

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA

TESI DI LAUREA

IMPRESA FARMACIA: INDAGINE SUL RUOLO DEL SERVIZIO DELLO  
PSICOLOGO IN FARMACIA COME SERVIZIO DI PROSSIMITA'

Relatore: Chiar.mo Prof. Nicola Gaddi

Laureanda: Nicole Orsingher

Matricola: 1192821

Anno accademico 2023-2024



# INDICE:

---

INTRODUZIONE .....	4
1 APPROFONDIMENTO DEI DISTURBI MENTALI. CURE E TRATTAMENTI .....	5
1.1 DEFINIZIONE DI DISTURBO MENTALE .....	5
1.2 DIAGNOSI .....	7
1.3 DISTURBI DELL'UMORE, LA DEPRESSIONE .....	12
1.4 IPOTESI EZIOLOGICHE PSICOLOGICHE .....	14
1.5 IPOTESI NEUROBIOLOGICHE .....	16
1.6 FATTORI GENETICI.....	21
1.7 FATTORI EPIGENETICI.....	22
1.8 PSICOPATOLOGIA.....	22
1.9 QUADRI CLINICI .....	24
1.10 TRATTAMENTO .....	31
1.11 ANTIDEPRESSIVI TIPICI O DI PRIMA GENERAZIONE .....	32
1.12 ANTIDEPRESSIVI ATIPICI DI SECONDA GENERAZIONE .....	36
1.13 DISTURBI D'ANSIA E DISTURBI DA TRAUMA E DA STRESS .....	42
1.14 PATOGENESI.....	43
1.15 CRITERI DIAGNOSTICI E MANIFESTAZIONI CLINICHE .....	44
1.16 TRATTAMENTO .....	46
1.17 MEDICINA PSICOSOMATICA.....	50
1.18 DISTURBI PSICHIATRICI IN CORSO DI PATOLOGIE MEDICHE .....	52
2 RICERCA QUALITATIVA CON INTERVISTE AD OPINION LEADER.....	54
3 APPROFONDIMENTO RAPPORTI OSMED .....	57
3.1 CONSUMO PER CLASSE TERAPEUTICA.....	58
3.2 PRIME VENTI CATEGORIE TERAPEUTICHE DI CLASSE C.....	64
3.3 ANDAMENTO BENZODIAZEPINE .....	71
3.4 ANDAMENTO FARMACI ANTIDEPRESSIVI .....	78
3.5 ANTIDEPRESSIVI, ANDAMENTO TEMPORALE 2018-2022 DEL CONSUMO TERRITORIALE IN RELAZIONE AL COSTO MEDIO DDD.....	84
3.6 ADERENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO .....	85
3.7 APPROFONDIMENTO "DURANTE LA PANDEMIA COVID-19" .....	94
3.8 CONCLUSIONI.....	97
4 RICERCA DI MERCATO QUANTITATIVA .....	99
4.1 ANALISI DATI A TOTALE RICERCA .....	99

4.2	INCROCI STATISTICI .....	131
4.3	ANALISI MULTIVARIATE .....	160
4.4	SINTESI DELLE EVIDENZE EMERSE NELLA RICERCA QUANTATIVA .....	170
5	CONCLUSIONI E INDIRIZZI STRATEGICI GENERALI .....	172
6	BIBLIOGRAFIA.....	178
7	APPENDICE .....	187
7.1	APPROFONDIMENTO INTERVISTE.....	187
7.2	DETTAGLI METODOLOGICI DELLA RICERCA DI MERCATO QUANTITATIVA.....	203

# INTRODUZIONE

---

La pandemia da Covid-19, con le relative misure di contenimento (distanziamento fisico, lockdown, isolamento domiciliare etc.), hanno portato ad evidenti ripercussioni sulla salute mentale della popolazione a livello globale. Lo scopo fondamentale della tesi è compiere un approfondimento di questi temi focalizzandosi sull'importanza che il Covid 19 ha avuto nel mettere in luce problematiche, come quelle della salute mentale, fino a quel momento sottovalutate.

Si procederà, quindi, con un approfondimento dal punto di vista scientifico dei disturbi mentali quali ansia, stress e depressione e, in aggiunta, verranno forniti i trattamenti attualmente disponibili per la cura o la mitigazione dei sintomi degli stessi.

Verranno quindi analizzati i dati di vendita dei rispettivi farmaci ansiolitici e antidepressivi mediante i rapporti OsMed, considerando il quinquennio 2018-2022. A supporto dei dati oggettivi si fornisce la sezione dedicata alla ricerca qualitativa compiuta mediante interviste ad esperti del settore.

Si procederà con l'analisi dettagliata relativa alla ricerca quantitativa di mercato eseguita coinvolgendo 1.555 partecipanti.

Infine, dalle analisi compiute precedentemente, verrà indicata una conclusione strategica adottabile seguendo i risultati ottenuti.

# 1 APPROFONDIMENTO DEI DISTURBI MENTALI. CURE E TRATTAMENTI

---

In questa prima sezione si procederà alla descrizione delle singole malattie in termini microscopici e macroscopici. Si definiranno i sintomi, o insieme di sintomi che caratterizzano la patologie con le eventuali diagnosi da compiere nel caso fossero presenti. Saranno poi descritti i possibili trattamenti attualmente disponibili per la cura (o eventuale mitigazione dei sintomi). Sarà necessario descrivere le classi farmacologiche attualmente in uso con i relativi approfondimenti: meccanismo d'azione, valutazione degli effetti collaterali e rapporto rischio beneficio.

## 1.1 DEFINIZIONE DI DISTURBO MENTALE

L'ultima edizione del DSM-V (Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali) chiarisce la definizione di disturbo mentale:

*“Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da disturbi clinicamente significativi della cognitività, della regolazione emotiva e del comportamento individuale tali da riflettere una disfunzione nei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono di solito associati con un grado significativo di sofferenza soggettiva o di disabilità sociale, lavorativa o in altre aree di funzionamento.”<sup>1</sup>*

Dare una definizione oggettiva di disturbo mentale è complesso per due ragioni principali. In primo luogo, il grado di sofferenza di un individuo è fortemente soggettivo e la letteratura scientifica non sempre fornisce spiegazioni sui meccanismi neurofisiologici che ne stanno alla base. Inoltre, la stessa sofferenza è un parametro “debole” a cui affidarsi per dare una definizione chiara del disturbo. Non tutti i disturbi infatti sono caratterizzati da questa tipologia di sensazione, e in taluni casi, si verifica l'esatto opposto, ovvero una sensazione di piacere.

Un altro criterio di morbilità che manifesta diversi limiti è la devianza statistica, la quale non considera la possibilità che una certa condizione mentale, statisticamente rara, sia un pregio e non un difetto.

Tra i disturbi psichiatrici maggiormente riscontrati nella realtà di tutti i giorni ritroviamo l'ansia e la depressione.

---

<sup>1</sup> Niolu et al., *Manuale di psichiatria / coordinatore Alberto Siracusano ; curatori.*

### 1.1.1 Ansia

L'ansia è definita come un'emozione (intesa come complessa manifestazione psicosomatica) di carattere difensivo. Essa viene sperimentata da ogni essere umano, in condizioni fisiologiche, di fronte a situazioni che si presentano come un pericolo oggettivo per l'individuo.

Esistono diverse tipologie di disturbi d'ansia: disturbo d'ansia patologica (la quale si manifesta nel momento in cui la reazione ansiosa è caratterizzata da incomprensibile reattività, polarizzazione dell'attenzione sulla preoccupazione per sé stessi e una compromissione delle performance del soggetto), disturbo d'ansia da panico, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e il disturbo d'ansia secondaria.

### 1.1.2 Umore depresso

Nella depressione il tono dell'umore è inteso come un insieme emozionale che include fenomeni di affetto, di emozione, di sentimento, di temperamento e di carattere ed è formato da una prevalenza di sentimenti che si rifanno alla tristezza, all'infelicità, alla malinconia, al dolore, al pessimismo, alla colpa e al senso di avvilitamento, di solito accompagnati da un'inibizione e rallentamento di tutta la vita psichica.

L'umore depresso può comportare modificazioni comportamentali, mimiche, gestuali, motorie e neurovegetative, le quali sono a loro volta influenzate da disturbi del sonno, sintomi cognitivi come deficit dell'attenzione e della concentrazione, difficoltà nell'apprendimento e nello stato di memoria.

Se la disperazione assume un carattere predominante, si possono raggiungere stati di delirio o idea di suicidio.

## 1.2 DIAGNOSI

In ambito psichiatrico raramente si prescrivono singoli test di laboratorio o diagnostici; normalmente sono compiuti dei test a “batterie” costituiti, a loro volta, da test multipli. Non sono ancora disponibili delle linee guida che permettono di definire quali esami effettuare di routine a tutti i nuovi pazienti ricoverati; ad ogni modo, ciò che è consigliato è quello di eseguire, nei pazienti senza evidenti sintomi di malattia somatica, una valutazione di laboratorio breve e selettiva, focalizzandosi esclusivamente sul giudizio clinico.

Si elencano, di seguito, le principali analisi di laboratorio, neurofisiologiche, genetiche e psicologiche.

### 1.2.1 Indagini di laboratorio

#### *Esame emocromocitometrico completo*

In primo luogo, viene ad essere analizzato un campione di sangue per la determinazione del numero di eritrociti, del valore ematocrito, della concentrazione emoglobinica, del volume corpuscolare medio, dell'emoglobina corpuscolare media, del numero di globuli bianchi e della formula leucocitaria.

La conta dei globuli rossi, il valore dell'emoglobina ed ematocrito sono fondamentali nella valutazione di policitemia e anemia, le quali possono essere causa dell'interferenza di alcuni farmaci psicotropi sull'ematopoiesi. La conta dei globuli bianchi e della formula leucocitaria sono rilevanti nell'evidenziare la presenza di malattie infettive che spesso vanno a complicare il decorso di alcune condizioni psichiatriche.

#### *Test di funzionalità epatica*

Il test di funzionalità epatica permette di analizzare diversi biomarcatori che possono indicare particolari aspetti patologici. Nei reparti psichiatrici si osservano frequentemente condizioni caratterizzate da elevati valori di transaminasi glutammico piruvica, principalmente causate da steatosi epatica indotta da alcolismo, abuso di sostanze o tossicità causata da un prolungato trattamento polifarmacologico.



## *Test genetici*

I test genetici non sono esami di routine nella valutazione clinica del paziente con disturbi psichiatrici, ma assumono un ruolo rilevante dato che la ricerca scientifica si sta focalizzando sempre di più sull'identificazione delle basi biologiche nelle malattie psichiche e la scoperta di eventuali fenotipi correlati ai sistemi neurotrasmettitoriali.

Le varianti genetiche, individuate mediante tecniche di microarray<sup>2</sup> e con enzimi di restrizione<sup>3</sup>, vengono studiate in soggetti sani e malati valutando una possibile correlazione rispetto alla suscettibilità stessa del disturbo psichiatrico.

In aggiunta a queste analisi appena citate, assumono un ruolo altrettanto fondamentale indagini come:

- Test di coagulazione, il quale permette di monitorare l'attività protrombinica in maniera tale da individuare possibili e frequenti interazioni farmacologiche tra le classi di farmaci cumarolici e psicotropi;
- Valutazione metabolica, con controllo di glicemia, colesterolo totale, trigliceridi e uricemia;
- Test immunologici;
- Test di funzionalità tiroidea, che permette di identificare le interconnessioni tra la funzionalità tiroidea e malattie psichiche. Molto spesso, infatti, numerosi sintomi psichiatrici sono connessi ad alterazioni tiroidee come ipotiroidismo e ipertiroidismo (quest'ultimo si esprime principalmente nella forma di depressione maggiore).

---

<sup>2</sup> Microarray di DNA: "I microarray sfruttano una tecnica di ibridazione inversa, che consiste nel fissare tutti i segmenti di DNA (detti probe) su un supporto e nel marcare invece l'acido nucleico che vogliamo identificare (detto target)." Fonte: Wikipedia, «Microarray di DNA.»

<sup>3</sup> Enzimi di restrizione: "Endonucleasi che riconosce una specifica sequenza di DNA e produce due tagli, uno in ciascun filamento, generando delle estremità 3'OH e 5' P." Fonte: Stefania Azzolini, «Enzimi di restrizione.»

### 1.2.2 Indagini neurofisiologiche

Tra le indagini neurofisiologiche maggiormente impiegate vi è l'elettroencefalografia, metodo diagnostico che sfrutta l'elettroencefalogramma<sup>4</sup> per caratterizzare gravi affezioni cerebrali organiche come anomalie metaboliche, infezioni del sistema nervoso centrale, demenze etc.

In particolare, i disturbi d'ansia sono caratterizzati da diverse anomalie del EEG. Molteplici analisi quantitative hanno infatti individuato una ridotta attività delle onde alfa, tipiche dello stato di veglia ad occhi chiusi e degli istanti precedenti all'addormentamento.

### 1.2.3 Indagini psicologiche: il colloquio psichiatrico

Il fine ultimo delle indagini psicologiche di tipo psicometrico o oggettivo è quello di ricavare informazioni sistematiche, obiettive e condivisibili su aspetti psicologici e psicopatologici evidenti per la ricerca clinica.

In medicina generale, il rapporto medico-paziente ha subito nel corso dei decenni diversi cambiamenti che hanno portato ad una rivoluzione dello stesso. Si è passati da una relazione di tipo gerarchico, in cui il medico imponeva le proprie scelte terapeutiche, ad un rapporto di collaborazione in cui il medico ed il paziente si trovano sullo stesso livello.

Si è partiti da una visione del paziente come figura passiva e si è arrivati ad un ruolo più attivo dello stesso. Questo permette al paziente di esprimere la sua adesione informata al trattamento, cosicché sia consapevole e compliant.

Secondo la letteratura moderna, il colloquio psichiatrico è uno dei principali strumenti semeiotici che permette di conoscere e valutare lo stato psichico corrente e precedente all'incontro.

Il colloquio psichiatrico, per definizione, stabilisce una diagnosi psichiatrica del malato. Il medico deve avere le competenze tali per cui il paziente si senta a proprio agio, utilizzando un linguaggio accessibile e senza tecnicismi. La durata del colloquio può andare da un minimo di trenta minuti ad un massimo di novanta minuti, a seconda del contesto o della disponibilità dimostrata dal paziente.

---

<sup>4</sup> Elettroencefalogramma: "L'elettroencefalogramma è la registrazione dell'attività elettrica dell'encefalo". Fonte: Wikipedia, «Elettroencefalogramma».

L'indagine psicologica comprende fundamentalmente tre fasi:

1. Il primo colloquio consiste nella presentazione di entrambe le figure e ha lo scopo di indagare i sintomi o quali "life stress events" hanno contribuito allo scatenamento di tale evento. Fondamentale, in questa prima parte, è il pieno coinvolgimento del paziente e della rete familiare. Se necessario si può valutare la prescrizione di un farmaco.
2. Nella fase intermedia sono discussi in dettaglio i sintomi e le problematiche connesse al disturbo. È fondamentale ricostruire adeguatamente la storia del paziente, sempre facendo riferimento al completo coinvolgimento del malato, ed eventualmente anche della sfera familiare.  
Se nella fase precedente è stato prescritto un farmaco, è possibile procedere con una modifica della posologia dopo aver valutato la risposta al trattamento (considerando quindi, tollerabilità, effetti collaterali, percezione soggettiva e aderenza al trattamento).
3. Nella terza fase il medico, dopo aver ottenuto tutte le informazioni, offre al paziente la possibilità di compiere domande e si affrontano le difficoltà incontrate fino al completo consolidamento del rapporto tra medico e paziente.

Il compimento dell'anamnesi deve avvenire in maniera accurata e veritiera, molto spesso confrontando le informazioni fornite dal paziente con quelle fornite dalla famiglia. Per quanto riguarda l'ambito familiare, è fondamentale comprendere tutte le informazioni riguardanti le condizioni di salute, di occupazione, lo stato civile, l'età e i comportamenti di genitori, fratelli o sorelle.

Nel colloquio psichiatrico è necessario considerare sia l'anamnesi patologica che fisiologica in quanto tutte le patologie organiche possono comportare sintomi psichiatrici, e viceversa. Questo perché sono molti i fattori di rischio da tenere in considerazione nello sviluppo di disturbi psichici.

L'anamnesi personale fisiologica comprende informazioni riguardanti:

- Nascita;
- Tipo di parto;
- Tipo di allattamento;
- Sviluppo psicomotorio (a che età ha cominciato a parlare o a camminare);
- Andamento scolastico, livelli di studio, rapporti con i compagni di classe;
- Attività lavorativa (tipo di lavoro svolto, rendimento);
- Per le pazienti femmine si riportano informazioni sull'epoca del menarca ed eventuale comparsa della menopausa;
- Abitudini alimentari;

- Uso di tabacco;
- Abuso di sostanze (alcool, sostanze oppioidi etc.);
- Utilizzo di farmaci.

