

“NON C'È SALUTE SENZA SALUTE MENTALE”

O. Beretta, M. Bouvier Gallacchi

Introduzione

La salute mentale si definisce come uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità. Si tratta quindi di un processo dinamico che si evolve nel corso della vita e che dipende da numerosi elementi che si influenzano reciprocamente: da un lato sono presenti fattori biologici e caratteristiche individuali, dall'altro esistono determinanti socio-economici, culturali e ambientali che condizionano il contesto di vita.

In Europa si stima che circa 1 persona su 4 soffra di disturbi psichici in un periodo o l'altro della propria vita. Secondo un'indagine europea basata su interviste (European Health Interview Survey – EHIS 2014), il 7.1% della popolazione generale dai 15 anni in poi ha dichiarato di soffrire di depressione cronica. In tutti i paesi la percentuale di depressione cronica è risultata più elevata nelle donne che negli uomini, crescente con l'avanzare dell'età.

In Svizzera circa il 18% delle persone intervistate nel 2012 (Indagine sulla salute in Svizzera – ISS 2012) dichiara sintomi di disagio psicologico da medi a gravi. Quasi il 30% delle persone

esprime sintomi depressivi – di cui il 2% di livello grave e il 5.6% di livello medio grave – con una predominanza femminile; si osserva una diminuzione della loro frequenza con l'aumentare dell'età e del livello di formazione.

Il disagio psicologico e i sintomi di depressione producono effetti importanti in tutte le dimensioni della vita: personale, relazionale, comportamentale, professionale, sociale ed economica. Queste considerazioni spiegano la motivazione del Consiglio federale nel sostenere programmi di promozione della salute mentale, di prevenzione e di diagnosi precoce delle malattie psichiche nell'ambito della strategia “Sanità 2020”.

Per le stesse ragioni il Consiglio di Stato ha avviato nel 2016 il progetto “Alleanza contro la depressione”¹ con l'obiettivo di aumentare le competenze della popolazione e dei professionisti in ambito sanitario e di facilitare la gestione della depressione nel Cantone Ticino. Dispone di una descrizione della salute mentale della popolazione ticinese basata sui dati più recenti permetterà di sviluppare il progetto in maniera pertinente, definendo bisogni specifici, interventi mirati e elaborando adeguati strumenti di valutazione del progetto. L'analisi che segue propone una prima riflessione per i medici del territorio.

Materiali e metodi

I dati analizzati sono ricavati dall'ISS 2012. Tale indagine, svolta con cadenza quinquennale dall'Ufficio federale di statistica, analizza lo stato di salute e la qualità di vita della popolazione svizzera considerando quattro dimensioni principali: gli stili di vita e i comportamenti, il sistema sanitario, l'ambiente sociale, l'ambiente naturale e costruito. In Ticino, il campione di popolazione intervistato è di circa 1500 persone (53% donne, 47% uomini) a partire dai 15 anni, residente in economie domestiche private.

Per stimare le prevalenze del disagio psicologico e dei sintomi depressivi, l'ISS ricorre, rispettivamente, all'indice Mental Health Inventory nella forma a 5 items (MHI-5) e all'indice Patient Health Questionnaire nella forma a 9 items (PHQ-9). È importante sottolineare che, seppur ampiamente utilizzati, questi indici non rappresentano né sostituiscono una diagnosi di sofferenza psicologica e, data la natura auto-dichiarativa dello studio ISS, la loro interpretazione richiede una certa cautela.

Le prevalenze ponderate stimate per le popolazioni ticinese e svizzera sono state calcolate in termini percentuali e con un intervallo di confidenza (IC) del 95%. L'inferenza sulla significatività delle differenze rilevate tra variabili categoriche è stata effettuata mediante il test del Chi-quadro con correzione di Yates e con soglia di significatività $\alpha = 0.05$.

L'analisi dei fattori di rischio è stata effettuata mediante modelli di regressione logistica che utilizzano come variabili dipendenti dicotomiche il disagio mentale (“basso” vs. “medio-alto”) e i sintomi depressivi (“da nessuno a leggeri” vs. “da moderati a gravi”), e come predittori alcune variabili appartenenti alle dimensioni sociale, lavorativa e relative alla visione della vita. Ogni modello considera come potenziali *confounders* le covariate età, sesso, stato civile, nazionalità e livello di formazione. I risultati sono espressi in forma di Odds Ratio (OR) con un intervallo di confidenza del 95% e con un livello di significatività $\alpha = 0.05$.

