

## World Mental Health Day 2014

### Sintomi depressivi nella popolazione adulta: i dati Passi

Gianluigi Ferrante – Gruppo tecnico Passi

9 ottobre 2014 - Il *disturbo depressivo maggiore* (Ddm) è una condizione psichiatrica diffusa e seriamente invalidante, caratterizzata da un tono dell'umore basso per un lungo periodo di tempo e da sofferenza psicologica. Questo disturbo rappresenta la quarta principale causa di disabilità nel mondo e si prevede che diventerà la seconda causa di carico globale di malattia entro il 2020 [1].

Diversi studi hanno osservato un'associazione tra Ddm e aumento dei costi sociali (dovuti alla natura invalidante della malattia) che può portare a un decadimento personale e sociale, nonché alla morte prematura degli individui affetti da questa condizione [2]. Inoltre negli ultimi anni si è fatta sempre più forte l'evidenza che i disturbi mentali possano esacerbare il decorso di molte patologie croniche (quali malattie cardiovascolari, diabete, obesità, asma, tumori, ecc) [3], e che abbiano conseguenze in ambito lavorativo, riducendo la produttività, aumentando l'assenteismo e il rischio di incidenti sul lavoro [4].

Visti la disabilità e i costi dovuti al Ddm, è molto importante un'osservazione continua di questa condizione nella popolazione generale affinché sia possibile pianificare politiche di sanità pubblica volte alla prevenzione e al trattamento. I sistemi di sorveglianza di popolazione rappresentano strumenti vantaggiosi ed economici per il monitoraggio della salute mentale. Infatti, sebbene questi non si basino su una valutazione clinica psichiatrica del paziente, sono comunque in grado di stimare la quota di persone potenzialmente a rischio di depressione e di evidenziare i gruppi più vulnerabili in termini di caratteristiche socio-demografiche, consentendo così di mettere a punto adeguati strumenti di prevenzione e assistenza.

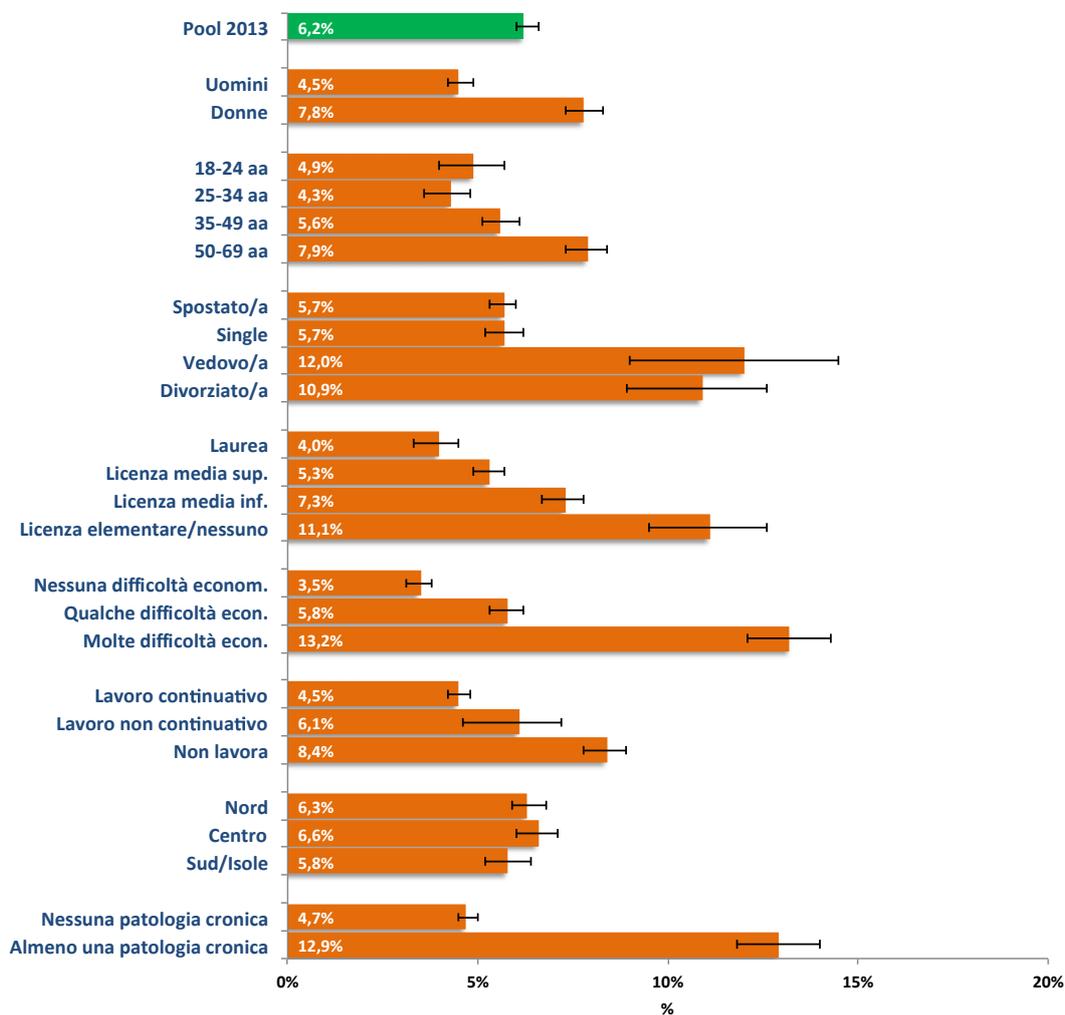
Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) che, attraverso due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività, è in grado di individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità [5]. Sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, il PHQ-2 è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