Inoltre, è fondamentale rintracciare informazioni su malattie intrinseche, traumi, interventi chirurgici (anamnesi patologica remota e prossima). Allo stesso modo, è necessario esaminare precedenti episodi psichici.

L'atteggiamento del paziente nei confronti della situazione e del medico è il punto focale del colloquio. Si può incontrare un atteggiamento ostile, reticente, arrogante o contrastante nei confronti della situazione, soprattutto nella prima fase del colloquio.

Anche l'aspetto esteriore, inteso come cura della persona, è un elemento sostanzioso ai fini della valutazione psicopatologica. Il paziente può essere: curato o trascurato, adeguato alla circostanza o alla stagione, vestito in modo estroso o bizzarro. Il trucco nelle donne può risultare appariscente o l'abbigliamento provocante piuttosto che trascurato.

Anche il linguaggio, inteso come qualità, velocità di espressione e spontaneità, è fondamentale. Il linguaggio può essere fluido e spontaneo piuttosto che logorroico e rallentato. Una parlata rallentata e monotona, con tono di voce basso si riscontra molto spesso in pazienti affetti da umore depresso.

La letteratura ha definito alcune peculiarità tipiche di un colloquio con un paziente affetto da depressione maggiore: il paziente è vigile, lucido e orientato nelle variabili di spazio e tempo. Il soggetto accede al colloquio in maniera disponibile, curato nell'igiene e nell'abbigliamento della persona. La mimica si impronta sulla tristezza e sul timore. Lo sguardo è molto spesso rivolto verso il basso. Durante il colloquio si percepiscono i movimenti rallentati e scarsa gestualità. Infine, il paziente racconta molto spesso che è andato incontro ad una diminuzione dell'interesse nelle attività quotidiane, ad una mancanza di appetito, non associata a sensi di colpa, e ad un conseguente calo di peso ponderale.

Molto spesso, durante il colloquio, sono utilizzate delle interviste standardizzate con lo scopo di dare un giudizio oggettivo alla condizione. Tra le più importanti interviste si cita la Scala Hamilton.

### *Scala Hamilton*

La scala della depressione di Hamilton (Hamilton Depression, Rating Scale, Ham-D) è stata per la prima volta definita da M. Hamilton nel 1960 e consiste in un metodo quantitativo per valutare la gravità, le condizioni del paziente e le modificazioni di tali condizioni.

Lo scopo di questa scala è quello di valutare, in merito alla settimana che precede il colloquio stesso, 14 aree sintomatiche con un punteggio che va da 0 a 4 (dove 0= "assente" e 4= "molto grave"). I livelli di gravità sono nella maggior parte dei casi ben definiti.

Tale metodologia è utilizzata per valutare modificazioni della sintomatologia durante la cura, mettendo a confronto la risposta pre e post-trattamento.

L'andamento clinico di un episodio depressivo e le diverse risposte alle terapie si avvalgono, quindi, della scala Hamilton e si basano fundamentalmente sulla riduzione dei sintomi attraverso la variazione dei punteggi ottenuti:

- Risposta: per risposta si intende la riduzione del 50,0 % del punteggio della scala HAM-D rispetto al baseline;
- Remissione: per remissione si intende la riduzione del punteggio della HAM-D ad un valore uguale o inferiore a 7;
- Ricaduta: si verifica durante il periodo acuto o di continuazione del trattamento;
- Ricorrenza: corrisponde al periodo durante il trattamento di mantenimento (oltre i 12 mesi);
- Guarigione: per guarigione si intende una remissione che oltrepassa, in termini di durata, i 9/12 mesi.

## 1.3 DISTURBI DELL'UMORE, LA DEPRESSIONE

### 1.3.1 Definizione

*La depressione come fenomeno appare di non facile definizione, in quanto legato al concetto di umore, inteso come dimensione complessa della vita psichica dell'uomo nella quale confluiscono aspetti emozionali, affettivo/sentimentali, cognitivi, temporali, motivazionali e motori (Siracusano, Vella 1994), che "colora di sé" tutta la vita dell'individuo<sup>5</sup>.*

C'è da considerare il fatto che il dolore, insieme alla tristezza, rappresentano uno dei nuclei fondamentali della depressione, mentre il lutto, inteso come processo psichico successivo ad una perdita, si differenzia da questa.

La depressione racchiude una serie di segni e sintomi che si presentano associati a diverse situazioni cliniche. Vi sono diversi fattori che possono influire sulla natura e sviluppo della depressione, i quali possono presentarsi singolarmente, oppure in concomitanza con altri.

---

<sup>5</sup> Niolu et al., *Manuale di psichiatria / coordinatore Alberto Siracusano ; curatori.*

### 1.3.2 Familiarità

Diversi studi definiscono che il rischio di malattia è più elevato nei familiari di pazienti depressi; il rischio è da 1,5 a 3 volte maggiore rispetto al comune.

### 1.3.3 Personalità premorbossa e temperamento

Molto spesso alla depressione sono connesse diverse manifestazioni della personalità, tra cui quella isterica, ossessiva e di dipendenza. La predisposizione all'umore depresso, connesso alla bassa autostima e continuo senso di insicurezza, è un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo della depressione, la quale tende a manifestarsi più semplicemente nei soggetti introversi che presentano tratti ansiosi.

### 1.3.4 Fattori di rischio psicosociale

La letteratura moderna conferma il fatto che esiste una stretta relazione tra depressione maggiore e stress psicosociale. Dal punto di vista epidemiologico esistono molteplici fattori di rischio che possono indurre disturbi di depressione maggiore come, ad esempio, la perdita di un genitore prima degli undici anni di età, anomalie nella relazione genitore-figlio, alterazioni nelle condizioni di lavoro o di salute etc.

A queste condizioni, sono sommati fattori legati ad una improvvisa interruzione di una relazione oppure la perdita di una persona cara.

### 1.3.5 Stress fisici

Sebbene gli stress fisici non sembrano essere in grado di scatenare ex novo la patologia, essi favoriscono l'insorgenza di sintomi in soggetti predisposti. Questo concetto viene confermato da studi sulla pseudodepressione indotta da farmaci che regredisce con l'interruzione del trattamento farmacologico.

## 1.4 IPOTESI EZIOLOGICHE PSICOLOGICHE

### 1.4.1 Teorie psicoanalitiche

La teoria psicoanalitica sulla genesi della melanconia di Freud "Lutto e Melanconia" (1915), afferma che questo sentimento è legato alla rabbia repressa introiettata, che si manifesta in seguito alla perdita precoce di un amore, la quale è diventata parte dell'io del soggetto. Freud contraddistingue il lutto dalla depressione. In particolare, il processo di lutto è legato alla perdita di un oggetto reale, mentre la depressione si manifesta nel momento in cui l'oggetto perso non è reale ma emozionale, e questo porterebbe, quindi, alla rabbia verso sé stessi. A questa prima teoria, Freud ne aggiunse un'altra correlata all'eccessiva rigidità e alla severità del Super-io (L'io e l'Es, 1922), la quale si manifesta in questa maniera come conseguenza dell'aggressività dimostrata nei confronti delle persone amate. La teoria psicoanalitica di Freud venne nel tempo ripresa e modificata da autori successivi, i quali confermarono diversi aspetti della personalità del soggetto, che lo renderebbero più danneggiabile e propenso alla depressione.

### 1.4.2 Teorie comportamentali

Le teorie comportamentali sull'eziologia della depressione nascono intorno gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso. L'elemento fondante su cui si organizzano è quello dell'apprendimento per condizionamento operante, principio secondo il quale i nostri comportamenti vengono "appresi" dall'ambiente circostante secondo un gioco di ponderazione tra rinforzi positivi e negativi (Forster, 1974).

Quindi, secondo questo principio, la depressione è definita come un comportamento che segue la perdita dell'autostima del soggetto. A sua volta, il comportamento del soggetto depresso, esercita un effetto negativo sul suo ambiente portando ad ulteriore aumento dell'effetto negativo.

### 1.4.3 Teoria Lerner Helplessness

Il modello di Learned Helplessness venne proposto da Martin Seligman negli anni Settanta (Seligman, 1972) e deriva da una serie di esperimenti compiuti su modelli animali, nei quali si provocava uno shock inevitabile e si osservava successivamente il risultato. L'esito di questo trauma provocava un deficit nell'area motivazionale, nell'area dell'apprendimento e nell'area emozionale.

Gli sperimentatori confermarono il fatto che questo sentimento, appreso dall'animale, era una risposta alla quale l'animale non poteva sfuggire, il quale diventava successivamente incontrollabile. Verso la fine degli anni Settanta, Seligman modificò la sua teoria, rendendola meno "comportamentale" e più "cognitiva", concludendo che

l'evento negativo non poteva provocare in maniera diretta depressione ma che poteva essere una conseguenza alla risposta comportamentale che veniva a generarsi nell'animale stesso.

#### 1.4.4 Teoria cognitiva

La teoria cognitiva della depressione è stata proposta da Aron. T. Beck e dal suo gruppo di lavoro dell'Università della Pennsylvania nei primi anni Sessanta.

Tale teoria si basa sul concetto che i pensieri di un soggetto implicano delle reazioni emozionali, ovvero, che ogni disturbo psichico assume un ruolo centrale attorno al quale si manifesta una componente emozionale della sintomatologia. Nella depressione è l'idea "non valgo nulla" a implicare un senso di tristezza e depressione, oppure l'idea "nulla può cambiare" a causare un'emozione di sfiducia nel futuro.

In questo caso, è possibile riassumere che la depressione viene considerata come una bassa autostima e un'autoaccusa nei confronti del soggetto stesso.

Di questa teoria è considerevole il fatto che ai pensieri del soggetto è legata l'ipotesi per cui il tutto si basa sull'idea del conoscere e processare l'informazione, ossia sull'ipotesi che l'adattamento della persona a questa situazione sia legata ad un'attribuzione di significato alla realtà, mediato dalla cognizione.

Anche in questo caso, tale teoria, nel corso degli anni venne modificata, in particolare, dagli stessi collaboratori di Beck.

#### 1.4.5 Teorie evoluzionistiche

Nelle teorie evoluzionistiche, la depressione e i suoi sintomi sono intesi come una reazione adattativa all'ambiente circostante (Mc. Guire, Troisi, 2003). La manifestazione di depressione del soggetto è interpretata come un segnale per il gruppo. Un risparmio di energie fisiche o psichiche ad una situazione difficile, ma comunque transitoria. Tutte le forme di depressione gravi o durature sono considerate dei fallimenti alla condizione di adattamento, che provocano di conseguenza un ritiro sociale, compromissione funzionale, perdita dell'interesse etc.



## 1.5 IPOTESI NEUROBIOLOGICHE

### 1.5.1 Ipotesi monoaminergica

La prima teoria elaborata negli anni Sessanta per dare una spiegazione alla depressione è stata l'ipotesi monoaminergica. Secondo questa ipotesi i disturbi dell'umore si manifestano in seguito ad un deficit neuroaminergico di serotonina, noradrenalina e dopamina.

A confermare tale teoria vi è stata l'osservazione della psicofarmacologia, dalla quale è possibile confermare che: farmaci come la reserpina, che determinano una deplezione di questi neurotrasmettitori, inducono depressione. È stato, inoltre, confermato l'effetto indotto dagli antidepressivi triciclici e IMAO, con i quali si è visto un incremento degli stessi neurotrasmettitori mediante il blocco delle pompe di trasporto del neurotrasmettitore (nel caso preciso degli antidepressivi triciclici) oppure mediante l'inibizione degli enzimi catabolici (nel caso preciso degli IMAO).

La letteratura moderna afferma che l'eziologia dei disturbi depressivi non coinvolga solo un'alterata regolazione di un singolo sistema di neurotrasmissione, ma che ne siano coinvolti molteplici e molto spesso correlati tra loro. Proprio per questo motivo, negli ultimi anni le ricerche si stanno concentrando anche su altri sistemi biologici in maniera tale da chiarire e vedere in dettaglio i fondamenti neurobiologici della depressione.

In particolare, è dimostrato che la noradrenalina gioca un ruolo fondamentale nella regolazione della conoscenza, della motivazione e della comprensione, le quali sono fondamentali per le relazioni sociali (Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Arch Gen Psychiatry. 1997).

Tutto questo a confermare che la depressione, associata ad una mancanza di noradrenalina, è ricollegata ad una ridotta capacità di concentrazione, minore motivazione, poca energia, disattenzione, poca cura di sé stessi e difficile comprensione.

La mancanza di serotonina è associata, invece, ad ansia, desideri suicidari e disturbi dell'appetito.

La mancanza di dopamina, infine, è associata soprattutto a mancanza di motivazione e spossatezza.

Sono descritti successivamente gli altri sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti.

### *Acetilcolina*

Nel secolo scorso venne definita la Teoria colinergica, secondo la quale la depressione e alcuni disturbi maniacali sono riconducibili ad un'iperattività del sistema colinergico rispetto a quello adrenergico. Questo porterebbe quindi ad una eccessiva stimolazione e attivazione dei recettori nicotinici.

Questi ultimi modulano il rilascio delle monoammine, del GABA e del glutammato comportando quindi un'alterazione a livello neurotrasmettitoriale.

Farmaci come la reserpina, propranololo, fisostigmina e neurolettici determinano nell'individuo un quadro depressivo; questo è stato il punto di partenza per l'osservazione farmacologica clinica del sistema colinergico. Dalle informazioni ottenute si è concluso che nella depressione il sistema colinergico emerge sul sistema adrenergico. In seguito, l'ipotesi acetilcolina-catecolamina nella depressione è stata sottoposta a numerose critiche, portando alla conclusione che l'attività acetilcolinica non è reciproca all'attività catecolaminica.

### *Acido gamma-ammino-butyrico (GABA)*

L'acido gamma-ammino-butyrico (GABA) è il principale neurotrasmettitore inibitorio, ampiamente diffuso nel cervello umano.

Gli studi condotti su tale neurotrasmettitore hanno permesso di dedurre che un'alterazione del sistema inibitorio gabaergico possa influenzare il sistema catecolaminico; è confermato che la stimolazione dei recettori GABA-B determini una diminuzione dell'influenza della proteina G sull'adenilato ciclasi con successivo aumento della risposta del secondo messaggero, cAMP, durante l'esposizione ad altri neurotrasmettitori quali l'adrenalina.

Inoltre, dai primi studi effettuati nel liquor cerebro spinale e nel plasma dei pazienti depressi si è osservato che vi erano livelli di GABA inferiori rispetto ai valori riscontrati negli individui sani (Honig et al., 1989). A sostenere tale ipotesi vi sono ulteriori risultati che evidenziano concentrazioni più basse di GABA negli individui sani con parenti di primo grado affetti da depressione, rispetto a soggetti sani che non presentano familiarità (Bjork et al., 2001).

### *Glutammato*

Altro neurotrasmettitore coinvolto è il glutammato, neurotrasmettitore eccitatorio che opera nella zona sia presinaptica che postsinaptica attraverso diverse tipologie di recettori, che si distinguono per la loro struttura.

Recenti studi hanno indagato sul ruolo del sistema glutammatergico nei disturbi dell'umore, ricavando che nei pazienti con depressione grave o ricorrente vi è un'attività anormale del sistema glutammatergico, il quale può comportare, a sua volta, un'alterazione della plasticità neuronale. Sono stati confermati livelli di glutammato anormali nel liquor cerebro spinale, nel plasma e nel tessuto cerebrale nei pazienti con disturbi dell'umore. Infine, è avanzata l'idea che mutazioni o polimorfismi a livello del gene che codifica per il recettore NMDA del glutammato, possano alterare la suscettibilità per la manifestazione di depressione.

### *Neuropeptidi*

I neuropeptidi sono coinvolti nel sistema monoaminergico in quanto svolgono precisi ruoli in attività come la memoria, il dolore, l'apprendimento, l'attività sessuale e la gestione dello stress.

Da osservazioni casuali è stato rilevato che un antagonista della sostanza P<sup>6</sup> poteva avere effetti antidepressivi, e successivamente, a supporto di questa teoria, si è compiuto un ulteriore studio, di tipo controllo-placebo condotto su pazienti depressi impiegando un antagonista specifico del recettore NK1 e si è dimostrato come questa sostanza abbia un'attività terapeutica nella depressione (Kramer et. la 1998). Dato che la sostanza P agisce sui recettori NK1, NK2 e NK3 si è rivolta l'attenzione alle possibili implicazioni di questi recettori nella fisiopatologia della depressione. Le ricerche successive hanno evidenziato una riduzione dei livelli plasmatici e liquorali di somatostatina e dei livelli liquorali di arginina-vasopressina nei soggetti depressi.

