 (0,4-2,0)	39 (4,4)	0,5 (0,2-1,5)	3 (0,1)	1,0 (1,0-1,0)
8-12	1.524	91 (6,8)	0,6 (0,2-1,3)	42 (3,1)	0,5 (0,3-1,1)	67 (5,3)	0,6 (0,2-1,9)	3 (0,0)	-
≥90 13	1.913	121 (6,9)	0,6 (0,3-1,3)	41 (2,4)	<u>0,4</u> (0,2-0,7)	89 (4,9)	0,6 (0,2-1,6)	1 (0,2)	1,4 (0,1-23,4)
Trend Test (z, p-val)		-1,0 (0,30)		-4,1 (0,00)		-0,1 (0,92)		-1,1 (0,29)	

Occupazione									
Impiegato retribuito	2.742	158 (6,2)	1,0	60 (2,6)	1,0	121 (4,5)	1,0	3 (0,1)	1,0
Disoccupato	299	26 (7,3)	1,2 (0,7-2,2)	19 (5,3)	<u>2,1</u> (1,1-4,2)	11 (3,1)	0,7 (0,3-1,5)	1 (0,5)	3,2 (0,2-56,3)
Pensionato	957	47 (6,9)	1,1 (0,7-1,8)	26 (3,3)	1,3 (0,8-2,1)	28 (4,6)	1,0 (0,5-1,9)	1 (0,0)	-
Casalinga/o	559	48 (10,9)	<u>1,9</u> (1,1-3,1)	22 (4,3)	1,7 (0,9-3,2)	38 (9,2)	<u>2,1</u> (1,2-4,0)	1 (0,0)	-
Studente	78	3 (2,9)	0,4 (0,1-1,6)	2 (1,8)	0,7 (0,1-3,3)	2 (2,0)	0,4 (0,1-2,0)	0 (0,0)	-
Disabile	47	17 (34,3)	<u>7,9</u> (4,4-14,4)	13 (28,0)	<u>14,7</u> (7,6-28,3)	8 (17,1)	<u>4,4</u> (1,8-10,6)	1 (0,0)	-
Altro	22	3 (6,8)	1,1 (0,2-5,2)	1 (3,2)	1,3 (0,1-10,8)	3 (6,8)	1,5 (0,3-7,2)	0 (0,0)	-
Area di residenza									
Rurale	1.730	106 (6,9)	1,0	43 (2,9)	1,0	82 (5,4)	1,0	2 (0,1)	1,0
Urbana di medie dimensioni	1.801	116 (7,2)	1,1 (0,6-1,8)	59 (3,6)	1,2 (0,8-1,8)	77 (5,0)	0,9 (0,5-1,7)	4 (0,0)	-
Urbana di grandi dimensioni	1.181	80 (8,0)	1,2 (0,7-2,0)	41 (4,1)	1,4 (0,9-2,3)	52 (5,0)	0,9 (0,4-2,0)	1 (0,3)	3,3 (0,2-54,4)
Trend Test (z, p-val)		0,7 (0,48)		1,6 (0,11)		-0,5 (0,62)		-0,1 (0,93)	
Zona geografica di residenza									
Nord	2.272	136 (6,6)	1,0	60 (3,1)	1,0	101 (4,9)	1,0	2 (0,0)	1,0
Centro	870	51 (6,2)	0,9 (0,5-1,7)	26 (3,0)	1,0 (0,6-1,5)	34 (4,1)	0,8 (0,3-2,2)	1 (0,4)	1,0 (1,0-1,0)
Sud e Isole	1.570	115 (8,8)	1,4 (0,9-2,1)	57 (4,3)	1,4 (0,9-2,1)	76 (6,0)	1,2 (0,7-2,0)	4 (0,1)	0,2 (0,0-4,0)

* In grassetto e sottolineati i valori di OR che esprimono un'associazione significativa tra le caratteristiche sociodemografiche e la presenza di disturbi specifici. La categoria 'Ogni disturbo mentale' si riferisce esclusivamente a quelli elencati in questa tabella; Disturbi affettivi si riferisce solamente alla Depressione Maggiore ed alla Distimia; Disturbi d'Ansia si riferisce al Disturbo da Ansia Generalizzata, Fobia Sociale, Fobia Specifica, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Agorafobia, Disturbo da Attacchi di Panico; Disturbi da alcool si riferisce all'Abuso di Alcool ed alla Dipendenza da Alcool.