Risultati

Disagio psicologico

Dall'analisi dei dati ISS 2012 emerge che, in Ticino, la prevalenza del disagio psicologico di livello “da medio a importante” è stimata al 25.7%, IC

¹ <http://www4.ti.ch/dss/dsp/depressione/home/>

95% 23.5-27.9. Tale prevalenza risulta superiore in modo statisticamente significativo ($p < 0.001$) alla media della popolazione svizzera che si attesta al 18.0%, IC 95% 17.5-18.5. Così come a livello nazionale, anche il confronto di genere mostra in Ticino delle differenze statisticamente significative ($p < 0.001$): le donne (28.0%, IC 95% 24.9-31.1) sembrano, infatti, presentare in misura maggiore rispetto agli uomini (23.2%, IC 95% 20.0-26.4) segnali di disagio psicologico.

Sintomi depressivi

Per quanto riguarda la stima della prevalenza dei sintomi depressivi, il dato per la popolazione ticinese si attesta al 9.4%, IC 95% 7.7-11.1. Come per il disagio psicologico, anche i sintomi depressivi stimati a livello cantonale indicano una differenza statisticamente significativa ($p < 0.001$) rispetto alla media rilevata a livello nazionale (6.2%, IC 95% 5.8-6.6). Inoltre, in Ticino, le donne (11.7%, IC 95% 9.2-14.2) evidenziano una prevalenza sti-

Dettaglio delle variabili PHQ-9 in Ticino nel 2012

Fonte: ISS 2012; Elaborazione: SPVS

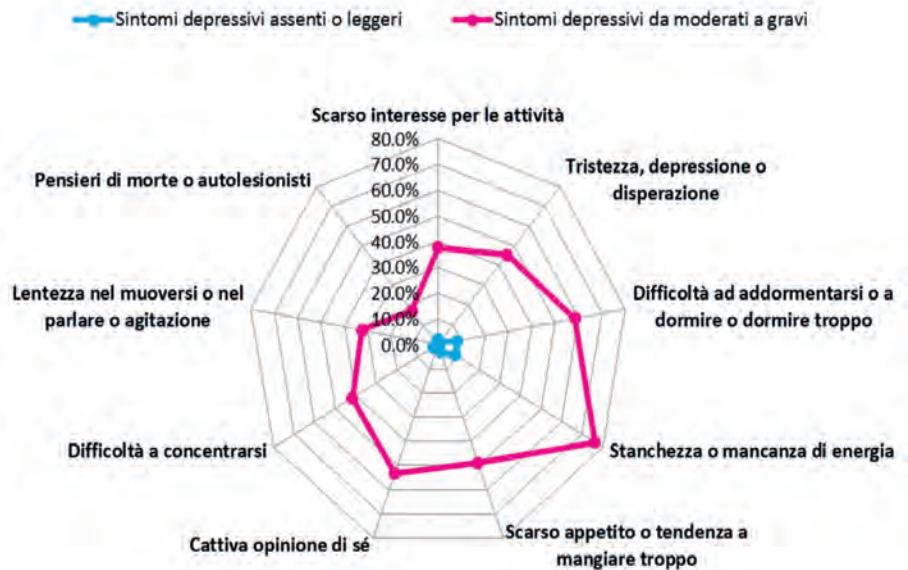


Fig. 1: Variabili componenti l'indice di sintomi depressivi Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Le percentuali sono riferite alla dimensione complessiva del gruppo di appartenenza (Gruppo con sintomi depressivi da assenti a leggeri: n=1079; Gruppo con sintomi depressivi da moderati a gravi: n=106).