È possibile concludere che, probabilmente, l'aumento delle beta-endorfine è ricollegato ad una depressione secondaria.

### *Fattore neurotrofico BDNF*

Numerosi studi preclinici hanno confermato un coinvolgimento del fattore neurotrofico BDNF nella patogenesi delle depressione e soprattutto nei meccanismi d'azione dei farmaci antidepressivi (Molteni et al., 2009). L'infusione di BDNF nel cervello determina un effetto simil-antidepressivo in due modelli comportamentali di depressione, Lerner Helplessness e Forced Swimming test, concludendo così il coinvolgimento di tale sostanza nella sintomatologia depressiva. Il ruolo del BDNF nell'eziologia della depressione è stato confermato in un recente studio di metanalisi, e si è confermata la diminuzione della concentrazione di BDNF nel liquido plasmatico in presenza di depressione con un progressivo aumento nel caso in cui vengono utilizzati antidepressivi (Piccinni et al., 2008).

---

<sup>6</sup> Sostanza P: "La sostanza P è un potente vasodilatatore e provoca marcata ipotensione in molte specie animali e negli esseri umani." Fonte: Wikipedia, «Sostanza P.».

### *Trasduttori del segnale e secondi messaggeri*

È ampiamente dimostrato che la maggior parte dei recettori per la serotonina siano associati alla proteina G, la quale è collegata all'AMPC. A loro volta, le proteine chinasi AMPC-dipendenti sono in grado di fosforilare le proteine legante l'elemento di risposta all'AMPC, da cui dipende l'effetto dei farmaci antidepressivi sulla down e up regulation del recettore stesso. Da questi dati si è scoperto che la somministrazione continua di antidepressivi, determina un incremento della concentrazione plasmatica di AMPC e di protein chinasi AMPC dipendente.

### *Reti neuronali e neuroplasticità*

La neuroplasticità, intesa come la capacità delle cellule di acquisire informazioni dall'ambiente esterno e di processarle al fine di ottenere delle risposte adeguate, ha assunto un ruolo fondamentale in recenti studi. Si è visto come essa sia in grado di modificare l'attività delle reti neuronali nella fisiopatologia della depressione. Molti studi condotti a riguardo, affermano che la depressione potrebbe essere dovuta da un'alterazione morfo-funzionale delle reti neuronali che si formano durante lo sviluppo del cervello attraverso l'interazione con l'ambiente.

### *Citochine e infiammazione*

Numerose evidenze dimostrano che l'infiammazione svolge un ruolo centrale nella fisiopatologia della depressione (Miller et al., 2009). Questo aspetto è dimostrato dal fatto che in numerosi studi clinici che coinvolgono persone con depressione, vi siano elevati livelli sierici di marker infiammatori e alterazione dell'espressione delle citochine. Recenti studi dimostrano che alcuni farmaci antiinfiammatori svolgono un ruolo anche antidepressivo (Wager-Smith, Markou 2011).

### *Alterazione dei sistemi enzimatici*

Recentemente si è dimostrato che l'alterazione di alcuni sistemi enzimatici possono comportare depressione. Nel disturbo depressivo, nel caso specifico, si è riscontrato una riduzione dell'attività della dopamina beta-idrossilasi, ossia l'enzima che catalizza la dopamina in noradrenalina mediante una reazione di idrossilazione.

Nei disturbi dell'umore è, invece, alterata l'attività delle MAO.

### 1.5.2 Ipotesi neuroendocrine

Recenti studi affermano che neurotrasmettitori come serotonina, acetilcolina e noradrenalina modulano la secrezione di ormoni ipotalamici, comportando un effetto trofico a livello dell'ipofisi e, di conseguenza, un controllo sulla secrezione degli ormoni endocrini periferici. È possibile dedurre che le disfunzioni endocrine possono essere valutate come il risultato di un funzionamento patologico che coinvolge il complesso neurotrasmettitoriale del sistema nervoso centrale. Di seguito vengono descritte le conclusioni di numerosi studi condotti a sostegno di questa ipotesi.

#### *Asse ipotalamo-ipofisi-adrenalina*

Gli studi effettuati sull'asse ipotalamo-ipofisi-adrenalina dimostrano un'iperattività di esso nei soggetti con disturbo dell'umore. Differenti alterazioni a livello di questo asse sono molto spesso collegate a diversi sottotipi di pazienti depressi in cui si riscontrano alterati livelli di secrezione di cortisolo.

#### *Asse ipotalamo-ipofisi-tiroide*

L'ipotesi ormonale si fonda sul concetto che un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene possa contribuire alla manifestazione di disturbi del pensiero e dell'umore (Kuhn R. *Über die behandlung depressives zustande mit einem iminobenzyl derivat* (G 22,355). *Schweiz Med Wschr.* 1957).

È dimostrato, inoltre, che lo stress può interferire direttamente sulla ghiandola surrenale, portando ad una maggiore secrezione di adrenalina e noradrenalina. Livelli elevati e prolungati nel tempo di glucocorticoidi, danneggiano le cellule cerebrali dell'ippocampo portando ad un'alterazione della connettività funzionale dell'amigdala, implicando depressione e ansia.

Numerose osservazioni cliniche e farmacologiche confermano il coinvolgimento della tiroide nei disturbi dell'umore, in particolare è emerso che:

- L'ipotiroidismo determina una sintomatologia depressiva;
- Gli ormoni tiroidei (T3) potenziano l'effetto antidepressivo della classe di farmaci antidepressivi triciclici;
- Recentemente si è dimostrato che la risposta del TSH, ormone prodotto dall'ipofisi che ha il compito di stimolare l'attività della ghiandola tiroidea, è ridotta di ¼ nei pazienti depressi.

### *Asse ipotalamo-ormone della crescita*

L'ormone della crescita GH, detto anche ormone somatotropo, è secreto dall'ipofisi anteriore, la cui regolazione avviene per conto del fattore di rilascio dell'ormone della crescita GRF (ormone ipotalamico), della somatostatina (anch'esso ormone ipotalamico) e da neurotrasmettitori quali serotonina, noradrenalina e dopamina che agiscono a loro volta su GRF. È dimostrato che nei pazienti depressi il livello di rilascio diminuisce durante la notte e aumenta nelle ore diurne.

### *Funzione pineale e ritmo circadiano*

La melanina, ormone prodotto dalla ghiandola pineale, regola il ritmo circadiano nell'uomo. Nei pazienti depressi si sono rilevate delle alterazioni delle concentrazioni di melanina e prolattina nel plasma, le quali potrebbero comportare un'alterata sincronizzazione dei ritmi circadiani.

## 1.6 FATTORI GENETICI

Studi condotti sull'eziologia nella patogenesi dei disturbi dell'umore hanno confermato il coinvolgimento della trasmissione genetica, in particolare, numerose osservazioni confermano un'ereditabilità del 40,0 % - 50,0 % sui gemelli (Lohof et al., 2011). Focalizzandosi sulla neurotrasmissione serotoninergica, diversi studi confermano che variazioni a livello di geni possono essere correlati con la risposta clinica.

Rivestono un ruolo importante: il gene codificante per il trasportatore della serotonina (Holmes et al., 2010), il gene per il fattore neurotrofico cerebrale (BDNF) (Petryshen et al., 2010) e il gene per la triptofano idrossilasi.

Il gene per il trasportatore della serotonina è codificato da un singolo gene (SCL6A4), il quale si trova nel cromosoma 17q11.1-17q12 ed è costituito da 14 esoni dalla lunghezza di circa 35 kb. Per questo gene sono stati individuati due polimorfismi, i quali potrebbero comportare un'alterazione della sua attività: il primo polimorfismo si trova nell'introne 2 e consiste in un numero variabile di ripetizioni in tandem di un segmento costituito da 17 pb, mentre il secondo è stato individuato in una sequenza ripetuta in posizione 5', in particolare in prossimità del promotore, e consiste in un'inserzione o delezione di un tratto costituito da 44 bp.

Riguardo il gene BDNF, è definita un'associazione tra il polimorfismo Val66Met e la depressione (Ribeiro et al., 2007).

Il triptofano idrossilasi riveste un ruolo fondamentale nella sintesi della serotonina; il suo gene è stato clonato e successivamente mappato sul cromosoma 11p15.3-p14 e sul cromosoma 12q21.1. Quest'ultima isoforma sembra esser parte di una serie di meccanismi coinvolti nello stress e depressione (Chen et al., 2013).

## 1.7 FATTORI EPIGENETICI

Studi clinici e di laboratorio confermano che la combinazione tra fattori genetici ed ambientali, mediati da cambiamenti epigenetici, determina vulnerabilità o resilienza nei confronti di eventi stressanti, i quali potrebbero portare, a loro volta, all'insorgenza di depressione (Dudley et al., 2011).

L'ambiente di per sé può modificare la funzione genetica tramite meccanismi di acetilazione o metilazione, portando a loro volta, all'insorgenza di episodi depressivi ed influenzando addirittura l'efficacia del trattamento farmacologico.

## 1.8 PSICOPATOLOGIA

La letteratura conferma che le manifestazioni cliniche della depressione sono caratterizzate da una successione di sintomi a carico dell'umore, della psicomotricità, della sfera cognitiva e somato-vegetativa. Per questo motivo la valutazione fenomenologica e clinica del paziente è necessaria non solo per la comprensione ma anche diagnosi dell'episodio. Di seguito vengono affrontati i diversi aspetti.

### 1.8.1 Area affetto emotiva

Il paziente abitualmente depresso vive in una condizione di continua tristezza, pessimismo e scoraggiamento non solo nei suoi confronti ma anche nei confronti di tutti gli aspetti della quotidianità. Tutto ciò che li circonda non è modificabile da un evento positivo o negativo, il quale si può manifestare nel tempo.

La depressione patologica, anche se molto simile alla tristezza, si differenzia da essa se si considera l'aspetto qualitativo della pervasività, della persistenza e immodificabilità. Altro aspetto di disuguaglianza è la dimensione del dolore che viene ad essere percepito.

Nell'individuo depresso, il dolore è considerato come un'esperienza esclusivamente soggettiva difficile da comunicare e definire nelle sue caratteristiche; esso si contraddistingue per la sua costante presenza e pervasività. A questo si associa una diminuita capacità di provare gioia e piacere, i cui sentimenti sono sostituiti da senso di noia, distacco e inadeguatezza nei confronti di tutto ciò che fornirebbe piacere all'individuo.

Un altro aspetto che viene meno è la perdita dell'attaccamento affettivo, dovuto al fatto che il paziente avverte un senso di profondo distacco nei confronti delle persone alle quali è emotivamente legato, provocando in esso una sensazione di dolore, un sentimento di mancanza legato ad un forte senso di colpa.

Sentimenti centrali della depressione sono la colpa, inutilità accompagnata dalla bassa autostima, senso di vergogna, inattitudine, odio nei confronti di sé stessi e la perdita del senso del comico.

### 1.8.2 Area della psicomotricità

Alla manifestazione di sintomi depressivi, molto spesso è associato anche un rallentamento psicomotorio caratterizzato da movimenti spontanei ridotti e senso di astenia. La mimica è ridotta, come pure la fronte aggrottata, gli angoli della bocca abbassati. Il tutto porta ad uno sguardo triste, smarrito e spento.

Molto spesso si manifesta anche la situazione diametralmente opposta, nella quale è distintiva la forte agitazione psicomotoria, che si manifesta con sintomi ricollegabili ad irrequietezza, continua esigenza di muoversi, parlare o torcere mani e dita. A riguardo, alcune forme cliniche si caratterizzano proprio per la preminenza dei sintomi della sfera psicomotoria come la depressione melanconica e depressione agitata.

### 1.8.3 Area cognitiva

Il rallentamento psicomotorio illustrato precedentemente si presenta anche nella sfera cognitiva sottoforma di difficoltà nel mantenere l'attenzione e concentrazione, accompagnata da disturbi della memoria a breve e a lungo termine.

Nell'umore depresso il contenuto del pensiero è contrassegnato da idee incentrate attorno ad episodi di colpa, di rovina, di malattia ed ingenuità, provocando sentimenti di scarsa autostima, continuo senso di autoaccusamento, indegnità e sensi di colpa. Nelle forme più gravi questi tipi di episodi assumono un carattere delirante, soprattutto di tipo nichilistico. Molto meno frequenti sono gli episodi ricollegati ad allucinazioni uditive di carattere denigratorio, i quali possono spingere il paziente a commettere atti autolesivi.

Il pensiero suicida, caratteristico nel disturbo depressivo, si manifesta come forte idea o impulso improvviso dato che il paziente può percepirlo come un vago desiderio di essere morto. Il linguaggio è scarso nel contenuto e molto spesso monosillabico; il paziente compie numerose pause ed aumenta il tempo di latenza di risposta. Il tono della voce è basso e con il medesimo ritmo.

### 1.8.4 Area somato-vegetativa

Sintomo sostanziale e molto spesso precoce è la riduzione della libido.

Molto spesso nell'umore depresso si riscontra una riduzione dell'appetito che può arrivare fino alla perdita di ogni interesse per il cibo. Al contrario, alcuni episodi sono caratterizzati da un aumento dell'appetito accompagnati da fenomeni di bulimia.

Altro sintomo frequente della depressione è rappresentato dall'insonnia, che si manifesta con risvegli notturni frequenti o risveglio precoce al mattino. Alcuni casi clinici sono caratterizzati da ipersonnia come nel caso della depressione atipica.



## 1.9 QUADRI CLINICI

### 1.9.1 Disturbo depressivo maggiore

Secondo il DSM-V, affinché si manifesti il disturbo depressivo maggiore è necessario che si presentino uno o più sintomi caratteristici della depressione maggiore in singoli episodi o ricorrenti, senza la presenza di episodi maniacali misti o ipomaniacali.

Non devono essere soddisfatti i criteri per il disturbo schizoaffettivo, né esista una sovrapposizione con schizofrenia, disturbo delirante o disturbo psicotico non altrimenti specificato. Per diagnosticare in maniera oggettiva il disturbo di depressione maggiore è necessario definire la gravità dell'episodio e la presenza/assenza di manifestazioni psicotiche con le diverse intensità.

Infine, è prevista la possibilità di specificare il tipo di decorso e le particolari caratteristiche cliniche dell'episodio attuale o quello più recente.

*Tabella 1.9.1: Criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore secondo DSM-V. Tabella tratta da Manuale di psichiatria / coordinatore Alberto Siracusano ; curatori: Matteo Balestrieri ... [et al.] ; curatori associati: Cinzia Niolu, I. Alex Rubino, Alfonso Troisi ; presentazione di Mario Maj.*

Criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore
<p>A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per esempio, si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per esempio, appare lamentoso). Nota: nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.</li><li>2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri).</li><li>3. Significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per esempio, un cambiamento superiore al 5,0 % del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. Nota: nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.</li><li>4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.</li><li>5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato).</li></ol>

6. Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.
  7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato).
  8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva osservata dagli altri).
  9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio o di un piano specifico per commettere il suicidio.
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti
- C. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di altra condizione medica.
- Nota: i criteri A-C rappresentano un episodio depressivo maggiore.  
Nota: risposte ad una perdita significativa (lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro ambientale, una grave malattia o disabilità) possono includere i sentimenti di tristezza intensa, ruminazione riguardanti la perdita, insonnia, scarso appetito, e perdita di peso descritti nel criterio A, i quali possono configurare un quadro simile ad un episodio depressivo. Nonostante questi sintomi possano essere comprensibili o considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale reazione a una perdita significativa dovrebbe essere considerata con cautela. Tale valutazione necessita inevitabilmente del giudizio clinico basato sulla storia individuale e le norme culturali di manifestazione del disagio nel contesto della perdita.
- D. La presenza di un episodio depressivo maggiore non è meglio spiegata da un disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante, o da altri disturbi dello spettro schizofrenico e da altri disturbi psicotici.
- E. Non c'è mai stato un episodio maniacale o un episodio ipomaniacale.  
Nota: questa esclusione non si applica se tutti gli episodi maniacali o ipomaniacali sono indotti da sostanze o sono attribuiti agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

## *Comorbilità*

Il disturbo depressivo maggiore presenta una comorbilità piuttosto elevata con altri disturbi, psichiatrici e no. Ne vengono ad essere citati alcuni:

- Disturbi d'ansia: questa relazione risulta notevole sia perché la componente depressiva può essere parte integrante o costituire una complicità dei disturbi di panico-fobia; sia perché esiste la possibilità di una comorbilità tra le due famiglie di disturbi;
- Dismorfobia;
- Condotte da abuso;
- Condizioni mediche generali, la cui condizione si manifesta principalmente tra individui anziani o con patologie croniche-neoplastiche;
- Schizofrenia.