La Tabella 3 mostra i fattori di rischio correlati ai disturbi mentali esaminati in questo studio; in grassetto e sottolineati sono i valori di *Odds Ratio* (OR), che esprimono un'associazione statisticamente significativa tra le variabili indipendenti (rappresentate dalle caratteristiche sociodemografiche del campione) e le variabili dipendenti (ossia la presenza dei vari disturbi). 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 (il che sta ad indicare un rischio tendenzialmente minore rispetto al sesso maschile), non raggiunge la significatività nel caso dei disturbi da abuso/dipendenza da alcool (OR=0,4).

Per quanto riguarda le classi d'età, la scolarità, l'area e la zona geografica di residenza, i valori di OR 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 un disturbo d'ansia (OR=2,1) o un disturbo affettivo (OR=1,7). Infine, la presenza di disabilità è correlata ad un OR pari a circa otto 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).

3.3 La prevalenza dei disturbi mentali negli altri paesi europei

Tabella 4. - Prevalenza a 12 mesi dei disturbi mentali negli altri 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMED-WMH (percentuali pesate)

	Belgio % (IC 95%)	Francia % (IC 95%)	Germania % (IC 95%)	Olanda % (IC 95%)	Spagna % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Ogni disturbo mentale	11,5 (9,1- 14)*	14,5 (12- 17)*	8,9 (6,8- 11)*	11,8 (9,9- 14)*	8,5 (7,1-9,9)	7,3 (6,0-8,6)
Ogni disturbo affettivo	5,9 (4,3-7,5)*	6,7 (5,3-8,1)*	3,3 (2,7-4,0)	5,5 (4,1-6,9)*	4,4 (3,7-5,1)*	3,5 (2,9-4,0)
Ogni disturbo d'ansia	7,1 (4,8-9,4)*	9,8 (8,0- 12)*	6,3 (4,6-8,1)	7,6 (5,9-9,4)*	5,5 (4,1-6,9)	5,1 (4,0-6,3)
Ogni disturbo da alcool	1,3 (0,6-2,0)*	0,8 (0,2-1,3)	1,2 (0,4-2,0)*	1,7 (0,8-2,6)*	0,3 (-,0-0,7)*	0,1 (0,0-0,3)
Depressione maggiore	5,3 (3,9-6,8)*	6,0 (4,7-7,3)*	3,0 (2,5-3,6)	5,3 (3,9-6,7)*	4,0 (3,4-4,6)*	3,0 (2,6-3,4)
Distimia	1,3 (0,6-2,0)	1,6 (1,0-2,3)*	0,9 (0,5-1,4)	1,8 (0,9-2,6)*	1,4 (0,9-1,9)	1,0 (0,7-1,4)
Ansia generalizzata	1,1 (0,4-1,7)	2,0 (1,4-2,7)*	0,5 (0,2-0,7)	1,0 (0,5-1,6)*	1,0 (0,5-1,4)*	0,5 (0,3-0,8)
Fobia sociale	1,0 (0,4-1,6)	1,7 (1,1-2,4)*	1,3 (0,7-1,8)	1,2 (0,5-2,0)	0,7 (0,3-1,0)	1,0 (0,6-1,5)
Fobia specifica	3,4 (1,7-5,2)	4,7 (3,5-5,9)*	4,1 (2,7-5,5)*	2,6 (1,5-3,7)	3,0 (1,7-4,3)	2,7 (1,7-3,6)
DPTS	0,9 (0,4-1,5)	2,2 (1,3-3,0)*	0,7 (0,4-1,0)	2,4 (1,1-3,7)*	0,6 (0,3-0,8)	0,8 (0,2-1,4)
Agorafobia	0,2 (0,0-0,5)	0,6 (0,2-0,9)	0,5 (0,1-0,8)	0,5 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-0,4)	0,4 (0,2-0,6)
Disturbo da panico	1,7 (0,5-2,9)*	1,2 (0,6-1,8)*	0,7 (0,4-1,0)	1,7 (1,1-2,3)*	0,7 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-0,8)
Abuso di alcool	0,8 (0,3-1,3)*	0,5 (0,0-1,0)*	0,8 (0,3-1,3)*	1,2 (0,4-1,9)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,1 (0,0-0,2)
Dipendenza da alcool	0,5 (0,0-1,0)*	0,3 (0,0-0,5)*	0,4 (0,2-1,0)*	0,5 (0,1-0,9)*	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,1)