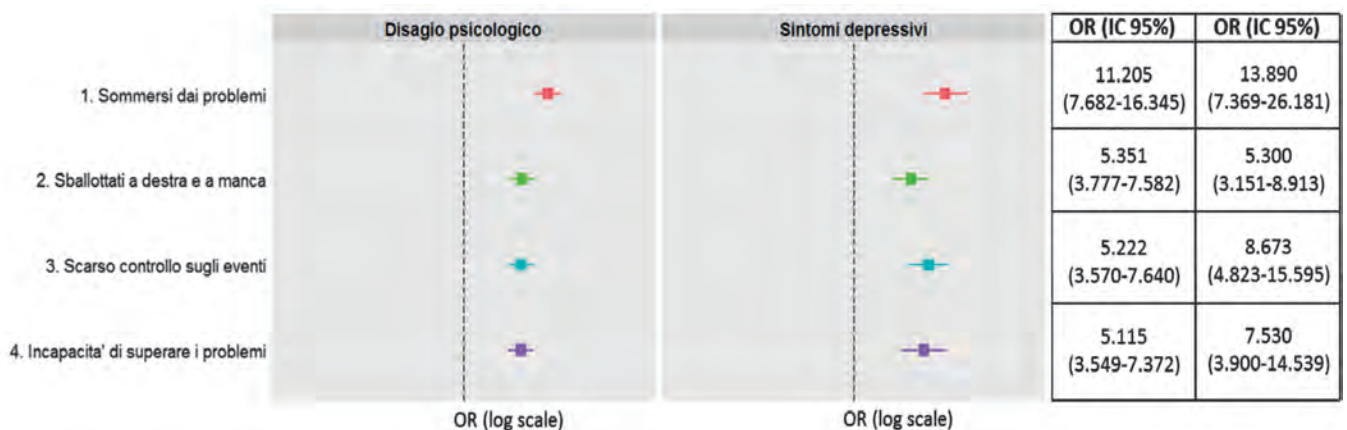


Fig. 2: Grado di associazione tra i fattori relativi alla visione della vita e le variabili disagio psicologico (box di sinistra) e sintomi depressivi (box di destra). Gli Odds Ratio (OR), espressi in scala logaritmica, sono rappresentati dai quadrati colorati e gli intervalli di confidenza (95%) dalle linee sui quadrati. La linea tratteggiata verticale indica il limite di un'associazione non significativa (OR=1). Nella tabella a destra, sono riportati gli OR assoluti per i due gruppi.

² I livelli considerati per ogni items componente il PHQ-9 vanno da "per più della metà del tempo" a "quasi ogni giorno".

mata dei sintomi depressivi significativamente superiore ($p=0.019$) rispetto agli uomini (6.9%, IC 95% 4.8-9.0).

In particolare, confrontando le nove variabili componenti il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) del gruppo

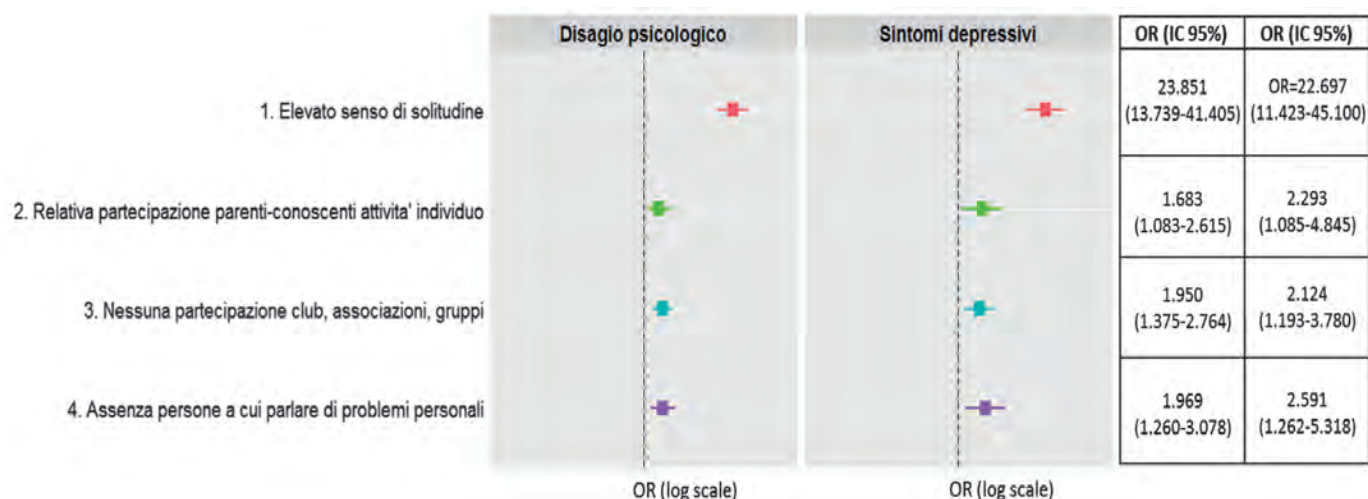


Fig. 3: Grado di associazione tra i fattori relativi alla dimensione sociale e le variabili disagio psicologico (box di sinistra) e sintomi depressivi (box di destra).