### 1.9.2 Depressione con manifestazioni melanconiche

Una particolare forma di depressione è quella caratterizzata da manifestazioni melanconiche, in cui il quadro clinico è predominato da anedonia o alterazioni circadiane, e provoca sintomi principalmente nell'area psicomotoria e vegetativa. Caratteristica di questa forma è l'inibizione psicomotoria, la quale si manifesta con un eloquio lento, tono di voce monotono e sottomesso oltre che da un rallentamento di tutti i movimenti, associato ad una povera mimica.

L'inibizione del pensiero provoca un rallentamento nella capacità di prendere decisioni, portando ad un senso di perplessità, un sintomo fondamentale della melanconia.

In alcune forme cliniche di questa tipologia ci si può trovare di fronte ad individui caratterizzati da forte senso di agitazione psicomotoria definito da un atteggiamento irrequieto, incapacità di stare fermi, camminare avanti ed indietro, stropicciarsi le mani, continui sospiri, lamentele etc.

La principale differenza tra le grandi scuole psicopatologiche del passato e il DSM è che quest'ultimo ingloba nella depressione maggiore la melanconia, considerandola a sua volta una delle sue più gravi varianti.

### 1.9.3 Depressione con manifestazioni atipiche

Questa forma di depressione è considerata “disforia isterica”, nella quale si riscontra molto frequentemente una marcata reattività dell’umore, un aumento del peso e ipersonnia. In questa tipologia, bastano poche delusioni per far precipitare l’individuo in una forma di depressione profonda con reazioni emotive eccessive che possono degenerare fino all’autolesionismo. Un’altra peculiarità di questa forma è la “paralisi plumbea” caratterizzata da una forte sensazione di pesantezza degli arti inferiori e superiori. È dimostrato che questa forma di depressione si manifesta principalmente nelle donne rispetto che agli uomini con un rapporto di 2:1.

### 1.9.4 Depressione con manifestazioni catatoniche

In questo tipo di disturbo dell’umore si riscontrano manifestazioni motorie caratterizzate da un rallentamento psicomotorio, fino al raggiungimento del quadro catalettico e dello stupore. Una volta raggiunti questi stadi clinici, è richiesto il ricovero del paziente in un’ambiente ospedaliero specialistico. Al contrario, in alcuni casi, si può andare incontro ad un aumento dell’attività motoria (forma catatonica agitata).

### 1.9.5 Depressione con manifestazioni psicotiche

La depressione con manifestazioni psicotiche si dichiara in presenza di deliri o allucinazioni. Nella realtà è molto più frequente andare incontro a forme di delirio, rispetto alle allucinazioni, le quali sono transitorie e poco strutturate. Molto spesso i deliri sono il risultato di sensi di colpa e inadeguatezza, molto meno frequenti sono i deliri che possono ricollegarsi all’umore persecutorio o legati alla continua influenza del pensiero.

### 1.9.6 Depressione con ansia

Questo particolare tipo di depressione è stato introdotto con il DSM-V ed è caratterizzato dalla presenza di almeno uno dei seguenti sintomi, durante un episodio di depressione maggiore o persistente:

- Sensazione di tensione;
- Paura che qualcosa di terribile possa succedere nel futuro;
- Sensazione di perdita di controllo.

In questo caso è importante definire e diagnosticare l’ansia, in quanto è riconducibile ad un rischio di suicidio maggiore, ad una durata più lunga della malattia e resistenza al trattamento farmacologico.

### 1.9.7 Depressione con manifestazioni miste

Secondo il manuale DSM-V può capitare che durante un episodio di depressione maggiore si presentino sintomi maniacali o ipomaniacali, i quali devono essere presenti per la maggior parte del tempo dell'intero episodio depressivo.

Si va incontro a fenomeni di umore espanso, autostima ipertrofica, logorrea, aumento dell'energia, fuga delle idee, aumento dell'attività finalizzata e un ridotto bisogno di dormire.

### 1.9.8 Depressione con andamento stagionale

In questa particolare casistica si osserva in maniera molto oggettiva come l'episodio depressivo ricorrente si presenti sempre in un determinato periodo dell'anno, in maniera del tutto spontanea, senza che vi siano fattori ricorrenti e stressanti di qualunque genere. Un altro elemento essenziale per definire la depressione con andamento stagionale è che questa si manifesti in maniera regolare negli ultimi due anni, preferibilmente con inizio dell'episodio in autunno o inverno, e termini in primavera.

Per essere correttamente diagnosticata, il numero di episodi stagionali non deve superare il numero di episodi non stagionali che si presentano nella vita del soggetto.

### 1.9.9 Disturbi depressivi indotti da farmaci o altre sostanze

L'elemento peculiare nel diagnosticare il disturbo depressivo indotto da farmaci o da sostanze è il fatto che il sintomo depressivo è associato all'utilizzo di una sostanza come droga d'abuso, tossine o farmaci psicotropi. In questi casi, i sintomi depressivi persistono al di là della durata degli effetti fisiologici, dell'intossicazione o del periodo di astinenza della sostanza. Esso può insorgere durante o entro un mese dall'utilizzo della sostanza stessa.

Nel caso in cui si tratti di un abuso della sostanza, essa può provocare una compromissione delle interazioni sociali o lavorative, e compromettere altre importanti sfere personali. Questo tipo di sintomi depressivi si manifestano in seguito all'utilizzo di farmaci come la levodopa, stimolanti, steroidei, antibiotici o farmaci chemioterapici.

#### 1.9.10 Depressione nell'anziano

Un fenomeno molto complesso è la depressione nell'anziano, in quanto entrano in gioco fattori non solo biologici e psicologici ma anche socio ambientali.

Nel quadro depressivo dell'anziano si ritrova molto spesso la tendenza alla somatizzazione con preoccupazione di tipo ipocondriaco, che può assumere un carattere di tipo delirante.

#### 1.9.11 Depressione mascherata

La dicitura di "depressione mascherata" trova le proprie origini nella psichiatria antica, la quale era caratterizzata da sintomi psichici mascherati e difficilmente identificabili.

I sintomi maggiormente espressi sono la riduzione dell'appetito ed il calo ponderale, sintomi gastrointestinali, astenia e sintomatologia dolorosa (principalmente nell'umore depresso).

#### 1.9.12 Depressione cronica

La depressione è definita cronica nel momento in cui la sintomatologia persiste per un periodo di tempo superiore almeno ai due anni.

I principali sintomi sono ansia, coinvolgimento della sfera cognitiva e difficoltà nella concentrazione. Questi ultimi possono impedire al paziente di compiere le proprie attività. Il tono dell'umore non è compromesso come nella maggiore.

#### 1.9.13 Depressione traumatica

In psicologia, un trauma è descritto come una lesione, una ferita dell'organismo psichico per effetto di eventi che vi irrompono bruscamente in modo distruttivo. Qualsiasi esperienza che porti a situazione di paura, ansia o dolore fisico può generare un trauma.

Il trauma induce a livello cerebrale dei cambiamenti neuroanatomici che possono essere responsabili della disfunzione comportamentale.

La risposta a un trauma di qualsiasi natura può essere di due tipi:

- Esternalizzante;
- Internalizzante.

Una risposta esternalizzante induce: iperattività, ipervigilanza, disturbi del sonno e ansia generalizzata o specifica.

Nel secondo caso si sviluppano sintomi quali: umore depresso, ritiro sociale, lamentele somatiche o ansia. In questo tipo di risposta si osserva un'evoluzione psicopatologica quando il soggetto risponde in modo disadattativo all'evento traumatico, cioè quando le strategie di coping e la resilienza dell'individuo sono inefficienti a elaborare il trauma e il suo ricordo.

Descrizione dei principali meccanismi alla base della depressione indotta da trauma:

1. Un trauma induce una risposta fisiologica immediata e ha un effetto sul cervello;
2. In seguito all'evento traumatico l'ipofisi rilascia neuro-ormoni;
3. Il surrene rilascia adrenalina e cortisolo;
4. Il cortisolo induce una risposta allo stress traumatico duraturo e interrompe il rilascio di neuro-ormoni.

#### 1.9.14 Depressione farmaco-resistente

La depressione farmaco-resistente è una condizione clinica relativamente frequente: circa 1/3 dei pazienti trattati non rispondono in modo soddisfacente al primo trattamento depressivo; il 50,0 %-60,0 % non ottiene la piena risposta dopo un adeguato trattamento: il 15,0 % dei pazienti depressi dei pazienti trattati ottengono solo una risposta parziale, mentre dal 19,0 % al 34,0 % dei pazienti non ottiene una risposta clinicamente significativa.

In ordine le fonti sono state citate da: (Kennedy et al., 2004), (Nemeroff et al., 2007), (Fava et al., 1996).

Per definizione, la depressione farmaco resistente è comunemente definita come l'assenza di una risposta clinica dopo il trattamento con almeno due antidepressivi appartenenti a classi farmacologiche differenti, somministrati ad un dosaggio e per un tempo adeguato (EMA 2011).

Per "dose adeguata" si intende generalmente la massima dose tollerata, mentre la durata considerata adeguata negli studi controllati randomizzati è di sei settimane. Tuttavia, è stato suggerito di prolungare il trattamento fino a dieci settimane in alcuni casi particolari.

Concludendo, di fronte al sospetto di depressione farmaco-resistente, è necessario innanzitutto escludere che si tratti di un caso di pseudoresistenza, accertarsi dell'adeguatezza della dose e della durata del trattamento, considerando che la dose può essere inadeguata, e di conseguenza modificata, in seguito a fattori farmacocinetici come per la presenza di interazione con citocromi, presenza di induttori o inibitori enzimatici oppure ancora interazioni farmacologiche.

## 1.10 TRATTAMENTO

La scoperta dei farmaci antidepressivi tipici (di prima generazione), gli antidepressivi triciclici (TCA) e gli inibitori delle monoammine ossidasi (IMAO), ha permesso di affacciarsi verso la nuova sintesi di farmaci più efficaci e sicuri come gli antidepressivi atipici (di seconda generazione) tra cui gli SSRI ossia gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, gli SNRI inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina e altre classi di farmaci (National Institute of Mental Health. Depression: What You Need to Know. Depression (NIH Publication No. 15-3561). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office. National Institutes of Health Publication; 2015) (Real Men; Real Depression: National Institutes of Health Publication; 2003)

Gli antidepressivi tipici manifestano un potenziamento della trasmissione monoaminergica dovuta, nel caso dei TCA all'inibizione della ricaptazione della serotonina e noradrenalina mediante il coinvolgimento di NET e SERT, e nel caso degli IMAO una inibizione del metabolismo delle monoammine, portando in entrambi i casi ad un aumento dei livelli di neurotrasmettitore a livello dei granuli secretori disponibili per un successivo rilascio. Il meccanismo d'azione degli antidepressivi atipici, invece, si concentra principalmente sull'inibizione di un trasportatore, il quale comporta, a sua volta, un aumento della neurotrasmissione e quindi un prolungato periodo di permanenza nella sinapsi.

Nel caso di tutte le categorie di antidepressivi è riscontrato un lungo tempo di latenza (si parla di circa tre o quattro settimane) prima che venga ad essere percepito l'effetto terapeutico o eventuali effetti collaterali e di resistenza alla terapia. Parte di questa lunga latenza è attribuita alla farmacocinetica della sostanza, ma anche ad un possibile ritardo nelle variazioni che interessano il livello post-sinaptico. Dopo aver raggiunto la fase iniziale di trattamento, se questo risulta essere ottimale per il paziente, si procede con una terapia di mantenimento della durata che va dai sei mesi ai dodici mesi. Successivamente il farmaco viene gradualmente sospeso. Nel caso in cui il paziente risulti essere cronicamente depresso, allora si procede con un trattamento che permanga per tutta la vita.

### 1.10.1 Metabolismo e interazioni tra farmaci

È dimostrato scientificamente che l'incidenza di andare incontro ad effetti collaterali associati al trattamento con farmaci antidepressivi aumenta all'aumentare dell'età del paziente, con la polifarmacoterapia ed è associato molto spesso alle variabilità interindividuali nel metabolismo dei singoli farmaci.

Per quanto riguarda le interazioni farmacologiche è molto difficile stabilirle in quanto ogni paziente è considerato assestante. Ad ogni modo, quasi tutti gli antidepressivi sono metabolizzati da almeno una isoforma della famiglia del citocromo P-450 ed essi, o i loro metaboliti, possono essere substrati, inibitori o eccitatori degli stessi.



### 1.10.2 Sicurezza dei farmaci

Negli ultimi decenni è stato dichiarato da diversi studi che una piccola percentuale di adolescenti in terapia con antidepressivi potrebbero andare incontro a fenomeni di suicidio, per la maggior parte dei casi correlati all'assunzione di SSRI. Proprio per questo motivo, nel 2007 l'FDA ha autorizzato l'inserimento di un'avvertenza speciale, sulle confezioni di antidepressivi, che avverte medici e specialisti di questi possibili rischi.

In persone anziane gli SSRI risultano più sicuri dei TCA, in quanto non portano ad alterazione del ritmo cardiaco e raramente comportano capogiri. Considerando che per molte persone anziane si riscontra una minore funzionalità epatica, è consigliato l'utilizzo di farmaci appartenenti alla classe degli SSRI dato che vengono rapidamente metabolizzati.

## 1.11 ANTIDEPRESSIVI TIPICI O DI PRIMA GENERAZIONE

La classe degli antidepressivi tipici è utilizzata principalmente per gli individui che manifestano disturbi della depressione maggiore e che non mostrano una risposta adeguata o effetti collaterali non tollerabili durante il trattamento con SSRI. Se il farmaco in questione presenta delle caratteristiche adeguate, molto spesso questo è utilizzato comunque in prima linea associato ad un attento controllo e monitoraggio della terapia.

### 1.11.1 Inibitori delle monoamino ossidasi

Le monoamino ossidasi A e B sono enzimi mitocondriali presenti a livello del tratto gastrointestinale, nel fegato, nei tessuti nervosi e nei polmoni con lo scopo di catalizzare la deaminazione ossidativa di numerosi substrati amminici. In particolare, è possibile affermare che tra i substrati della MAO-A è possibile ritrovare la serotonina, mentre tra i principali substrati della MAO-B si ritrova la fenilettilamina. Nel caso di tiramina, adrenalina, dopamina e noradrenalina, esse sono metabolizzate da entrambe le isoforme.

Gli IMAO sono in grado di inibire in maniera irreversibile sia la forma di MAO-A che la corrispondente MAO-B, portando così ad una minor capacità, da parte dell'organismo, di metabolizzare ammine endogene ed esogene.

È dimostrato che alcuni composti sono in grado di inibire in maniera selettiva le isoforme MAO-A o MAO-B, piuttosto che entrambe (e quindi essere inibitori non selettivi): attualmente, in commercio sono presenti maggiormente gli inibitori non selettivi.

La classe degli IMAO è indicata nei pazienti affetti da depressione atipica e in alcuni soggetti che non rispondono in maniera adeguata alle terapie antidepressive con altri farmaci. Raramente questa categoria è la prima scelta. Oltre alla principale indicazione terapeutica della depressione è bene ricordare che sono utilizzati anche nel trattamento

della bulimia, nella dissuefazione da cocaina, per gli incubi notturni, nel disturbo post traumatico da stress, in alcune forme di emicrania resistente alle altre terapie, ai disturbi affettivi stagionali e negli attacchi di panico.

La sintesi degli IMAO è avvenuta a partire dallo sviluppo di derivati dell'isoniazide, farmaco antitubercolare. Nel corso della sperimentazione clinica di questo farmaco, si vide inaspettatamente che esso portava ad un notevole miglioramento dell'umore in tutti quei pazienti che erano affetti da tubercolosi (Shih JC, Chen K, Ridd MJ. MAO: from genes to behavior. Annu Rev Neurosci. 1999).

Dal punto di vista chimico gli IMAO sono distinti in derivati idrazinici o non idrazinici.

### *Farmacocinetica*

È dimostrato che la maggior parte dei farmaci appartenenti alla categoria IMAO, sono metabolizzati mediante una reazione di acetilazione; una grande percentuale di popolazione sono individui acetilatori lenti e questo può comportare un aumento dei livelli plasmatici di IMAO o altri farmaci correlati a tali enzimi.

Gli IMAO non selettivi utilizzati nel trattamento della depressione sono inibitori irreversibili; quindi, sono necessarie fino a due settimane per recuperare l'attività delle MAO, anche se il farmaco è escreto entro 24 ore (Livingston e Livingston., 1996).

L'azione farmacologica degli IMAO aumenta nel tempo a causa di fenomeni di accumulo; può essere essenziale un periodo di latenza di al massimo tre settimane dopo l'interruzione della terapia con questi tipi di farmaci.