* p< 0,05: differenza significativa rispetto all'Italia

Tabella 5. - Prevalenza nella vita (lifetime) dei disturbi mentali negli altri 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMED-WMH (percentuali pesate)

	Belgio % (IC 95%)	Francia % (IC 95%)	Germania % (IC 95%)	Olanda % (IC 95%)	Spagna % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Ogni disturbo mentale	29,0 (25-33)*	38,4 (35-42)*	24,5 (21-28)*	31,1 (27-35)*	20,1 (17-23)	18,3 (16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	16,0 (14-18)*	24,1 (22-26)*	11,0 (9,5-13)	19,5 (17-23)*	11,8 (11-13)	11,2 (9,8-13,0)
Ogni disturbo d'ansia	14,2 (11-18)*	22,4 (19-25)*	14,2 (11-17)*	16,1 (14-18)*	10,0 (8,0-12)	11,1 (9,3-13,0)
Ogni disturbo da alcool	8,6 (6,1-11)*	5,7 (4,2-7,2)*	6,8 (5,0-8,6)*	7,9 (5,8-9,9)*	3,7 (1,8-5,5)*	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	14,5 (12-17)*	21,4 (19-24)*	10,2 (8,9-12)	18,8 (16-22)*	10,9 (9,8-12)	10,1 (9,0-11,0)
Distimia	4,8 (3,5-6,1)*	7,9 (6,8-9,1)*	2,9 (2,2-3,7)	5,4 (4,0-6,7)*	3,6 (2,9-4,3)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	3,2 (1,7-4,8)*	6,0 (4,6-7,3)*	1,7 (1,0-2,4)	3,6 (2,8-4,5)*	1,9 (1,4-2,3)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	2,1 (1,1-3,1)	4,7 (3,3-6,1)*	2,7 (1,8-3,6)*	2,4 (1,5-3,3)	1,3 (0,8-1,8)*	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	6,9 (4,5-9,2)	11,6 (9,6-14)*	9,8 (7,6-12)*	6,5 (5,0-8,0)	4,8 (3,3-6,2)	5,7 (4,3-7,0)
Disturbo Post Traumatico da Stress	2,6 (1,6-3,6)	3,9 (2,8-4,9)*	1,6 (1,0-2,3)*	4,0 (2,6-5,4)*	2,0 (1,2-2,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,6 (0,3-0,9)	1,8 (0,9-2,7)*	0,7 (0,2-1,1)*	1,0 (0,4-1,5)	0,3 (0,2-0,5)*	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	2,7 (1,4-4,0)*	3,0 (2,2-3,8)*	1,8 (1,3-2,4)	3,9 (2,9-4,8)*	1,7 (1,3-2,2)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	6,8 (4,7-8,9)*	4,1 (2,8-5,4)*	5,2 (3,8-6,6)*	6,6 (4,8-8,5)*	2,9 (1,2-4,6)*	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	1,8 (0,5-3,1)*	1,6 (0,7-2,5)*	1,6 (0,6-2,5)*	1,2 (0,7-1,7)*	0,7 (0,0-1,4)*	0,3 (0,1-0,5)

* p< 0,05: differenza significativa rispetto all'Italia

Le tabelle 4 e 5 mostrano i tassi di prevalenza a 12 mesi e nella vita per tutti i disturbi mentali negli altri 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMeD-WMH. L'Italia presenta tassi di prevalenza a 12 mesi per tutti i disturbi mentali significativamente più bassi rispetto al Belgio, alla Francia, alla Germania ed all'Olanda, mentre non emergono differenze di rilievo con la Spagna; in particolare, il tasso di prevalenza a 12 mesi riscontrato in Francia è quasi doppio rispetto al tasso italiano. Nel caso dei disturbi affettivi l'Italia presenta i tassi più bassi insieme alla Germania, mentre per i disturbi d'ansia è nuovamente la Spagna il solo paese a mostrare un tasso tendenzialmente basso come quello registrato in Italia. Per quanto concerne i disturbi da abuso/dipendenza da alcool, l'Italia registra il tasso di prevalenza a 12 mesi più basso tra tutti i paesi europei (0,1% del campione esaminato); la differenza è particolarmente marcata con l'Olanda, che presenta una prevalenza a 12 mesi 17 volte superiore al tasso riscontrato in Italia (1,7%), sebbene in termini assoluti la frequenza di questi disturbi sia ridotta anche in quel paese.