#### Risultati

Nel 2013 sono state raccolte 40.502 interviste, con un tasso di risposta dell'84% e una copertura della popolazione italiana pari al 93%. Le informazioni sul PHQ-2 sono presenti nel 97% delle interviste raccolte (39.463).

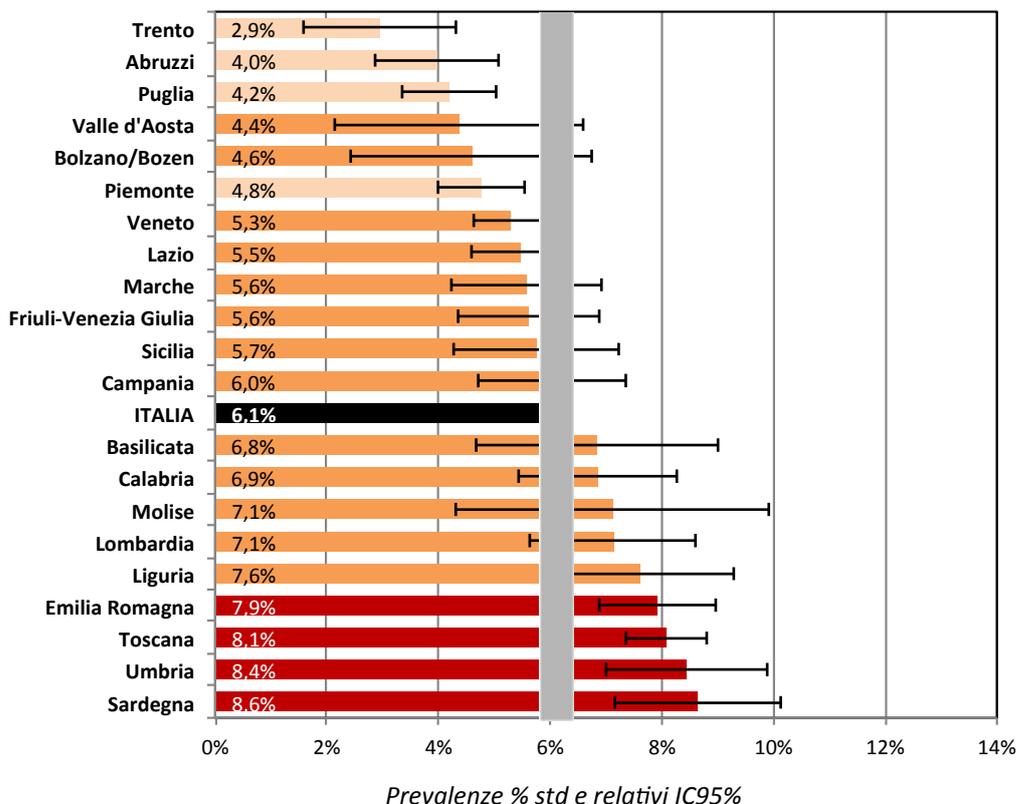
Nel 2013, la prevalenza dei sintomi di depressione tra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia era del 6,2%. Questo valore è più elevato in alcune fasce della popolazione come ad esempio nelle donne (7,8%), nei più anziani (7,9%), in chi è vedovo e divorziato (rispettivamente 12,0% e 10,9%), negli intervistati con un livello di istruzione elementare o senza alcun titolo di studio (11,1%), in quelli che dichiarano di arrivare a fine mese con molte difficoltà economiche (13,2%), in quelli senza un lavoro (8,4%) e nelle persone con almeno una patologia cronica (12,9%) (Figura 1).