### *Interazioni farmacologiche*

La sindrome serotoninergica è l'interazione farmacologica degli IMAO più grave. La causa più frequente di sindrome serotoninergica nei pazienti che assumono IMAO è la somministrazione concomitante accidentale di un antidepressivo inibitore della ricaptazione della serotonina. Gli IMAO interagiscono anche con composti ad azione simpatico-mimetica come la pseudoefedrina, la fenilefrina, l'ossimetazolina, la fenilpropanolamina e l'amfetamina; questi agenti sono comunemente rintracciabili nei farmaci per la cura delle allergie e del raffreddore, così come negli integratori dietetici. Analogamente, i pazienti in trattamento con IMAO, devono evitare i cibi contenenti elevate quantità di tiramina, quindi prodotti a base di soia, carne secca ed insaccati, frutta secca, birra fatta in casa e alla spina, vino rosso, cibo fermentato, caffeina e formaggi stagionati (FDA, 2010).

Infine, è dimostrato che la combinazione tra IMAO e triptofano può comportare neurotossicità, problemi comportamentali che comprendono sintomi quali il disorientamento, la confusione, l'amnesia, il delirio e l'agitazione.

### *Effetti collaterali*

Tra gli effetti collaterali più comuni delle IMAO non selettive si ricorda: difficoltà nell'addormentarsi, insonnia, risvegli notturni, cefalea, ansia e palpitazioni.

Come già definito precedentemente, si possono manifestare gravi effetti collaterali anche quando gli IMAO sono assunti con farmaci che stimolano il sistema serotonergico. Inoltre, l'uso concomitante di IMAO e di farmaci che contengono sostanze simpaticomimetiche determina un aumento importante della pressione arteriosa che mette in pericolo la vita del paziente.

Oltre ad inibire la capacità dell'organismo di metabolizzare monoammine endogene, essi agiscono anche sulle ammine esogene come la tiramina; l'aumentata disponibilità della tiramina, conseguente all'assunzione di IMAO, comporta il rilascio di noradrenalina, la quale, a sua volta, provoca un aumento considerevole della pressione arteriosa implicando in alcuni casi crisi ipertensive. La stessa crisi ipertensiva che deriva dall'interazione con altri farmaci o con alimenti è uno dei possibili effetti tossici mortali associati all'uso degli IMAO (Rapaport, 2007).

#### 1.11.2 Antidepressivi triciclici

La classe degli antidepressivi triciclici presenta effetti collaterali gravi e non sono molto usati come farmaci di prima scelta nel trattamento della depressione (Hollister, 1981).

L'azione farmacologica dei TCA si basa fundamentalmente nell'antagonismo di SERT e di NET, oltre che bloccare anche i recettori istaminergici, alfa-1 adrenergici, muscarinici e colinergici.

Le loro attività e caratteristiche farmacocinetiche si rifanno fundamentalmente al coinvolgimento di ammine secondarie o terziarie.

Per il trattamento delle malattie depressive i TCA con ammine secondarie, che agiscono su NET e sui SERT, sembrano essere altrettanto efficaci rispetto SSRI (Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet.2018).

### *Relazione struttura attività*

Dal punto di vista chimico si possono trovare strutture tricycliche in diverse classi di farmaci: le strutture che possono essere ottenute unendo i due fenili sono i sistemi 6-6-6 o 6-7-6, in cui l'anello centrale carbociclico o eterociclico è composto rispettivamente di sei o sette termini.

Piccole modifiche strutturali, come la variazione della flessibilità dell'anello e/o l'introduzione di sostituenti o di eteroatomi nel sistema tricyclico, modificano notevolmente le proprietà chimico-fisiche, l'elettronegatività e la farmacodinamica delle molecole.

Questo indica che il numero tricyclico non è associato all'affinità verso un recettore particolare ma, piuttosto, contribuisce a generare diversi effetti farmacodinamici o collaterali nel sistema nervoso anche a causa dell'elevata lipofilia.

La struttura tricyclica più comune nei farmaci è l'anello fenotiazinico, una struttura quasi planare presente nella maggior parte degli antipsicotici.

La catena laterale può essere legata a un qualsiasi degli atomi dell'anello centrale a sette termini, ma deve avere tre atomi di carbonio e può essere saturo o contenente delle insaturazioni, e terminare con un gruppo amminico secondario o terziario. Il sistema tricyclico è poco importante nel determinare la selettività nei confronti di NET o SERT ma è particolarmente importante per l'inibizione del trasportatore della dopamina.

Sebbene i tricyclici siano simili alle fenotiazine antipsicotiche, il ponte etilenico che unisce i due anelli aromatici fa sì che questi vengano piegati al di fuori del piano, creando una struttura più flessibile rispetto alle prime. Questa sua flessibilità si traduce nella possibilità di andare incontro alla formazione di diverse forme chimiche, le quali hanno profili di affinità e selettività verso i trasportatori e neurotrasmettitori diverse oltre che alle altrettanto differenti proprietà chimico-fisiche del farmaco. La velocità della variazione della conformazione dell'anello sembra essere correlata alla diversa efficacia terapeutica della molecola.

### *Farmacocinetica*

Gran parte dei TCA e i loro metaboliti presentano emivite variabili dalle 8 alle 80 ore, tutto ciò rende possibile una singola somministrazione giornaliera (Rudorfer e Potter, 1999). Tutti i TCA vengono eliminati e metabolizzati dalla famiglia del citocromo P-450 epatici. Solamente dopo diversi giorni o settimane dall'inizio del trattamento si raggiungono concentrazioni stazionarie. Aggiustamenti del dosaggio vengono attuati in base alla risposta clinica del paziente e non in relazione ai livelli plasmatici; ad ogni modo è necessario compiere un monitoraggio di questi ultimi in maniera continuativa data la loro possibile tossicità.

### *Interazioni farmacologiche*

Tra i principali enzimi metabolizzanti dei farmaci TCA si ricorda il CYP2D6, il quale può essere inibito da farmaci come, ad esempio, il bupropione e gli SSRI. Questo implica un aumento dei livelli plasmatici del farmaco antidepressivo tricyclico e possibili effetti collaterali annessi. Inoltre, questi farmaci sono in grado di potenziare l'azione delle ammine simpatico mimetiche e proprio per questo motivo non dovrebbero essere utilizzati insieme agli IMAO prima dei quattordici giorni di cessazione della somministrazione precedente.

### *Effetti collaterali*

I farmaci triciclici agiscono come antagonisti dei recettori istaminici, portando quindi ad effetti sedativi. L'antagonismo per i recettori muscarinici, invece, comporta un rallentamento cognitivo aggiunto ad una serie di effetti avversi che colpiscono il sistema nervoso parasimpatico, provocando visione offuscata, secchezza delle fauci, tachicardia, stipsi e difficoltà ad urinare. Nei confronti di questi effetti anticolinergici si può sviluppare anche tolleranza.

In caso di sovradosaggio i TCA presentano un meccanismo molto simile alla chinidina, comportando cardiopatia e quindi ad un possibile fattore di rischio per la vita.

## 1.12 ANTIDEPRESSIVI ATIPICI DI SECONDA GENERAZIONE

### 1.12.1 Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

#### *Scoperta degli antidepressivi SSRI*

Tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta si dimostrò che alcuni farmaci antistaminici, costituiti da anelli aromatici non condensati tra loro, potevano essere utilizzati come inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (con scarsa affinità nei confronti di altri recettori neuronali e soprattutto privi di cardiotossicità). Si iniziò così a modificare chimicamente i farmaci antistaminici con l'obiettivo di creare una nuova classe di farmaci con indicazioni terapeutiche specifiche nei confronti della depressione.

Nel 1971 venne sintetizzato l'isomero cis della zimeldina (a partire dall'antistaminico feniramina) antidepressivo inibitore selettivo della serotonina a livello sinaptico, privo di effetti collaterali che si rifacevano ai TCA. Da lì a poco vennero sviluppati diversi SSRI, tutt'ora in commercio come la paroxetina (brevettata nel 1975), il citalopram (brevettato nel 1979), la fluoxetina (brevettata nel 1985) e la sertalina (brevettata nel 1985).

### *Ipotesi serotoninergica nella depressione*

Come detto precedentemente, la serotonina è uno dei principali neurotrasmettitori coinvolti nelle patologie depressive e nei disturbi dell'umore. Successivamente vi sono state diverse evidenze scientifiche che hanno confermato il suo coinvolgimento in questo tipo di disturbo:

- Una bassa concentrazione urinaria di acido-5idrossiindolaceico, principale metabolita della serotonina induce depressione;
- Una bassa densità cerebrale e piastrinica dei trasportatori della serotonina si trova nei pazienti depressi;
- Un'elevata densità cerebrale e piastrinica dei siti di legame della serotonina;
- Una bassa concentrazione sinaptica di triptofano, precursore biosintetico della serotonina, induce depressione.

Ancora oggi il preciso meccanismo d'azione degli SSRI non è noto, ma è certo che essi possano alleviare la depressione portando a meno effetti collaterali e una minore tossicità di sovradosaggio ed elevata sicurezza d'uso rispetto agli IMAO e TCA.

Attualmente la classe di farmaci antidepressivi appartenenti agli SSRI è tra i farmaci maggiormente prescritti per questo tipo di disturbo, ma è comunque necessario specificare che esistono situazioni cliniche per cui non sono indicati come ad esempio la forma di depressione melanconica.

### *Meccanismo d'azione*

Gli SSRI sono in grado di inibire l'attività di SERT in maniera preferenziale, con un'affinità minima o nulla nei confronti di NET e di DAT (Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Arch Gen Psychiatry. 1997).

Nello specifico, gli SSRI impediscono il legame del SERT alla serotonina portando ad una inibizione di trasporto di questa nelle cellule post-sinaptiche. L'eccesso di serotonina che si avrà a livello della fessura sinaptica porterà ad una iperstimolazione dei recettori serotoninergici post-sinaptici, generando una downregulation dei recettori presinaptici e post-sinaptici, una riduzione della quantità di serotonina nel sistema nervoso centrale ed infine una riduzione dei siti di legame della serotonina.

È dimostrato che sono necessari quindici giorni per osservare una riduzione della funzionalità di SERT in vivo.

### *Farmacocinetica*

Gli SSRI presentano caratteristiche farmacocinetiche molto simili tra loro: essi sono ben assorbiti dopo somministrazione orale anche se c'è da tenere in considerazione che il cibo può interferire con l'assorbimento di alcuni di essi. L'assunzione contemporanea di cibo non altera, però, l'AUC e l'efficacia terapeutica.

Gli SSRI in genere presentano una curva dose-risposta piatta (Hyttel J. Pharmacological characterization of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Int Clin Psychopharmacol.* 1994), cioè indipendente dalla dose somministrata.

I livelli del picco plasmatico sono in genere dopo le 6-8 ore dalla somministrazione, mentre la concentrazione allo stato stazionario si raggiunge dopo 7-10 giorni, ad eccezione della fluoxetina che ci impiega circa 4 settimane. I valori di emivita sono variabili: vanno dalle 20 ore ai 2 giorni per la fluoxetina.

Gli SSRI sono farmaci che presentano un'elevata lipofilia e questo implica un elevato volume di distribuzione. Parte di essi presentano un'affinità per le proteine plasmatiche.

Tutti gli SSRI sono metabolizzati dalle isoforme del citocromo P-450 e convertiti in metaboliti N-demetilati ancora attivi, che vengono poi escreti con le urine o con feci. Nel caso particolare del CYP2D6, esso è coinvolto nel metabolismo di molti SSRI, i quali sono inibitori moderatamente potenti di questo enzima. Questo crea un rilevante potenziale d'interazione tra farmaci.

### *Interazioni farmacologiche*

Tutti gli SSRI, ad eccezione della fluvoxamina, sono inibitori moderati del CYP2D6, tutto ciò può comportare un aumento della concentrazione plasmatica dei farmaci metabolizzati da questi citocromi con conseguenti effetti collaterali.

È ricordato, comunque, che gli SSRI presentano un'elevato legame alle proteine plasmatiche e possono, così influenzare, la farmacocinetica o farmacodinamica di altri farmaci.

Ad ogni modo la più grave interazione farmacologica consiste nella loro capacità di indurre sindrome serotoninergica, la quale normalmente si manifesta entro alcune ore o alcuni giorni dopo la somministrazione di un secondo farmaco ad attività serotoninergica, aggiunto di per sé alla terapia precedente.

Le interazioni tra SSRI e TCA sono altrettanto rilevanti in quanto si va incontro ad un accumulo di TCA.

### *Effetti collaterali*

I farmaci SSRI sono generalmente privi di effetti collaterali anti-muscarinici (i quali potrebbero comportare secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, confusione mentale etc.) e non agiscono come bloccanti dei recettori alfa adrenergici. Inoltre, la maggior parte degli SSRI, ad eccezione della paroxetina, non bloccano i recettori istaminici non implicando, così, effetti sedativi. La stimolazione dei recettori serotonergici nel sistema nervoso centrale e in quello periferico, invece, comportano effetti a livello del tratto gastro intestinale, provocando nausea ed emesi.

Effetti collaterali avversi dovuti ad una eccessiva stimolazione dei recettori cerebrali serotonergici sono insonnia, aumento dell'ansia, dell'irritabilità e diminuzione della libido con peggioramento di alcuni sintomi depressivi.

Un'eccessiva attività nei confronti dei recettori serotonergici spinali possono comportare effetti collaterali di natura sessuale causando disfunzione erettile, anorgasmia e ritardo eiaculatorio (Clayton et al., 2014). Questi effetti sono più pronunciati con la paroxetina (Vaswani et al., 2003).

Alcuni pazienti manifestano un aumento di ansia, specialmente all'inizio della terapia.

La sospensione improvvisa di questa classe di farmaci può comportare una sindrome da sospensione, i cui sintomi possono includere capogiri, cefalea, nervosismo, nausea ed insonnia (Harvey e Slabbert, 2014).

#### 1.12.2 Inibitori della ricaptazione della noradrenalina e serotonina

Gli antidepressivi SNRI inibiscono l'attività sia del SERT che del NET determinando, così, un aumento della neurotrasmissione serotonergica e noradrenergica. In maniera del tutto parallela all'inibizione degli SSRI, l'inibizione iniziale del SERT porta ad un'attivazione degli autorecettori serotonergici implicando, di conseguenza, una riduzione della neurotrasmissione serotonergica dovuta ad un meccanismo a feedback negativo fino a quando questi autorecettori serotonergici sono desensibilizzati. A questo punto, l'aumentata concentrazione di serotonina nella sinapsi, comporta la possibilità al neurotrasmettitore di interagire con i recettori serotonergici a livello post-sinaptico.

Studi clinici dimostrano che i farmaci che incrementano le concentrazioni di noradrenalina e serotonina a livello della fessura sinaptica, sono molto più efficaci nel trattamento della depressione maggiore rispetto agli SSRI (Wong DT, Bymaster FP. Dual serotonin and noradrenaline uptake inhibitor class of antidepressants potential for greater efficacy or just hype? Prog Drug Res. 2002)

Oggi giorno gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina con meccanismo misto presentano una scarsa affinità nei confronti dei recettori neuronali di altri neurotrasmettitori, proprio per questo motivo presentano una bassa possibilità di andare incontro ad effetti collaterali.



Risulta che questa tipologia di antidepressivi siano più efficaci dei TCA nel trattamento della depressione maggiore proprio perché sono in grado di indurre un'azione antidepressiva, in primo luogo, più rapida ma anche più potente rispetto ad un singolo SSRI, portando alla conclusione che i loro due meccanismi d'azione siano sinergici al contributo dell'effetto terapeutico.

Gli SNRI sono stati sviluppati con lo scopo di migliorare la risposta generale al trattamento, rispetto agli SSRI (Entsuah et al., 2001).

### *Interazioni farmacologiche*

È documentato che sono necessari 14 giorni tra la fine di una terapia con IMAO e l'inizio di un trattamento con venlafaxina (tipico SNRI) anche se un intervallo di sette giorni è considerato sicuro. Il trattamento con la duloxetina, invece, richiede un intervallo simile per poter essere iniziato dopo una terapia con IMAO. Il mancato rispetto di questi periodi di attesa può provocare la sindrome serotoninergica.

### *Effetti collaterali*

Gli SNRI hanno un profilo di effetti collaterali molto simile a quello degli SSRI, che comprende nausea, stipsi, insonnia, cefalea e disfunzione sessuale. La formulazione di venlafaxina a rilascio immediato può indurre un'ipertensione diastolica.

#### 1.12.3 Inibitori della ricaptazione della dopamina e della noradrenalina: il bupropione

Il capostipite degli inibitori della ricaptazione della dopamina e della noradrenalina (DNRI) è il bupropione.

Anche se strutturalmente è molto simile agli stimolanti del SNC (struttura beta-fenilettilamminica), esso presenta diverse azioni terapeutiche e farmacologiche anche a causa dei suoi differenti metaboliti.