Se si analizzano invece i disturbi specifici, emergono differenze statisticamente significative per quasi tutte le categorie diagnostiche con la Francia, che registra in maniera omogenea tassi di prevalenza più elevati di quelli italiani; nei confronti con gli altri quattro paesi, le differenze raggiungono la significatività statistica in maniera diversa a seconda della categoria diagnostica considerata. Emerge tuttavia con chiarezza che l'Italia presenta, per quasi tutti i disturbi, tassi di prevalenza inferiori a quelli degli altri paesi. Gli unici disturbi per cui l'Italia presenta frequenze solo leggermente superiori sono l'agorafobia, per la quale i tassi italiani sono più elevati rispetto a quelli del Belgio e della Spagna; la distimia, per la quale i tassi sono inferiori in Germania; le fobie specifiche, risultate più frequenti in Italia che in Olanda; ed infine la fobia sociale e il DPTS, meno comuni in Spagna rispetto all'Italia.

Anche nel caso della prevalenza *lifetime* di tutti i disturbi mentali emerge una differenza statisticamente significativa tra l'Italia e tutti gli altri paesi europei ad eccezione della Spagna, che presenta un tasso solo leggermente superiore a quello italiano (20,1% vs. 18,3%): la Francia, invece, presenta nuovamente un tasso quasi doppio rispetto a quello italiano. Anche nel caso di categorie diagnostiche specifiche, emergono differenze di rilievo tra i paesi europei e l'Italia, tranne che nel caso della Spagna, che mostra una tendenza ad allinearsi sui valori di prevalenza riscontrati in Italia.

4. DISCUSSIONE

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia nell'ambito del progetto ESEMeD-WMH si prestano a molteplici letture ed interpretazioni. Da un lato essi 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 (de Girolamo & Bassi, 2003): tra i soggetti intervistati, 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 DPTS, 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 alcool) 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%.

4.1 Il confronto con i risultati di altri studi italiani

I tassi di prevalenza riscontrati nello studio ESEMeD-WMH sono complessivamente simili a quelli di un accurato studio condotto di recente a Sesto Fiorentino (in questa ricerca gli intervistati sono stati tutti valutati da intervistatori clinici con un set di strumenti di valutazione standardizzata) (Faravelli *et al*, 2004 a, Faravelli *et al*, 2004 b). Infatti, il 7,3% del campione ESEMeD-WMH che ha sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno è molto vicino al tasso dello 8,6% riscontrato nello studio fiorentino; anche le percentuali nei due sessi sono molto vicine (3,9% tra i maschi nello studio italiano contro il 5,4% dello studio toscano; 10,4% tra le donne in Italia contro il 12,1% a Sesto Fiorentino); i tassi di prevalenza *lifetime* mostrano simili analogie. Rispetto ai raggruppamenti diagnostici specifici,

nello studio ESEMED-WMH il 7,2% dei maschi ed il 14,9% delle femmine risultava aver sofferto, in qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo, laddove la corrispondente percentuale, nello studio di Sesto Fiorentino, è pari al 6,5% ed al 15,8% rispettivamente. Anche la prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia risulta simile, per quanto riguarda la differenza tra i due sessi: nel nostro campione il 5,5% dei maschi ne ha sofferto, mentre la percentuale delle femmine era pari al 16,2%; nello studio di Sesto Fiorentino queste percentuali erano rispettivamente del 7,0% e del 14,9%. Nel caso della prevalenza a 12 mesi, per questo gruppo di disturbi i tassi trovati in Toscana erano più elevati per il sesso maschile (3,9% vs il 2,2% dell'ESEMeD-WMH), ma praticamente uguali per il sesso femminile (circa 7,7% in entrambi gli studi).

Va però sottolineato che lo studio di Sesto Fiorentino è stato realizzato su un campione di popolazione residente in un'area molto circoscritta dal punto di vista geografico, e quindi ogni tentativo di confronto con un campione selezionato invece su scala nazionale deve essere condotto con particolare cautela.