**Figura 1 - Sintomi depressivi per caratteristiche socio-demografiche. Dati Passi 2013. Popolazione. 18-69 anni. Prevalenze e relativi IC 95% (n=39.463)**



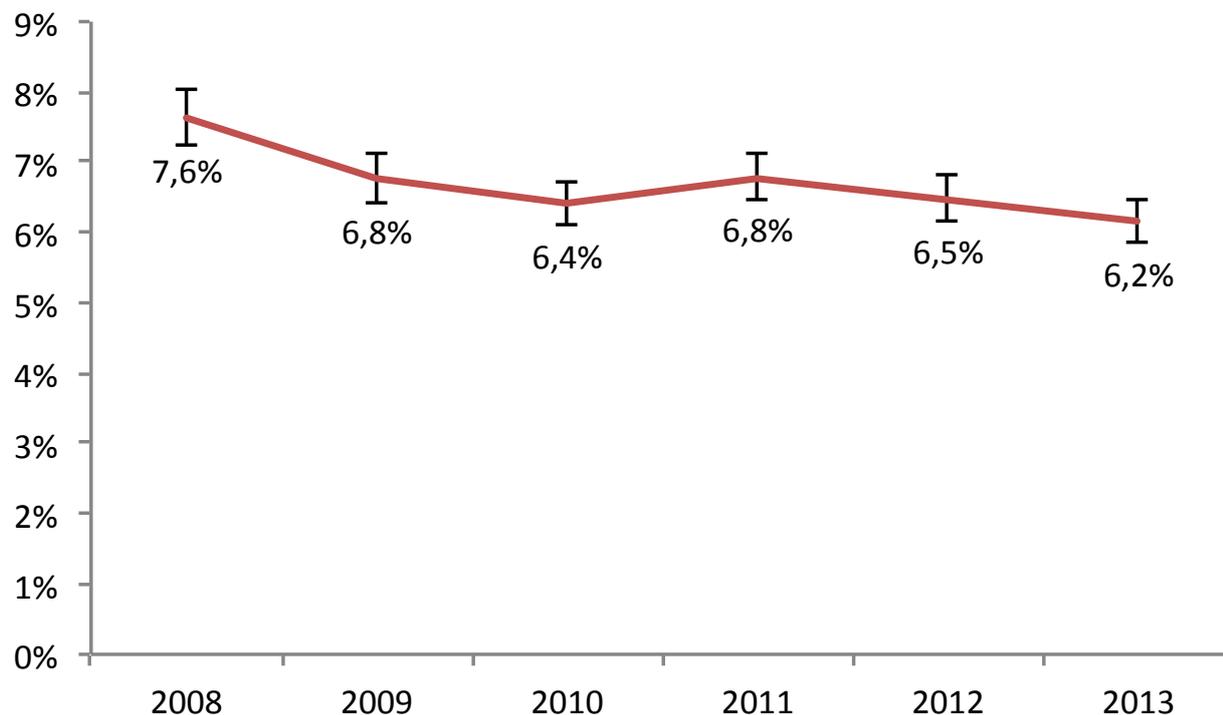
Il confronto tra Regioni, standardizzando le diverse popolazioni regionali per sesso ed età, mostra che la percentuale dei sintomi di depressione è più alta in alcune Regioni del Centro-Nord, quali Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Sardegna (Figura 2).