Il meccanismo d'azione antidepressivo del bupropione è molto complesso, dovuto al suo metabolismo e alla sua capacità di formare tre metaboliti principali. Tra i suoi metaboliti viene ricordato l'idrossibupropione il quale contribuisce agli effetti terapeutici del composto originario. Esso sembra avere una farmacologia simile al suo precursore e, durante il metabolismo, è presente in quantità considerevoli a livello plasmatico.

Ad ogni modo, il bupropione è in grado di aumentare sia la neurotrasmissione noradrenergica che quella dopaminergica attraverso l'inibizione della ricaptazione del NET e del DAT.

Altro meccanismo d'azione che contraddistingue il bupropione è che a concentrazioni basse, è un antagonista non competitivo dei recettori nicotinici.

Il composto in questione non presenta attività anticolinergica, antistaminica, anti-adrenergica o di inibizione nei confronti delle MAO.

### *Farmacocinetica*

Il bupropione è assorbito a livello del tratto gastrointestinale ma è caratterizzato da una bassa biodisponibilità orale dovuto ad un forte effetto di primo passaggio, la presenza di cibo non influenza il picco plasmatico o l'AUC.

La concentrazione plasmatica massima viene raggiunta dopo 2-3 ore in caso di formulazioni a rilascio prolungato ed è seguita da una fase di decrescita bifasica.

L'idrossilazione del bupropione è fortemente inibita ed è stato dimostrato che in vitro, questa sua inibizione, può comportare interazioni tra farmaci clinicamente rilevabili. È possibile, quindi, affermare che la somministrazione concomitante di farmaci che inibiscono lo stesso enzima deve essere monitorata.

### *Interazioni farmacologiche*

È stato dimostrato recentemente che il bupropione è un importante inibitore del CYP2D6. Proprio per questo motivo è necessario tenere in considerazione l'eventuale monitoraggio nel caso di possibili combinazioni tra farmaci.

A causa della sua inibizione selettiva del DAT, devono essere prevenute eventuali interazioni con agonisti e antagonisti dopaminergici. La co-somministrazione di bupropione e farmaci antiepilettici deve essere fortemente evitata in quanto potrebbero portare a forti episodi convulsivi.

### *Effetti collaterali*

I principali effetti collaterali che si manifestano in seguito a terapia con bupropione comprendono ansia, tachicardia moderata ed ipertensione, irritabilità e tremore. Oltre a questi sono aggiunti anche cefalea, nausea, secchezza delle fauci, stipsi, diminuzione dell'appetito, insonnia e raramente anche agitazione e aggressività. Il bupropione dovrebbe essere evitato nel trattamento di pazienti epilettici e nei pazienti bulimici a causa di un aumentato rischio di crisi convulsive (Horne et al., 1998; Noe et al., 2011).

## 1.13 DISTURBI D'ANSIA E DISTURBI DA TRAUMA E DA STRESS

### 1.13.1 L'ansia

L'etimologia della parola ansia deriva dai termini latini "anxius" ossia "agitazione" e da "angere" che si riconduce allo "stringere strettamente o strangolare".

L'ansia è definita come un senso di attesa apprensiva, uno stato di tensione emotiva alla quale spesso sono accompagnati sintomi fisici come il tremore, la sudorazione, le palpitazioni e l'aumento della frequenza cardiaca. In alcune circostanze questo tipo di disturbo può essere considerato appropriato (ad esempio nel caso della manifestazione di ansia prima di un esame, la quale può portare ad un miglioramento delle performance dello studente) oppure può essere considerato patologico nel momento in cui lo stato d'ansia è completamente inappropriato ed eccessivo per la situazione.

L'ansia è una reazione istintiva di difesa, di allarme nei confronti di una situazione di pericolo proveniente dall'esterno o dall'interno dell'individuo con una natura molto spesso sconosciuta.

Questo disturbo viene collegato ad uno stato di continua vigilanza e all'instaurarsi di un meccanismo fisiologico di allarme. Il tutto può portare ad un'alterazione delle normali funzionalità vitali dell'organismo.

Il disturbo d'ansia può comportare:

- Comportamenti fisici caratterizzati da sintomi neurovegetativi;
- Comportamenti psichici caratterizzati da sintomi di paura e di tensione.

Lo stato di ansia può comportare un'alterazione della realtà, non solo in termini di tempo ma anche di spazio, provocando quindi un'interferenza con l'apprendimento, riducendo la concentrazione, la capacità di rievocare nozioni apprese precedentemente e di stabilire nessi associativi. Ci si trova di fronte a disturbi mentali quando l'ansia si somma a complessi sintomatologici.

## 1.14 PATOGENESI

### 1.14.1 Ipotesi psicologiche e comportamentali

Gran parte degli studi psicologici sul significato e patogenesi dell'ansia fanno riferimento alla metapsicologia freudiana psicodinamica, nella quale la parola angoscia è molto spesso associato all'ansia.

Secondo la metapsicologia l'ansia genera la rimozione, intesa come un meccanismo di difesa primario, atto a proteggere il proprio io. L'ansia, quindi, è percepita come una paura di aver "dimenticato" l'oggetto temuto attraverso il meccanismo della rimozione ed è quindi diventata una sintomatologia di paura senza l'oggetto.

Negli studi post-freudiani venne approfondito il ruolo interpersonale e sociale dell'eziologia dell'ansia, dato che in queste dottrine viene riconosciuta l'importanza delle relazioni interpersonali.

Nel corso dei suoi studi, Harry Stack Sullivan (Teoria interpersonale 1929-1930), ha affermato l'importanza del rapporto madre e figlio, relazionando la manifestazione dell'ansia ad un fallimento evolutivo nella creazione di una condizione di sicurezza di base.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1975), ha rimarcato la centralità del ruolo della madre nel processo di regolazione affettiva e quindi, nell'elaborare la capacità di angoscia.

Molti studi, successivi a quest'ultimi, affermano che la genesi dell'ansia potrebbe ricondursi ad un fallimento della funzione di rispecchiamento.

Una concezione diversa, infine, è quella sostenuta dalle scienze cognitive e comportamentali, secondo le quali il condizionamento alla paura può essere assunto sin dall'età precoce e persistere a lungo, comportando quindi degli stati di ansia.

### 1.14.2 Dati neurobiologici

La neurobiologia dei disturbi d'ansia si concentra fondamentalmente sui meccanismi neuronali che comportano una risposta condizionata di paura o di allarme. In questa risposta condizionata sono coinvolte diverse vie che possono comportare stimoli sensoriali esterni e viscerali dalla periferia al talamo e quelle che da quest'ultima partono: la via di collegamento che dal talamo dorsale porta all'amigdala e la via regolatoria più lenta, corticale, che comprende la corteccia somatosensoriale primaria, l'insula e il giro del cingolo anteriore/corteccia prefrontale.

Quest'ultima via è coinvolta nei processi di acquisizione degli stimoli minacciosi attraverso l'elaborazione della corteccia.

Il ruolo dell'amigdala, invece, è quello di ricevere informazioni relative agli stimoli che inducono paura ed ansia sia in modo elaborato che in modo non elaborato.

È stato dedotto che i disturbi d'ansia potrebbero essere frutto di uno squilibrio nel controllo della via regolatoria più veloce e più lenta di cui è stato appena trattato (Marcin, Nemeroff, 2003).

Anche il sistema GABA è coinvolto nei disturbi d'ansia, e tutto ciò è stato dimostrato dall'azione ansiolitica delle benzodiazepine, farmaci ansiolitici che agiscono su un recettore che è compreso nel complesso molecolare GABA-A.

Per quanto riguarda il sistema noradrenergico, anch'esso è coinvolto in quanto le reazioni autonome e motorie tipiche dello stress sono mediate da questo stesso sistema e si manifestano in diversi disturbi d'ansia.

In riferimento alla componente serotoninergica si è arrivati alla conclusione che il riequilibrio della funzione serotoninergica, attraverso l'inibizione della ricaptazione della serotonina, ha assunto una fondamentale importanza nella terapia del disturbo d'ansia.

Concludendo, la funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è spesso alterato nei disturbi d'ansia; questo meccanismo di alterazione si manifesta in quanto, in questi disturbi si va incontro a picchi di cortisolo e mancata attivazione dei sistemi a feedback negativi su tale sistema.

## 1.15 CRITERI DIAGNOSTICI E MANIFESTAZIONI CLINICHE

Nel DSM-V i disturbi d'ansia comprendono i disturbi generalizzati d'ansia (livelli cronici elevati di ansietà), i disturbi d'ansia da separazione, il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), le fobie specifiche, gli attacchi di panico, l'agorafobia ed il mutismo selettivo (un disturbo caratterizzato dal fatto che una persona, la quale normalmente parla, non parla con certe persone in alcune circostanze).

Per essere considerati nei criteri del DSM-V, i sintomi ansiosi non devono essere provocati da fattori esogeni (per esempio caffeina) o da patologie (per esempio ipotiroidismo) e almeno tre (uno nel caso dei bambini) dei sintomi seguenti devono essere presenti per più giorni rispetto ai giorni asintomatici per almeno sei mesi:

- Irrequietezza;
- Tensione muscolare;
- Difficoltà nella concentrazione;
- Disturbi del sonno;
- Affaticamento.

### 1.15.1 Disturbo da panico

Anche la manifestazione di un singolo attacco di panico può comportare la comparsa di un quadro clinico tipico dei disturbi d'ansia. Dal punto di vista fisiopatologico l'attacco di panico è definito con la comparsa improvvisa di quattro o più sintomi come terrore, paura di morte, neurovegetativi come palpitazioni o senso di soffocamento o psicosensoriali come la depersonalizzazione, derealizzazione con frequenza e gravità di per sé variabili. La comparsa di questi sintomi è improvvisa, di breve durata (in termini di tempistiche: da pochi secondi ad un massimo di un'ora). Possono presentarsi in concomitanza alterazioni cognitive e manifestazioni comportamentali estreme come fuga o aggressività. La persistenza e la frequenza di attacchi di panico induce nel paziente un continuo stato di ansietà e paura dovuti all'idea che essi si possano manifestare in ogni circostanza e anche in situazioni di per sé temute.

### 1.15.2 Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)

La fobia sociale è un disturbo persistente in una o più situazioni sociali, la quale si sta sempre di più diffondendo. Il fattore scatenante è molto spesso il timore di sentirsi esposto a giudizi di altri, provocando sensazioni di imbarazzo nell'individuo. Il tutto può comportare una risposta d'ansia che induce nel paziente il completo evitamento della situazione o la difficoltà nel sopportarla. Le situazioni ansiose sono molto intense e possono iniziare prima dello stimolo (il quale può essere ad esempio riunioni, ricevimenti, parlare in pubblico etc.) e non si attenuano all'inizio della prestazione. Molto spesso questo è un disturbo sovrapponibile ad altri disturbi.

### 1.15.3 Disturbo d'ansia generalizzato

La principale caratteristica del disturbo d'ansia generalizzato è la continua e persistente presenza di ansia, non sempre legata alla presenza di qualche circostanza specifica. In questo tipo di disturbo l'ansia deve essere eccessiva e molto spesso le preoccupazioni sono riconducibili a due o più circostanze della vita come la vita in famiglia o la condizione lavorativa. Il paziente si presenta continuamente teso ed irritato, dichiara difficoltà nell'addormentarsi e raccogliere i propri pensieri. I sintomi somatici sono considerati come una grave malattia che, molto spesso, richiedono la consultazione di un medico specialista. La diagnosi viene posta quando i sintomi di ansia e preoccupazione, diffusi ed eccessivi, si manifestano per un periodo di alcune settimane (per l'ICD-10<sup>7</sup>) o per almeno sei mesi (per il DSM-V). La maggioranza dei pazienti riferisce di essere preoccupata per

---

<sup>7</sup> ICD-10: "La ICD-10 è la decima revisione della classificazione ICD, ossia la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS." Fonte: Wikipedia, «ICD-10.».

almeno il 50,0 % dell'intera giornata. Periodi di remissione e di ricaduta possono durare fino a 20 anni.

#### 1.15.4 Disturbi d'ansia secondaria

L'ansia, come sintomatologia, può insorgere in seguito alla presenza di altre malattie, all'utilizzo di farmaci o altre sostanze. È necessario sottolineare che molto spesso questa forma di disturbo non è una reazione psicologica ad una malattia, ma un meccanismo fisiologico direttamente correlato all'espressione biologica di una malattia primaria.

Nel caso di disturbo d'ansia secondario generato da un abuso di sostanze, i sintomi devono presentarsi in seguito all'assunzione o la sospensione della sostanza stessa e sono molto spesso limitati nel tempo.

### 1.16 TRATTAMENTO

I farmaci principalmente utilizzati per le patologie correlate all'ansia includono gli SSRI e gli SNRI, le benzodiazepine, il buspirone e gli antagonisti beta adrenergici (Atack, 2003).

Le benzodiazepine sono ansiolitici efficaci sia come trattamento acuto ma anche in caso di somministrazione cronica. Vi è una certa preoccupazione riguardo al loro uso a causa del loro potenziale abuso e dipendenza, così come gli effetti negativi sulle funzioni cognitive e sulla memoria.

Gli antagonisti beta adrenergici, e in particolare quelli con alta lipofilia come il propranololo, sono occasionalmente impiegati per l'ansia da prestazione (come paura di parlare in pubblico); il loro uso è tuttavia limitato a causa di effetti collaterali significativi, come per esempio l'ipotensione.

Gli antistaminici e vari agenti sedativi-ipnotici sono stati usati come ansiolitici, ma non sono generalmente raccomandati a causa degli effetti collaterali e per via della disponibilità di farmaci più efficaci.

### 1.16.1 Benzodiazepine

Tra i farmaci maggiormente utilizzati e utili nella terapia dei disturbi d'ansia, si evidenziano le benzodiazepine. La prima benzodiazepina ad essere utilizzata a scopo clinico fu il clordiazepossido nel 1960. Rispetto ai farmaci in commercio, esso risultava essere maggiormente efficace e presentava un buon margine di sicurezza. Al clordiazepossido seguirono ulteriori composti, i quali possono essere differenziati per entità e velocità di assorbimento, presenza o assenza di metaboliti e lipofilia.

#### *Meccanismo d'azione*

Il meccanismo d'azione delle benzodiazepine si concentra sulla loro attività di modulatori allosterici positivi del legame del GABA al suo recettore GABA-A. Nell'attività ansiolitica delle benzodiazepine, questi farmaci aderiscono al sito di legame, portando ad una maggiore affinità del GABA al suo recettore GABA-A. Questa maggiore affinità, porta ad un forte aumento della conduzione di ioni cloruro attraverso il canale, il tutto implicando un aumento dello stato di iperpolarizzazione della cellula.

#### *Relazione struttura attività*

Dalla nascita e commercializzazione del clordiazepossido si sono sintetizzati diversi derivati benzodiazepinici con diversi sostituenti ma tutti con una struttura riconducibile al 5-fenil-1,4-benzodiazepin-2-one.

#### ANELLO A

È dimostrato che il requisito minimo dei derivati benzodiazepinici, per legarsi al proprio sito d'azione, sia l'anello aromatico o eteroatomo A, il quale partecipa mediante un'interazione pi-greco stacking con gli amminoacidi aromatici presenti nel recettore. Per quanto riguarda i sostituenti dell'anello A, è dimostrato che un gruppo elettronegativo in posizione sette aumenta enormemente l'attività ansiolitica. Possibili sostituenti nelle posizioni 6-8-9 diminuiscono l'attività ansiolitica.

#### ANELLO B

In questi tipi di composti chimici, è dimostrato che l'affinità ideale per il recettore si ha nel momento in cui il gruppo accettore di protoni in posizione due dell'anello B è sullo stesso piano dell'anello aromatico A. Inoltre, è stato dichiarato che i derivati sostituiti con un ossidrilico in posizione tre, hanno una potenza comparabile con gli analoghi non idrossilati ed escreti velocemente. Né l'azoto amidico in posizione uno né il suo sostituito sono indispensabili per il legame in vitro al sito di legame delle benzodiazepine, e molti derivati utilizzati in terapia non sono N-alchilati: sebbene questa catena alchilica non diminuisca l'affinità per il sito di legame delle benzodiazepine, è stato



documentato che sostituenti voluminosi riducono drasticamente l'affinità e l'attività per il recettore in vivo.

### ANELLO C

L'anello C (5-fenile) non è necessario per il legame delle benzodiazepine in vitro, tuttavia esso può contribuire in maniera positiva al legame con il recettore e la sua relazione angolare con l'anello A, mediante interazioni idrofobiche e steriche.

### CICLO TRA LE POSIZIONI 1 E 2

La formazione di una porzione ciclica tra le posizioni uno e due con un ulteriore anello "ricco di elettroni" porta alla formazione di derivati benzodiazepinici farmacologicamente attivi e con un'elevata affinità per il sito di legame delle benzodiazepine.