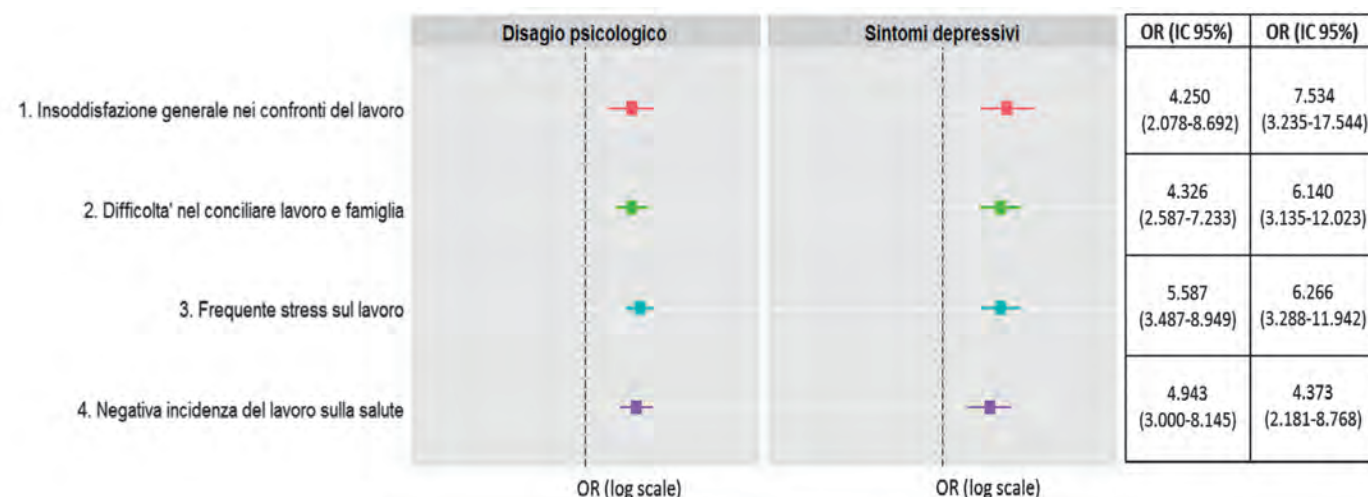


Fig. 4: Grado di associazione tra i fattori relativi alla dimensione lavorativa e le variabili disagio psicologico (box di sinistra) e sintomi depressivi (box di destra).

con sintomi depressivi assenti o leggeri rispetto a quello con sintomi depressivi da moderati a gravi² (Figura 1), si può rilevare come, nel secondo gruppo, le prevalenze più importanti sono rappresentate da una ricorrente sensazione di stanchezza o mancanza di energia (76.2%, IC 95% 68.1-84.3) e da disturbi del sonno (58.7%, IC 95% 49.3-68.1]. La prevalenza meno importante è rappresentata da pensieri di morte e/o di autolesionismo.

Fattori di rischio

Per determinare la rilevanza di alcuni possibili fattori di rischio, si è misurata l'associazione del disagio mentale (MHI-5) e dei sintomi depressivi (PHQ-9) rispetto a una serie di variabili che concernono sia la dimensione interiore (visione della vita) che quella esterna (dimensione sociale e lavorativa). Nell'ambito della **visione della vita** (Figura 2), sia per il disagio mentale che per i sintomi depressivi, si rileva una forte associazione con

una marcata sensazione di essere sommersi dai problemi, seguono l' "essere sbalottati a destra e a manca", la percezione di avere uno scarso controllo sugli eventi e l'incapacità di superare i problemi.