**Figura 2 - Sintomi depressivi per Regione di residenza. Dati Passi 2013. Popolazione. 18-69 anni. Prevalenze standardizzate per sesso ed età e relativi IC 95% (n=39.463)**



Il confronto del dato nazionale del 2013 con i dati degli anni precedenti, mostra un andamento in diminuzione dei sintomi di depressione. Questa diminuzione è piccola e statisticamente non significativa se il confronto viene fatto ogni anno con quello precedente, ma diventa una diminuzione significativa se si confronta il 2008 con il 2013 (7,6% vs 6,2%), a conferma di una tendenza alla diminuzione di questo indicatore (Figura 3).

**Figura 3 - Sintomi depressivi per anno. Dati Passi 2008-13. Popolazione. 18-69 anni. Prevalenze e relativi IC 95%**



I sintomi di depressione sono associati a stili di vita sfavorevoli. Infatti le persone con questi sintomi fumano di più, sono più spesso fisicamente inattive, fanno più frequentemente un consumo alcolico *binge* e sono più frequentemente obese (Tabella 1).

**Tabella 1 – Fattori di rischio comportamentali in persone con e senza sintomi di depressione. Dati Passi 2013. Popolazione. 18-69 anni. Percentuali e Odds Ratio aggiustati (AOR) con relativi IC 95% (n=39.463).**

		Sintomi di depressione	
		Si	No
Obesità	<i>totale % (IC 95%)</i>	16,4 (14,6-18,4)	9,9 (9,6-10,3)
	<i>totale AOR (IC 95%)<sup>a</sup></i>	1,28 (1,09-1,50)	1,0 (riferimento)
Abitudine al fumo di sigaretta	<i>totale % (IC 95%)</i>	35,6 (33,2-38,1)	26,7 (26,2-27,3)
	<i>totale AOR (IC 95%)<sup>a</sup></i>	1,47 (1,31-1,66)	1,0 (riferimento)
Inattività fisica	<i>totale % (IC 95%)</i>	39,2 (36,7-41,7)	29,5 (28,9-30,1)
	<i>totale AOR (IC 95%)<sup>a</sup></i>	1,32 (1,18-1,48)	1,0 (riferimento)
Consumo alcolico <i>binge</i>	<i>totale % (IC 95%)</i>	10,7 (9,2-12,5)	8,8 (8,4-9,1)
	<i>totale AOR (IC 95%)<sup>a</sup></i>	1,60 (1,32-1,92)	1,0 (riferimento)

<sup>a</sup> *Aggiustato per: sesso, età, stato civile, titolo di studio, difficoltà economiche, stato lavorativo, area di residenza, presenza di patologie croniche.*

## **Conclusioni**

Nella popolazione adulta residente in Italia si osservano percentuali non trascurabili di individui con sintomi di depressione, obesi, fisicamente inattivi, fumatori e con problemi di consumo alcolico. Questi risultati lasciano supporre che ogni anno centinaia di migliaia di persone con sintomi di depressione siano a rischio di incorrere in complicazioni fisiche gravi a causa di abitudini di vita non salutari. Sarebbe pertanto auspicabile un'integrazione dell'offerta terapeutica dei servizi salute mentale con interventi di promozione della salute, considerando salute mentale e salute fisica come un'entità combinata nell'ambito della sanità pubblica.

## **Riferimenti**

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013 Nov 9; 382(9904): 1575-1586.
2. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health; 1996.
3. Carney RM, Freedland KE, 2003. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol.Psychiatry* 54, 241-247.
4. Gigantesco A, Lega I. Occupational stress and mental health. *Epidemiol Prev* 2013 Jan-Feb; 37(1): 67-73.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003 Nov; 41(11): 1284-1292.