### *Stereochimica*

La maggior parte delle benzodiazepine utilizzate in ambito clinico non presentano un centro chirale, tuttavia l'anello B a sette atomi può adottare, a temperatura ambiente, due possibili conformazioni a barca, le conformazioni A e B, che sono enantiomeriche tra loro.

### *Proprietà chimico-fisiche e farmacocinetiche*

È difficile definire delle proprietà chimico-fisiche e farmacocinetiche comuni nelle benzodiazepine in quanto si differenziano molto tra loro e presentano implicazioni cliniche altrettanto differenti. Molto spesso in base alla natura dei sostituenti, all'elettronegatività dei sostituenti e in base alla lipofilia (la quale può variare per più di tre ordini di grandezza) si hanno dei comportamenti differenti in termini farmacocinetici sull'assorbimento, distribuzione e metabolismo di ogni singolo composto. Solitamente le benzodiazepine presentano un coefficiente di ripartizione olio: acqua alto e questo fa sì che esse vengano ad essere assorbite completamente dopo somministrazione orale e distribuite in maniera rapida nei tessuti più irrorati.

Un'altra caratteristica comune a quasi tutte le benzodiazepine è che sia loro che i loro metaboliti intermedi presentano un'elevata affinità per le proteine plasmatiche, anche se quest'ultima dipende dalla lipofilia del composto e varia da circa il 70,0 % per le benzodiazepine più polari, come l'alprazolam, al 99,0 % per tutti i derivati maggiormente lipofili come il diazepam.

L'ossidazione epatica include N-dealchilazione e idrossilazione alifatica, da parte di differenti enzimi del citocromo, è la responsabile del destino metabolico di moltissime benzodiazepine. La successiva coniugazione, nella fase due del metabolismo, produce

molto spesso metaboliti polari che sono escreti con le urine. Le benzodiazepine sono farmaci che presentano, per le loro caratteristiche chimiche, lunga emivita. Tutto ciò, però, non le rende farmaci sicuri ed efficaci quando sono somministrati in un'unica dose giornaliera; proprio per questo motivo la somministrazione consigliata permette una suddivisione giornaliera in due o quattro dosi.

### *Effetti collaterali*

Le benzodiazepine causano molti effetti avversi, tra cui sedazione, lievi deficit della memoria, diminuzione dello stato di allerta e rallentamento dei tempi di sedazione. I disturbi della memoria possono comprendere deficit visuo-spaziali e manifestazioni clinicamente diverse, compresa la difficoltà del trovare le parole. Occasionalmente possono comparire reazioni paradosse come aumenti dell'intensità dell'ansia, che talvolta raggiungono attacchi di panico. Altre reazioni patologiche possono includere irritabilità, aggressività o disinibizione comportamentale, possono anche insorgere reazioni amnesiche.

Negli anziani le benzodiazepine aumentano il rischio di ricadute e devono essere prescritte con cautela.

Le benzodiazepine presentano qualche rischio di abuso, sebbene la loro capacità di generare abuso sia considerevolmente inferiore rispetto a quella di altri farmaci sedativo-ipnotici, l'abuso di benzodiazepine è spesso associato all'abuso di altre sostanze e farmaci, ed è frequentemente connesso a tentativi falliti di controllare l'ansia.

La tolleranza verso effetti ansiolitici si sviluppa durante la somministrazione cronica, con il risultato che alcuni pazienti aumentano, nel tempo, la dose assunta. Idealmente, le benzodiazepine dovrebbero essere utilizzate per periodi brevi e insieme ad altri farmaci (per esempio, SSRI) o in associazione con psicoterapie di provata efficacia.

## 1.17 MEDICINA PSICOSOMATICA

### 1.17.1 Definizione

Anche per la medicina psicosomatica l'obiettivo rimane quello di gestione del paziente in tutti i contesti medici e chirurgici. Tale tipologia di trattamento, anche se rappresenta un approccio e un modo di pensare trasversale rispetto ad ogni area medica, è un riferimento per il coinvolgimento della sfera psichica, biologica ed interpersonale della malattia.

Gli obiettivi che caratterizzano la medicina psicosomatica moderna (Fava, Sonino 2005-2008) risultano essere:

- Definizione e valutazione del ruolo e dei fattori psicosociali che intervengono nel modificare la vulnerabilità individuale, il decorso e l'esito di qualunque malattia;
- Considerazione nell'approccio olistico nella cura del paziente nella pratica clinica;
- Applicazione di interventi specialistici nell'integrazione delle terapie psicologiche in ambito di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle malattie mediche.

#### *Eventi stressanti e malattia*

Lo studio degli eventi stressanti precoci ha messo in luce come le variabili relazionali intervengano e siano fondamentali nel modulare e rendere stabili i diversi sistemi biologici coinvolti nella risposta allo stress.

Diversi studi hanno confermato che esperienze traumatiche di distacco dalla figura materna possono provocare delle alterazioni ai sistemi fisiologici sia a livello periferico (come la termoregolazione oppure la regolazione della pressione e frequenza cardiaca) sia a livello centrale (come alterazioni dell'attività di alcuni recettori coinvolti nella neurotrasmissione).

Di recente è stato confermato che stress precoci e/o ambientali psicosociali influenzano l'espressione genica alterando il pattern epigenetico della metilazione del materiale genetico e/o della struttura della cromatina (Mathews, Janusek, 2011).

Eventi stressanti tardivi, invece, riattivano sequenze psicobiologiche e comportamenti primitivi appresi in età precoce, con perdita e alterazione dell'organismo stesso. D'altra parte, è comunque noto che l'incidenza ripetuta di eventi può comportare il superamento di un livello di soglia individuale di tolleranza con successivo rischio di malattia.

Diversi studi scientifici hanno identificato come le condizioni di stress cronico portino ad un'alterata diffusione delle risposte psiconeuroendocrine ed immunitarie; su questi concetti si fonda la letteratura psiconeuroendocrina-immunologica, la quale conferma la relazione tra stress e fenomeni infiammatori induttori di depressione, e d'altra parte tra

depressione e induzione di infiammazione e minor resistenza allo stress, con incremento della vulnerabilità individuale alle malattie mediche (Jaremka et, al 2003).

### *Supporto sociale*

Il supporto sociale, inteso come la possibilità di ricevere sostegno da parte di figure di riferimento appartenenti al proprio contesto ambientale o allargato, rappresentano sicuramente un elemento di modulazione nel rapporto tra eventi stressanti e malattia. È dimostrato che uno scarso supporto sociale influenzi in senso negativo sulle difese dell'organismo, sia dal punto di vista immunitario che dal punto di vista psichico (Seeman, 1996).

### *Morbilità psichiatrica e psicosociale in medicina*

È noto da tempo che i dati relativi alla prevalenza di disturbi d'ansia, disturbi dell'adattamento, disturbi da stress post traumatico, siano correlati ad ogni area della medicina.

Un elemento fondamentale è che le conseguenze di tali disturbi sono negative sulla qualità di vita, sulle relazioni interpersonali e sulla capacità socio lavorativo dell'individuo.

Diversi studi hanno confermato come il disturbo depressivo debba essere considerato una "malattia sistemica" in quanto porta a numerose cadute sistemiche a cascata a livello biologico. In particolare, provocando patologie cardiache, cerebrovascolari e neoplastiche.

## 1.18 DISTURBI PSICHIATRICI IN CORSO DI PATOLOGIE MEDICHE

I disturbi mentali molto spesso si possono presentare in concomitanza di altre patologie, in diverse forme e gravità. Tutto ciò potrebbe comportare un diverso decorso della sintomatologia stessa.

### 1.18.1 Oncologia e psichiatria

Il cancro è una delle patologie più preoccupanti per quanto riguarda la sanità pubblica, non solo in termini di morbilità, ma anche di mortalità e di costi: la letteratura moderna conferma che i fattori psicologici giocano un ruolo fondamentale nell'origine e progressione del cancro, ma non è ancora stato chiarito quale sia il meccanismo alla base di questo tipo di rapporto (Nakaya, 2013).

È dimostrato, però, che depressione e crescita neoplastica potrebbero aderire alle medesime vie fisiopatologiche, in particolare legate all'attivazione immunitaria, ai processi infiammatori, alla disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e al metabolismo monoaminergico. La depressione, inoltre, provoca insufficiente controllo del dolore associato ad uno scarso desiderio di affrontare la vita e soprattutto le terapie farmacologiche.

### 1.18.2 Epatopatie

Diverse patologie epatiche rappresentano una correlazione frequente con i disturbi psichiatrici; in particolare, numerose forme croniche di cirrosi epatica, sono la conseguenza di sintomi continui di psicosi, mania, depressione o confusione.

### 1.18.3 Diabete mellito

La scarsa aderenza alla terapia nel caso di diabete di tipo I e II è molto spesso associata ai disturbi psichici. A maggior ragione in queste terapie, dove l'aderenza al trattamento risulta essere strettamente connessa al comportamento del paziente, è necessario un coinvolgimento psichiatrico per garantire un giusto controllo della malattia e una migliore aderenza al trattamento.

La prevalenza di disturbo depressivo tra i soggetti con diabete di tipo I è più di tre volte superiore rispetto alla popolazione generale e fino a due volte superiore rispetto alla popolazione generale nei pazienti con diabete di tipo II (Roy et.al 2012).

Non è chiaro, però, se la depressione rappresenti una causa o una conseguenza della progressione della malattia, sembra però che il disturbo depressivo possa aumentare il

rischio di ammalarsi attraverso l'alterazione a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi che porta di conseguenza ad una aumentata produzione di cortisolo e altri ormoni legati all'insulino-resistenza (Das et. la 2013).

#### 1.18.4 Distiroidismo

L'ipertiroidismo e ipotiroidismo si manifestano molto spesso in concomitanza di eventi psichiatrici.

Nel caso dell'ipertiroidismo il diverso decorso varia in base all'età del paziente: nel caso di individui giovani, si andrà incontro a maggiore disforia ansiosa ed iperattività, mentre nel caso di soggetti anziani è molto più prevalente la presenza di apatia e depressione.

Nel caso dell'ipotiroidismo, i sintomi di tale patologia si sovrappongono a quelli depressivi portando quindi ad un ritardo della corretta diagnosi dato che il paziente può risultare in primis un paziente depresso.

#### 1.18.5 Nefrologia e psichiatria

A capo di sintomi che coinvolgono depressione e patologie renali si denotano la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisario, e la continua attivazione di uno stato infiammatorio che comporta uno stress immunitario.

## 2 RICERCA QUALITATIVA CON INTERVISTE AD OPINION LEADER

---

La pandemia da Covid 19 e le conseguenti misure preventive messe in atto per contenerla hanno contribuito a creare un contesto di forte stress con significative variazioni nello stile di vita dei cittadini. Gli individui maggiormente colpiti si sono rivelati coloro che presentano una scarsa resilienza o scarsa esperienza nell'affrontare eventi di tale impatto emotivo, con conseguente comparsa di alterazioni fisiopatologiche temporanee o, nelle casistiche più severe, conseguenze permanenti. Oltre alle manifestazioni a livello sistemico il Covid 19 ha portato alla comparsa di sintomi neuropsichiatrici come disturbi depressivi, disturbi ansiosi o disturbi post traumatici da stress.

In questo contesto si sono visti coinvolti numerosi professionisti dell'area sanitaria, i quali si sono ritrovati a dover affrontare una situazione di emergenza mai vista prima.

Visto il loro coinvolgimento, si è voluto compiere una ricerca qualitativa a supporto dei dati OsMed, invitando otto professionisti dell'area sanitaria a sottoporsi ad una intervista mirata ad approfondire tali tematiche.

Tra le figure intervistate sono presenti medici di medicina generale, professori universitari, assistenti sociali, responsabili di reparti psichiatrici ospedalieri, volontari della Croce Rossa Italiana e farmacisti operanti in farmacie aperte al pubblico.

I colloqui sono stati svolti sia in presenza che in via telematica della durata circa di un'ora. Consistevano in una serie di domande non vincolanti, in modo tale da spaziare negli argomenti, opportunamente elaborate in relazione al ruolo ricoperto dall'esperto.

Tuttavia, le risposte fornite sono da considerarsi come il risultato di esperienze diverse date da diversi percorsi formativi e professionali. Pertanto, si considerano unicamente come evidenze aggiuntive a dati validati.

Di seguito seguiranno le principali riflessioni acquisite dalle interviste agli esperti.

Dalle interviste compiute è emerso come la tematica sia ancora in fase di sviluppo, aspetto legato al fatto che le conseguenze fisiopatologiche e sociali della pandemia non siano ancora del tutto evidenti.

Attualmente non è ancora possibile parlare di un completo riallineamento alla quotidianità pre-Covid 19, come non è ancora possibile stabilire quali siano state le reali conseguenze dell'emergenza sanitaria a breve e a lungo termine sulla popolazione. Tutto ciò può condizionare non solo il pensiero ma anche gli stessi piani di lavoro degli esperti, i quali scarseggiano molto spesso di lungimiranza.

Inoltre, persiste ancora oggi lo stigma legato al disagio mentale, tema indiscutibile e proibitivo in passato, che ora, con prudenza, sta passando ad essere un tema apertamente discusso ed approfondito.

Come è stato già definito, al fine di limitare lo sviluppo del contagio da Covid 19, i diversi Stati hanno adottato delle misure restrittive per limitare l'aggravamento della situazione pandemica. Il repentino cambiamento delle abitudini quotidiane e l'isolamento domiciliare imposto dalle misure di contenimento hanno comportato uno sconvolgimento sociale ed economico che ha impattato sulla salute e sul benessere collettivo delle persone. La domanda che sorge spontanea è se, e in che modo, la pandemia da Covid 19 ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote. Le risposte degli esperti non sono risultate concordanti.

Le problematiche in merito alla salute mentale sono sempre esistite, verosimilmente in forma latente o con condizioni di scatenamento differenti. La pandemia ha comportato la creazione di circostanze caratterizzate da una mancanza di equilibri, peggiorando lo stato psicologico già precario di alcuni individui e convertendolo in uno stato patologico tangibile.

Il contesto sociale ed economico condiziona la salute mentale: le disuguaglianze sociali, l'estrema competitività e il disorientamento, sommati alla fragilità associate al Covid 19, hanno comportato un'accelerazione dell'aggravarsi di disturbi mentali.

In merito a queste problematiche, inoltre, non sono stati impiegati nuovi approcci diagnostici e terapeutici.

La pandemia da Covid 19 e il lockdown imposto per garantire la salute pubblica hanno svolto il ruolo di catalizzatore per lo sviluppo di disturbi mentali, i quali possono essere curati tramite l'applicazione di metodiche della psicologia clinica o psichiatrica. Ma le risorse attuali, economiche e non, sono sufficienti per fronteggiare questa complicazione? In merito a ciò, il pensiero degli esperti converge nella stessa direzione.

La ricerca affannosa di un vaccino che risultasse efficace nel produrre una risposta immunitaria nel nostro organismo ha coinvolto aziende farmaceutiche di tutto il mondo. A tale scopo sono state investite ingenti somme di denaro a discapito dello sviluppo della ricerca orientata ad altre patologie.

Risulta collettivo il giudizio secondo il quale le risorse economiche investite durante la pandemia siano state gestite in modo errato. A tal proposito, vi sono numerose considerazioni che sono state compiute dagli stessi esperti, di seguito se ne riportano alcune.

Di fronte all'emergenza pandemica le strutture socioassistenziali e sanitarie si sono trovate ad affrontare una situazione senza precedenti, con un quantitativo di strumenti molto spesso insufficiente. Ne è un esempio la stabilizzazione del personale a tempo determinato negli enti pubblici, che ha comportato lo sviluppo di un servizio temporaneo e non continuativo dal punto di vista terapeutico. Ancora, il Servizio Sanitario Nazionale ha garantito sostegno ed aiuto alla fascia di popolazione più severamente colpita, facendo passare in secondo piano i disturbi "borderline".

Un approfondimento particolarmente interessante è stato compiuto dal volontario della Croce Rossa Italiana intervistato, il quale ha illustrato la gravità della situazione, ricordando episodi particolari in cui strutture sanitarie pubbliche come i consultori hanno chiesto aiuto nel fornire la corretta assistenza sanitaria e sociale ad alcuni individui.

Malgrado il fatto che sono ancora limitate le conoscenze sulle conseguenze relative al Covid 19, è plausibile la possibilità di andare incontro ad un aumento della richiesta di interventi psicosociali nel tempo. È necessario, quindi, interrogarsi sul motivo per cui è essenziale intervenire ora in questi tipi di disturbi.