Per quanto riguarda la **dimensione sociale** (Figura 3), la variabile che presenta la più elevata associazione, sia per il disagio mentale che per i disturbi depressivi, è il frequente senso di solitudine. Altri fattori assumono la connotazione di fattori di ri-

Confronto sintomi vs. malattia vs. trattamento medico, in Ticino nel 2012

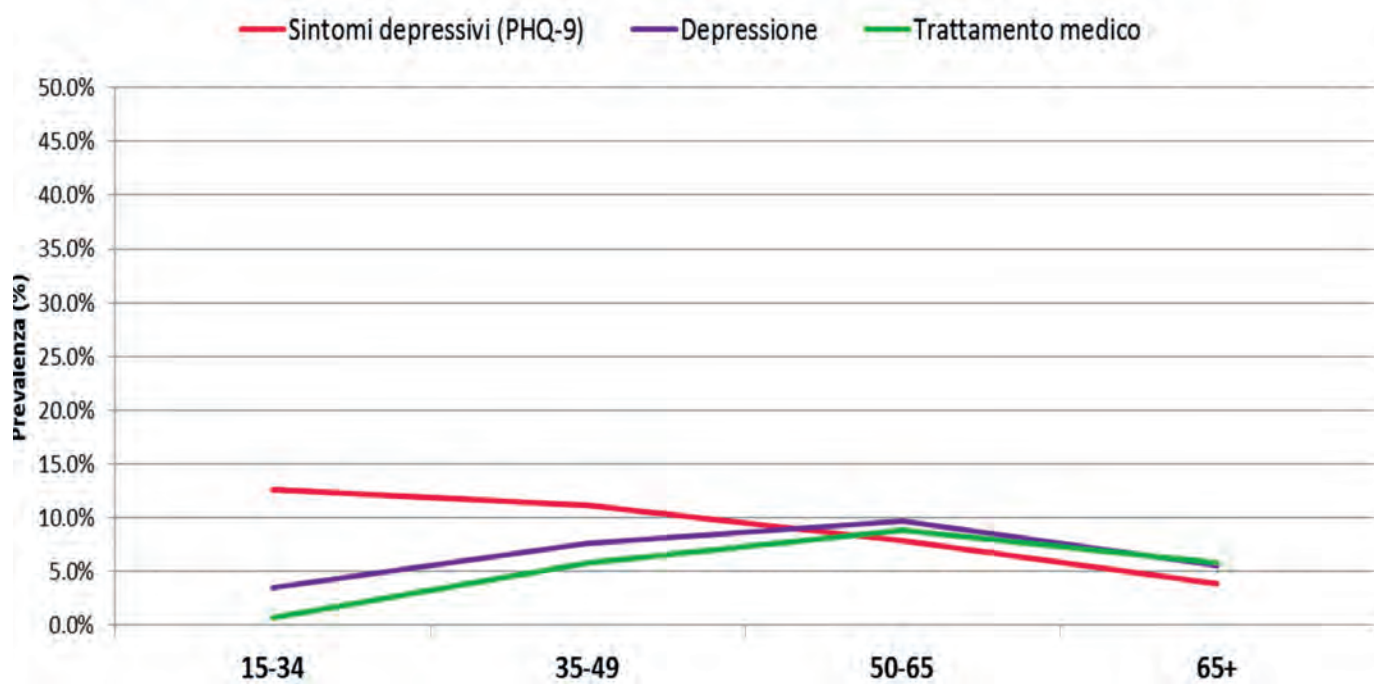


Fig. 5: Tendenza delle prevalenze per stima dei sintomi depressivi, sofferenza per depressione (ultimi 12 mesi) e trattamento medico per depressione (attuale o ultimi 12 mesi) nella popolazione ticinese divisa per fascia d'età (rispettivamente per i tre quesiti: n totale=1185; n totale=1280; n totale=1547).

schio quali la modesta partecipazione di parenti e/o conoscenti alle attività della persona, la non partecipazione a club, associazioni e/o gruppi, l'assenza di persone a cui parlare di problemi personali.

Come già anticipato, anche il lavoro ha un forte impatto sulla salute mentale (Figura 4). Le variabili appartenenti alla **dimensione lavorativa** che mostrano le più elevate associazioni (fattori di rischio) sono: una marcata insoddisfazione nei confronti del lavoro, una frequente difficoltà nel conciliare lavoro e famiglia, provare una continua condizione di stress sul lavoro, e avere la convinzione che il lavoro possa incidere soprattutto negativamente sulla salute.