Per quanto riguarda la specifica classe dei disturbi d'ansia, un precedente studio condotto a Firenze su un campione rappresentativo della popolazione (Faravelli et al., 1989) aveva messo in luce che, nel corso della vita, lo 0,4% della popolazione risultava aver sofferto di agorafobia (1,2% nel nostro studio), l'1,3% di un disturbo da attacco di panico (1,6% nel nostro studio), lo 0,5% di fobia sociale (l'2,1% nel nostro studio) ed il 5,4% di disturbo da ansia generalizzata (1,9% nel nostro studio). E' possibile che cambiamenti intervenuti in alcuni dei criteri diagnostici siano all'origine di talune delle differenze nella prevalenza di specifici sottotipi diagnostici (si pensi, ad esempio, alla marcata differenza nella frequenza del disturbo da ansia generalizzata).

Sempre a Firenze, il 6,2% della popolazione intervistata da Faravelli et al. (1990) in un'altra ricerca riferiva di aver sofferto nell'ultimo anno di un disturbo depressivo maggiore ed il 2,6% di distimia, di contro rispettivamente al 3,0% ed allo 1,0% del progetto ESEMeD-WMH.

4.2 La prevalenza dell'abuso e dipendenza dall'alcool

Uno dei dati per certi versi sorprendenti dello studio ESEMED-WMH è rappresentato dalla bassa prevalenza dell'abuso/dipendenza da alcool (ricordiamo che l'abuso/dipendenza da sostanze non è stato indagato): la prevalenza a 12 mesi è

di circa lo 0,1%, mentre raggiunge l'1% per la prevalenza *lifetime*. Si tratta di percentuali basse, che forse possono essere in parte spiegate dalla tendenza alla negazione nel caso specifico di domande relative all'uso di sostanze, soprattutto se esse sono poste da intervistatori non clinici in un setting di comunità. Va anche notato che, pur essendo i casi indagati molti limitati dal punto di vista numerico, è emersa una considerevole discordanza tra le risposte dell'intervistato e quelle del coniuge rispetto all'abuso di bevande alcoliche: in altre parole, per coloro che soddisfacevano i criteri diagnostici per abuso/dipendenza da alcool *lifetime*, il coniuge negava l'esistenza del problema, mentre laddove il coniuge riferiva dell'esistenza di una tendenza all'abuso etilico, l'interessato non risultava positivo per la diagnosi in questione.

Nonostante tale difficoltà, va sottolineato che nello studio di Sesto Fiorentino, ove è stato indagato l'abuso sia di alcool che di sostanze e dove sono state integrate le risposte degli intervistati con le informazioni fornite dal medico di medicina generale, è emerso un tasso di prevalenza altrettanto basso (0,2% ad un anno e 0,7% *lifetime*). Non esistono purtroppo altri studi di prevalenza condotti su campioni di popolazione generale in Italia che consentano di comparare i tassi riscontrati nello studio ESEMED-WMH; i tassi di abuso di alcool riscontrati in altri paesi europei o nordamericani sono decisamente più elevati, ma va sottolineato che nell'intero campione europeo studiato nell'ambito del progetto ESEMeD-WMH la prevalenza dell'abuso e dipendenza dall'alcool è apparsa bassa (5,2% *lifetime* e 1,0% per la prevalenza a 12 mesi), anche se superiore a quella italiana.

Va anche considerato che in Italia alcuni dati recenti sembrerebbero mettere in luce una diminuzione nella quantità pro-capite di consumo di bevande alcoliche, anche se la percentuale complessiva di bevitori sembra essersi accresciuta; pertanto, ad un aumento complessivo dei bevitori si è accompagnata una diminuzione della quantità media di alcool consumata a persona. L'Italia è infatti il primo dei 51 paesi afferenti alla Regione Europea dell'O.M.S. ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25% del consumo pro-capite di alcool nel periodo prefissato 1981-2000 (Scafato, 2004). Anche questo dato potrebbe in parte giustificare le basse percentuali di abuso e dipendenza da alcool riscontrate in Italia rispetto agli altri paesi europei partecipanti al progetto.