Depressione e interazione con sistema sanitario

Per determinare se le differenze ri-

scontrate tra il dato ticinese e la media nazionale siano in relazione anche a fattori inerenti il sistema sanitario, si sono confrontati il dato cantonale e nazionale in relazione alle variabili: presenza di depressione³, trattamento medico per depressione e assunzione di farmaci contro la depressione. Sotto questo aspetto, le differenze tra Ticino e media svizzera risultano meno marcate.

Infatti, le persone che dichiarano di aver sofferto di depressione negli ultimi 12 mesi nel nostro cantone sono il 6.6% (IC 95% 5.3-7.9), dato praticamente analogo e non significativamente differente ($p=0.762$) rispetto alla media nazionale (6.4%, IC 95% 6.0-6.8). La stessa osservazione vale per le persone che dichiarano di essere attualmente o di essere state in trattamento negli ultimi 12 mesi per depressione: in Ticino il dato dichiara-

to è pari al 5.2% (IC 95% 4.0-6.4) mentre la media svizzera è pari al 4.2% (IC 95% 3.9-4.5), con una differenza non statisticamente significativa ($p=0.134$). Unica discrepanza significativa, ma modesta ($p=0.026$) è nell'assunzione di farmaci contro la depressione: negli ultimi 7 giorni, in Ticino, il 5.2% (IC 95% 4.1-6.3) della popolazione ha dichiarato di assumere farmaci contro la depressione. La media nazionale si attesta invece al 3.7% (IC 95% 3.4-4.0).

È interessante, infine, confrontare gli andamenti per fascia d'età (≥ 15 anni) delle prevalenze dei sintomi de-

³ La domanda ISS a cui questa variabile corrisponde è "Ha avuto tale malattia negli ultimi 12 mesi?". Non viene esplicitamente chiesto all'intervistato se ha ricevuto una diagnosi di depressione, quindi il dato deve essere interpretato con cautela.

pressivi da moderati a gravi (PHQ-9) rispetto alle persone che dichiarano di soffrire di depressione e rispetto alle persone che dichiarano di essere attualmente, o lo sono state, in trattamento per depressione negli ultimi 12 mesi (**Figura 5**).

Tra i 15 e i 34 anni sembra esistere un divario importante tra la stima dei sintomi depressivi e la malattia dichiarata, mentre quest'ultima pare congruente con la prevalenza di trattamento medico. Dai 50 anni in poi, i sintomi depressivi stimati, la malattia dichiarata e il trattamento medico specifico sembrano seguire un andamento omogeneo e comparabile.

Discussione

In sintesi, in Ticino i dati dell'ISS 2012 indicano che il 9.4% della popolazione adulta segnala dei sintomi depressivi mentre il 6.6% dichiara di aver sofferto di depressione negli ultimi 12 mesi e il 5.2% di essere attualmente o di essere stato in trattamento negli ultimi 12 mesi. La prevalenza dei sintomi depressivi nella popolazione ticinese risulta più elevata rispetto alla popolazione svizzera. La prevalenza di depressione e di trattamento a livello cantonale, invece, è comparabile con il dato nazionale e l'assunzione di farmaci contro la depressione risulta – anche se moderatamente – più frequente in Ticino.

La depressione è un disturbo complesso che può insorgere in entrambi i sessi e a qualsiasi età. I dati mostrano che i sintomi più rilevanti nelle persone che dichiarano di soffrire di sintomi depressivi sono una frequente sensazione di stanchezza o mancanza di energia seguita da ricorrenti disturbi del sonno. Questo dato è in accordo con la letteratura ed evidenzia come la sofferenza psicologica investa globalmente la persona che, sovente, avverte il sintomo a livello fisico prima ancora che a livello psicologico. In particolare, la sensazione di stanchezza richiede una riflessione. Non esiste un