4.3 I fattori di rischio per i disturbi mentali

I fattori sociodemografici associati alla probabilità di soffrire di disturbi mentali individuati nello studio italiano sono in parte omogenei con quanto è stato messo in luce da altri studi, ed in parte se ne differenziano. Tutti i disturbi indagati sono apparsi significativamente più frequenti nel sesso femminile, e questo è un risultato riscontrato pressochè universalmente nelle ricerche epidemiologiche di comunità: Bebbington (1988) ha scritto che *“Forse, il risultato più omogeneo conseguito nell’ambito dell’epidemiologia psichiatrica è che le donne soffrono di depressione con maggiore frequenza degli uomini”*. Fanno eccezione, all’eccesso di morbilità nel sesso femminile, i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbi bipolari), che presentano tassi di prevalenza del tutto simili nei due sessi, ed i disturbi di personalità antisociale, che mostrano tradizionalmente tassi molto più elevati nel sesso maschile (de Girolamo, 2003).

Nel campione italiano studiato non sono emerse differenze di rilievo nella distribuzione dei disturbi mentali (tutti o specifici) tra le diverse classi d’età, tra persone con diversi livelli di scolarità, o residenti in aree o zone geografiche diverse (Nord, Centro e Sud Italia). Va detto che in altri studi epidemiologici è invece emersa una differenza significativa nella frequenza dei disturbi nelle varie fasce d’età, con tassi solitamente più elevati nelle fasce d’età più giovani; allo stesso modo, sono stati spesso riscontrati tassi più elevati tra le persone con più bassa scolarità e tra coloro che risiedono in aree urbane (de Girolamo, 2003). Anche nel campione europeo del progetto ESEMED-WMH è emerso un tasso di prevalenza più elevato nella fascia d’età 18-24 anni, con un declino significativo in parallelo al procedere dell’età (Alonso *et al*, 2004).

Nel caso dello stato civile, l’essere stati precedentemente coniugati è risultato associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo negli ultimi 12 mesi; anche qui emerge una differenza tra i risultati italiani e quelli riscontrati in altri studi, in cui la condizione di separato/divorziato e di vedovo è di solito apparsa correlata a tassi di prevalenza più elevati (de Girolamo, 2003). Nel campione europeo la probabilità di un disturbo è risultata maggiore tra i precedentemente coniugati e i single.

Rispetto allo status occupazionale, l’essere disoccupato è apparso associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo nei 12 mesi precedenti, e un risultato simile è emerso anche per le casalinghe; tale risultato è

del tutto sintonico con la maggior parte della letteratura epidemiologica. Di particolare rilievo il riscontro di tassi di prevalenza molto elevati tra le persone affette da una qualche disabilità fisica, che appaiono un gruppo esposto ad un rischio particolarmente elevato, risultato simile a quanto trovato nel campione europeo.

4.4 Come si spiegano i tassi di prevalenza più bassi rispetto agli altri paesi europei?

E' stato suggerito che i soggetti che non hanno accettato di rispondere all'intervista potrebbero avere un tasso più elevato di disturbi mentali rispetto ai rispondenti. Nello studio europeo, tuttavia, è stata riscontrata una prevalenza più elevata di disturbi mentali proprio nei paesi con i più bassi tassi di partecipazione, come la Francia ed il Belgio. I tassi di non risposta dello studio quindi, non sembrano poter spiegare le differenze di prevalenza, quantomeno tra i diversi paesi partecipanti. Inoltre i soggetti che non parlavano sufficientemente la lingua del paese, quelli istituzionalizzati e quelli senza fissa dimora non sono stati inclusi nello studio. A causa della loro scarsa numerosità, questi ultimi due gruppi difficilmente potrebbero mutare in maniera sostanziale i risultati ottenuti (tra le persone in età superiore a 18 anni, secondo dati dell'ISTAT quelle istituzionalizzate sono in totale 301.904, il che equivale allo 0,7% della popolazione presa in considerazione dallo studio). Il primo gruppo, più ampio, include soprattutto gli immigrati e non si può escludere il fatto che essi abbiano una prevalenza maggiore di disturbi mentali rispetto alla popolazione del paese ospitante.

E' quindi ben possibile che le differenze nei tassi di prevalenza rispecchino una diversa frequenza dei disturbi mentali (ed in particolare di quelli affettivi e d'ansia) realmente esistente tra paesi diversi, al pari di quanto viene osservato per molti altri disturbi di interesse medico generale (Friedman, 1995); peraltro va detto che le precedenti ricerche epidemiologiche avevano parimenti messo in luce marcate differenze nei tassi di prevalenza tra paesi diversi (de Girolamo & Bassi, 2003). Il riscontro di tassi più bassi in Italia ed in Spagna potrebbe far pensare ad una tendenza a tassi di prevalenza dei disturbi mentali 'comuni' più bassi nei paesi di cultura 'latina', caratterizzati da specifici stili di vita e di rapporti interpersonali, che necessitano di essere meglio indagati. Ulteriori analisi dei dati ottenuti in questo

progetto renderanno possibile una ulteriore chiarificazione di questo importante problema di sanità pubblica.

5. CONCLUSIONI

L'originalità e la significatività dei dati ottenuti nel progetto ESEMED-WMH meritano di essere sottolineate. Poiché il campione è stato selezionato al fine di essere rappresentativo di una popolazione di circa 47.000.000 di adulti residenti in Italia, questo è il primo studio che consente di 'mappare' l'estensione e le caratteristiche dei disturbi mentali presenti nella popolazione generale italiana.

Utilizzando le stime ottenute in questa ricerca, si può calcolare che circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; di costoro, quasi due milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, 1,5 milioni un disturbo affettivo e quasi cinquantamila un disturbo da abuso di sostanze alcoliche.

Rispetto ai tassi di prevalenza *lifetime* trovati nel campione italiano, si può altresì stimare che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne sono molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Anche l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

In un'epoca in cui la salute delle persone non viene più giudicata esclusivamente in termini di statistiche di mortalità, la disabilità gioca un ruolo centrale nel determinare lo stato di salute della popolazione. Nello studio *Global Burden of Disease* dell'O.M.S. (Murray & Lopez, 1997a, 1997b), i disturbi mentali costituiscono oltre il 15% del carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato; questa percentuale è addirittura superiore a quella attribuita al cancro. Considerando la limitata identificazione ed il ridotto trattamento dei disturbi mentali messo in luce dal progetto ESEMED-WMH (Alonso et al., 2004), appare di particolare importanza far sì che gli operatori dei servizi di salute mentale (e gli operatori sanitari in genere) riconoscano e trattino questi disturbi tempestivamente ed efficacemente: questa è la sfida che ci attende negli anni a venire.

REFERENZE

Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, De Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, et al. (2003). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, et al.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004) Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 420, 8-20.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, et al.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* Suppl. 420, 21-27.

American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fourth Edition.: *American Psychiatric Association*: Washington DC.

Bebbington P.E. (1988). The social epidemiology of clinical depression. In: Henderson, A.S. & Burrows, G. (a cura di), *Handbook of Social Psychiatry*, pp. 87-102. Elsevier: Amsterdam.

de Girolamo, G. (2003). Epidemiologia psichiatrica. In: M. Bassi, M. Di Giannantonio, L. Ferranini, C. Mencacci, C. Munizza, L. Petrovich, P.L. Scapicchio (eds.), *Politiche sanitarie in psichiatria*, pp. 152-162. Masson: Milano.

de Girolamo, G., Bassi, M. (2003). Community surveys of mental disorders: recent achievements and work in progress: editorial review. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 403-412.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, et al.; (2004) WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.

Faravelli C., Guerrini Degl'Innocenti B. & Giardinelli I. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-12

Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F, D'Adamo D., Lo Iacono B., Ravaldi C., Scarpato M.A., Truglia E. & Rosi S. (2004 a). The Sesto Fiorentino Study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 73, 216-25.

Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F., D'Adamo D, Lo Iacono B., Ravaldi C, Scarpato M.A., Truglia E., Rossi Prodi P.M. & Rosi S. (2004 b). The Sesto Fiorentino study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 73, 226-34.

Friedman, G.D. (1995). *Epidemiologia per discipline bio-mediche*. Milano: McGraw-Hill.

Kessler RC, Ustun TB. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93-121.

Murray CJ, Lopez AD. (1997a). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, Suppl. 349, 1498-504.

Murray CJ, Lopez AD. (1997b). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. Suppl. 349, 1436-42.

Scafato E. (2004) Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annuario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40, 25-33.

World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.