metodo obiettivo in grado di misurare il livello e la qualità della stanchezza. La sua valutazione si basa sulla percezione che la persona ha del proprio vissuto ed è quindi importante considerare il contesto in cui insorge. A differenza della stanchezza "normale" che si risolve con il riposo o il sonno – definita fisiologica – la stanchezza che si protrae nel tempo e condiziona la persona nel suo comportamento abituale è un segnale che deve attirare l'attenzione. Oltre a numerose malattie organiche e/o trattamenti farmacologici, il senso di stanchezza può, per esempio, essere indotto da uno stato di burnout. In questo caso, la persona prova una difficoltà sempre maggiore nel lasciare in sospeso le proprie attività, e l'esaurimento rilevabile è conseguenza del suo crescente impegno più che della sua insoddisfazione verso il lavoro. Nel caso della depressione, può manifestarsi associata ad altri segnali quali un umore triste, una diminuita capacità di concentrazione e una riduzione della mimica e della gestualità. Nei pazienti depressi, spesso, il sonno non allevia questa sensazione e, anzi, risulta agitato, frequentemente interrotto e con risvegli precoci. Chiaramente, la stanchezza prolungata non è una condizione sufficiente per definire uno stato depressivo e spesso è difficile distinguerla da quella ad esso realmente correlata. Per questo potrebbe risultare utile porre alla persona la seguente domanda: "Cosa farebbe se non fosse così stanco/a?". A differenza della persona stanca per motivi organici o contestuali, la persona depressa non riesce, in molti casi, a ipotizzare dei possibili progetti.

Un altro aspetto da considerare, nell'ambito della salute mentale, è la difficoltà nel tracciare una netta distinzione nell'impatto positivo oppure negativo che vari fattori assumono a livello della persona perché soggettivamente essi possono avere un peso e una valenza differenti. Al variare delle risorse personali o ambientali, uno

stesso fattore può agire in modo opposto. Un esempio è rappresentato dal senso di controllo sulla propria vita: in generale, chi attribuisce gli eventi della propria vita a qualche forma di controllo interiore (ad esempio, la volontà, la costanza) è portato più facilmente a pensare che il proprio comportamento abbia un impatto rilevante su ciò che accade; al contrario, chi ha la tendenza ad attribuire agli eventi un controllo esterno, tende più frequentemente a pensare che siano le influenze esterne (ad esempio, il destino, la sorte, il comportamento altrui) a condizionare la propria vita. In Svizzera, circa 1 persona su 5 ritiene di avere un basso grado di controllo interiore sulla propria vita. Per queste persone la prevalenza di problemi psicologici di livello importante è del 13.8% rispetto all'1.1% delle persone che dichiarano, invece, un sentimento di forte controllo interiore. Dai dati presentati, emerge che in Ticino le variabili più rilevanti associate al disagio psicologico e ai sintomi depressivi sono: il senso di solitudine, il sentirsi sommersi dai problemi, la sensazione di scarso controllo sugli eventi, l'insoddisfazione e lo stress nei confronti del lavoro; dimensioni queste che possono essere agevolmente esplorate nell'ambito della consultazione medica.

Come già discusso, la depressione colpisce in maniera globale la persona e questa analisi conferma come la percezione che le persone con sintomi depressivi hanno del proprio stato di salute interessa non solo la dimensione psicologica, ma anche quella somatica, influenzando altresì la visione della vita, le relazioni, le sensazioni. Per questo motivo, di fronte a un paziente con disagio psicologico o sintomi depressivi, il medico deve attingere alla propria esperienza ed empatia, cogliere ed interpretare anche il linguaggio non verbale affinché i sintomi fisici riportati dal paziente possano rappresentare utili segnali di allerta per un precoce depistaggio della depressione.

In Ticino nel 2012 circa 9 persone adulte su 100 segnalano sintomi depressivi, quasi 7 persone su 100 dichiarano di aver sofferto di depressione e 5 su 100 sono o sono state in trattamento per depressione.

I sintomi più rilevanti nelle persone con sintomi depressivi sono la sensazione di stanchezza o mancanza di energia e i ricorrenti disturbi del sonno; la domanda "cosa farebbe se non fosse così stanco/a?" può aiutare il medico nel distinguere l'origine della stanchezza espressa dal paziente.

Il senso di solitudine, la sensazione di scarso controllo sulla propria vita, l'insoddisfazione e lo stress in ambito professionale possono indicare un disagio psicologico e dei sintomi depressivi.

Il linguaggio non verbale rilevato dal medico associato ai sintomi fisici e al contesto psicosociale descritti dal paziente possono essere utili per evidenziare un stato di disagio e/o depistare precocemente una depressione.

Ottavio Beretta, Collaboratore scientifico
Dr. med. Martine Bouvier Gallacchi
Ufficio del medico cantonale,
servizio di promozione e
di valutazione sanitaria
6500 Bellinzona

Bibliografia a richiesta

ottavio.beretta@ti.ch