Anche in seguito a questo quesito si è andati incontro ad una risposta pressoché comune, secondo la quale è necessario procedere nell'investimento dei servizi e programmi di salute mentale su tutto il territorio nazionale. Le strette condizioni imposte con la pandemia hanno messo in luce situazioni latenti che poi sono emerse con grande impeto su tutta la popolazione. "La pandemia ha acceso il faro su alcuni aspetti, e questo faro non deve spegnersi da qui a poco".



La pandemia da Covid 19 ha compromesso il benessere della popolazione, sollevando numerose preoccupazioni per lo sviluppo futuro di disturbi psichiatrici, ma allo stesso tempo rimuovendo in parte lo stigma sociale che prima di essa caratterizzava questi temi.

Secondo gli esperti i disturbi mentali sono patologie sempre più diffuse, le quali in precedenza non erano sottovalutate, ma semplicemente erano prive degli strumenti adeguati e compensatori per saper gestire e superare situazioni di questa gravità.

Dal preventivo approfondimento compiuto coinvolgendo esperti del settore, è emerso che l'argomento trattato sia caratterizzato da una visione incompleta non tanto data da una convergenza o divergenza di pensieri ma dovuta al fatto che la stessa materia è ancora poco chiara. La percezione è che vi sia idea comune o convinzione diffusa, alimentata ancora da punti di vista differenti su alcune sfumature.

All'esordio della pandemia l'aggiornamento epidemiologico era giornaliero, fornendo una panoramica dei casi, dei ricoveri e dei decessi ampia e a livello globale. Una troppa concentrazione sul presente ha reso miope la visione degli interventi che ogni stato dovrebbe compiere per migliorare le condizioni di benessere della popolazione. Motivo di questa scarsa lungimiranza può essere la mancata presenza di una regia interna, capace di coordinare le attività su larga scala e nel tempo. Tutto ciò sommato al lavoro poco snello che viene imposto molto spesso dalla burocrazia.

Inoltre, mantenere la riservatezza e la privacy nel contorto ambiente dei servizi psichiatrici pubblici non è semplice, portando ad un continuo sospetto di ciò che si dice.

Per di più è necessario ribadire che i disturbi psichici comprendono una vasta gamma di problematiche e sintomi molto spesso nascosti da pregiudizi, paure e vergogna che presumibilmente sottendono ad importanti meccanismi di difesa individuali e collettivi che perdurano nell'oblio legittimando la censura degli stessi.

La situazione inedita derivata dalla pandemia contraddistingue il nuovo taglio dell'argomento implicando una certa ristrettezza nell'arrivare ad una conclusione comune ed inconfutabile.

Come già detto precedentemente, le considerazioni compiute dagli esperti sono il frutto di esperienze personali contraddistinte da meccanismi di isolamento dell'affetto. Queste, sommate alla difesa retorica e alla scarsa previdenza alimentano la necessità di approfondire la tematica. Tale analisi permette di raccogliere informazioni, evidenziare i dati e riportare le azioni raccomandate dai più importanti organismi sanitari in risposta alla gestione dei disturbi mentali.

In conclusione, le considerazioni ottenute dalle varie interviste hanno ribadito la necessità di affinare l'indagine relativa a questi temi limitando l'ostinazione alla scarsa lungimiranza del sistema.

*Per le otto interviste complete ed ulteriori approfondimenti si rimanda all'appendice.*

### 3 APPROFONDIMENTO RAPPORTI OSMED

---

Nel seguente report vengono analizzati i dati relativi all'andamento e alle variazioni d'uso di psicofarmaci nel quinquennio compreso tra il 2018 e 2022. Sono considerate, in particolare, le categorie di farmaci ansiolitici e antidepressivi le quali sono già state approfondite precedentemente.

L'analisi si avvale dei rapporti OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego di Medicinali).

L'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali è una prestazione erogata dal Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la legge finanziaria 448 del 23 dicembre 1998 con lo scopo di raccogliere, analizzare e descrivere i dati forniti dal monitoraggio annuo sulla spesa e sull'utilizzo di farmaci in Italia.

Per la ricerca dei consumi in regime di assistenza convenzionata si sono impiegati i dati relativi ai flussi registrati dai rapporti OsMed, per quanto riguarda le categorie di farmaci utilizzati dalle strutture pubbliche viene usufruito il flusso della Tracciabilità del Farmaco. In merito agli approfondimenti relativi alle prescrizioni per età e genere, sono stati impiegati i dati provenienti da tutte le regioni italiane, raccolti dalle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN (Tessera Sanitaria).

I relativi consumi dei farmaci vengono espressi in DDD/1000 ab die, ossia in termini di dosi definite giornaliere ogni 1000 abitanti. L'utilizzo di questo tipo di classificazione permette di studiare in maniera direttamente confrontabile categorie di farmaci utilizzati a dosi diverse (cioè con una distinta potenza farmacologica) e con indicazioni terapeutiche differenti in relazione alle diverse aree geografiche o amministrative.

Le finalità principali di questa sezione sono la descrizione ed il confronto nell'uso di questi farmaci, in termini di consumo e spesa, su tutto il territorio nazionale. Si evidenzieranno le differenze d'uso per genere ed età nelle singole regioni italiane.

Lo studio dei dati seguirà un percorso logico, a partire da un'analisi su larga scala si approfondirà il progressivo aumento di spesa e consumo dei farmaci di classe terapeutica utilizzati per la cura del sistema nervoso centrale. Parte di questo aumento è giustificato dal robusto consumo di psicofarmaci. La maggior rappresentante di questa categoria è la classe delle benzodiazepine con attività ansiolitica, alla quale è attribuito il primo posto in termini di consumo per i farmaci di classe C. A sostegno di questa tesi saranno illustrati ed interpretati i dati di consumo di benzodiazepine e antidepressivi. L'utilizzo di quest'ultimi, però, è da analizzare considerando la loro bassa aderenza alla terapia, la quale esercita conseguenze non solo sui costi sanitari ma anche sullo stesso consumo di farmaci.

Verrà, infine, descritto l'andamento di consumo di alcune categorie di farmaci durante il periodo pandemico caratterizzato da maggiori restrizioni.

### 3.1 CONSUMO PER CLASSE TERAPEUTICA

Lo scopo di questa sezione consiste nell'analizzare l'andamento della spesa farmaceutica pubblica (considerando la spesa convenzionata lorda e la spesa dei medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche) per I livello ATC<sup>8</sup>.

*Tabella 3.1.1: Andamento della spesa nazionale (espressa in milioni di €) e percentuale di spesa sul totale di farmaci per la cura del sistema nervoso centrale. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.*

Anno	Spesa nazionale (milioni di €)	% sul totale	Delta (milioni di €)	Delta %
Anno 2018	1782,1	8,1		
Anno 2019	1840,2	7,9	58,1	3,3
Anno 2020	1876,7	8,2	36,5	1,9
Anno 2021	1918,5	8,2	41,8	2,2
Anno 2022	1989,9	8,0	71,4	3,7

Nel monitoraggio compiuto a livello nazionale, considerando il quinquennio 2018-2022, è emerso che la categoria di farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale<sup>9</sup> riveste costantemente il sesto posto per la categoria a maggior spesa pubblica.

Dall'analisi della precedente tabella compare chiaramente il progressivo aumento di spesa pubblica per quanto riguarda questa categoria di farmaci. In maniera quasi proporzionale è stato registrato anche un incremento percentuale sulla spesa totale. È possibile evincere come l'incremento di utilizzo dei farmaci per la cura del sistema nervoso centrale, nel quinquennio considerato, sia di 207,8 milioni di euro pari ad un aumento del 11,2 %.

---

<sup>8</sup> Sistema di classificazione ATC: "Il sistema di classificazione anatomico, terapeutico e chimico, sigla ATC dall'inglese Anatomical Therapeutic Chemical classification system, viene usato per la classificazione sistematica dei farmaci ed è controllato dall'Organizzazione mondiale della sanità." (Wikipedia, 2022).

<sup>9</sup> Farmaci per il SNC: "Antidepressivi-Ssri, antiepilettici, antidepressivi-altri, antiparkinson, agonisti selettivi dei recettori 5HT1, antipsicotici-altri, analgesici oppioidi, farmaci anti-demenza, antipsicotici tipici, antidepressivi-triciclici, altri analgesici ed antipiretici, benzodiazepine ed analoghi, altri, ecc." Fonte: (OsMed, 2019).

Tabella 3.1.2: Confronto 2018-2022 della spesa pro capite (espressa in €) SSN per I livello ATC. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

I livello ATC: sistema nervoso centrale	Spesa pro capite A-SSN (a) espr. in €	Spesa pro capite strutture sanitarie pubbliche (b) espr. in €	Spesa SSN (a + b) espr. in €
Anno 2018	22,5	6,9	29,5
Anno 2019	23,2	7,3	30,5
Anno 2020	23,6	7,8	31,5
Anno 2021	24,0	8,2	32,2
Anno 2022	23,8	9,8	33,6

Tabella 3.1.3: Confronto 2018-2022 del consumo (DDD/1000 ab die) SSN per I livello ATC. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

I LIVELLO ATC: sistema nervoso centrale	Consumo DDD/1000 ab die assistenza convenzionata (a)	Consumo DDD/1000 ab die strutture pubbliche (b)	Consumo DDD/1000 ab die SSN (a + b)
Anno 2018	65,1	24,2	89,4
Anno 2019	66,5	25,7	92,1
Anno 2020	67,8	26,6	94,4
Anno 2021	68,9	26,5	95,4
Anno 2022	70,3	27,9	98,1

Coerentemente con l'aumento registrato nella spesa complessiva, si è osservato un incremento della spesa relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata e della spesa compiuta dalle strutture sanitarie pubbliche. In termini di reale spesa pro capite si registra un lieve incremento nel corso del quinquennio, il quale risulta essere logico ed uniforme paragonandolo al consumo DDD/1000 ab die del medesimo intervallo di tempo considerato.

Seguiranno degli approfondimenti annuali relativi all'evoluzione della spesa sanitaria per la categoria di farmaci impiegati nelle cure del sistema nervoso centrale.

### 3.1.1 Sistema nervoso centrale anno 2018

Nel 2018 i farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale rappresentano la sesta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, in cui sono stati investiti 1.782 milioni di euro (pari all'8,1 % dell'intera spesa farmaceutica nazionale). La posizione assunta dalla medesima categoria è determinata principalmente dal contributo dato dall'acquisto di medicinali in regime di assistenza convenzionata. Di minore importanza l'apporto derivato dall'acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche di tali medicinali.

*L'analisi del profilo di farmaco-utilizzazione per fascia d'età e genere conferma il costante incremento dell'uso dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale al crescere dell'età per entrambi i generi, con una maggiore prevalenza d'uso nelle donne a partire dai 35 anni rispetto agli uomini, coerentemente con le differenze di genere nella frequenza delle malattie neuropsichiatriche. Parallelamente, anche la spesa pro capite sostenuta dal SSN aumenta con l'età dei pazienti, fino a raggiungere i livelli massimi di 68,7 euro e 87,1 euro pro capite, rispettivamente negli uomini e nelle donne con più di 75 anni (OsMed, 2019).*

La categoria degli antidepressivi SSRI rappresenta la categoria a maggior consumo. Ma il primato del principio attivo a maggior consumo, registrando un buon incremento rispetto all'anno precedente, viene assegnato alla vortioxetina<sup>10</sup>.

### 3.1.2 Sistema nervoso centrale anno 2019

In maniera equivalente rispetto all'anno precedente la classe dei farmaci adibiti alla cura del sistema nervoso centrale ottiene il sesto posto per la categoria terapeutica a maggior spesa pubblica. La spesa farmaceutica di tale categoria ammonta a 1.840,2 milioni di euro, pari al 7,9 % sul totale dell'intera spesa pubblica. È stata riscontrata una marginale diminuzione del contributo d'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche rispetto alla spesa di questa categoria di medicinali in regime di assistenza convenzionata, quest'ultima in aumento rispetto all'anno passato.

*L'analisi del profilo di farmaco-utilizzazione per fascia d'età e genere nell'ambito dell'assistenza territoriale (comprendente farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto) conferma il costante incremento dell'uso dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale al crescere dell'età, per entrambi i generi, con una maggiore prevalenza d'uso nelle donne a partire dai 35 anni, coerentemente con le differenze di genere nella frequenza delle malattie neuropsichiatriche. Parallelamente, anche la spesa pro capite sostenuta dal SSN aumenta con l'età dei pazienti, fino a raggiungere i livelli massimi di 61,8 euro e 78,3 euro pro capite, rispettivamente, negli uomini e nelle donne con più di 75 anni (OsMed, 2020a).*

La spesa per i farmaci del sistema nervoso centrale sostenuta dall'assistenza convenzionata ha subito un incremento rispetto all'anno precedente dovuto ad una lieve diminuzione dei prezzi, un aumento dei consumi e un passaggio verso la prescrizione di

---

<sup>10</sup> Vortioxetina: "Medicinale indicato per il trattamento degli episodi depressivi maggiori negli adulti."Fonte: (AIFA, 2023).

farmaci maggiormente costosi. Ugualmente all'anno precedente, la categoria di antidepressivi SSRI è la categoria di farmaci a maggior consumo, confermando nuovamente la vortioxetina come il principio attivo a maggior utilizzo.

### 3.1.3 Sistema nervoso centrale anno 2020

Ancora una volta la categoria di farmaci adibiti alla cura del sistema nervoso centrale occupa il sesto posto per categoria a maggior spesa pubblica, con 1.876,7 milioni di euro, equivalente all'8,2 % dell'intera spesa nazionale. A supporto dell'aumento della spesa pubblica è possibile registrare un incremento della spesa pro capite complessiva, la quale ha registrato un lieve aumento dell'1,1 % rispetto all'anno precedente; anche se la spesa relativa all'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche è di minor spessore, è stato comunque segnalato un incremento del 6,0 % rispetto all'anno trascorso.

*L'analisi del profilo di farmaco utilizzazione per fascia d'età e genere nell'ambito dell'assistenza territoriale (comprendente farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto) conferma il costante incremento dell'uso dei farmaci del sistema nervoso centrale al crescere dell'età, per entrambi i generi, con una maggiore prevalenza d'uso nelle donne a partire dai 35 anni, coerentemente con le differenze di genere nella frequenza delle malattie neurologiche e psichiatriche. Nella fascia d'età con più di 75 anni si raggiunge, per le donne e gli uomini, il livello massimo di prevalenza (rispettivamente 4,03 % e 31,9 %) e di spesa (rispettivamente 78,35 e 61,16 euro pro capite) (OsMed, 2021).*

La spesa pro capite dei farmaci in capo all'assistenza convenzionata ha subito una lieve variazione dovuta fondamentalmente ad un incremento dei consumi, una minima contrazione dei prezzi e da un altrettanto lieve, se non nullo, ricorso a specialità medicinali di minor spesa. È possibile dichiarare, infine, che il tutto non ha portato ad una grande modifica in termini di costo medio per giornata di terapia.

Tra le categorie di farmaci che incidono maggiormente sulla spesa della medesima sezione si segnalano gli antiepilettici e gli SSRI. Da evidenziare che nel caso degli SSRI c'è una tendenza all'acquisto di farmaci meno costosi, implicando quindi una lieve diminuzione del costo medio per giornata di terapia.

### 3.1.4 Sistema nervoso centrale anno 2021

Similmente agli anni precedenti, anche nel 2021 la categoria di farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale rappresentano la sesta categoria a maggior spesa pubblica. La spesa complessiva di tale categoria è incrementata a 1.918,5 milioni di euro, sostenendo l'8,2 % della spesa complessiva nazionale.

Coerentemente all'aumento della spesa è stata registrata una crescita della quota pro capite complessiva, e della spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata rispetto all'anno precedente.

*L'analisi del profilo di farmaco utilizzazione per fascia d'età e genere nell'ambito dell'assistenza territoriale (comprendente farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto) conferma il costante incremento dell'uso dei farmaci del sistema nervoso centrale al crescere dell'età, per entrambi i generi, con una maggiore prevalenza d'uso nelle donne a partire dai 25 anni, in linea con i dati epidemiologici sulla frequenza delle malattie neurologiche e psichiatriche (OsMed, 2022). Come è possibile notare da questo estratto dal rapporto OsMed 2021, si riscontra una diminuzione della fascia d'età alla quale si registra una maggiore prevalenza d'uso nelle donne.*

Riguardo la spesa pro capite dell'assistenza convenzionata di questa categoria, si è registrato un leggero incremento di consumo rispetto all'anno precedente dovuto fondamentalmente ad un aumento sia dei consumi che dei prezzi implicando, così, un innalzamento del costo medio per giornata di terapia.

*Analizzando le singole sottocategorie risulta che "altri antiepilettici", "inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI)" e "altri antidepressivi <sup>11</sup>" sono quelle che incidono maggiormente sulla spesa (OsMed, 2022).*

Gli SSRI hanno i maggiori livelli di consumo degli ultimi anni con 30,0 DDD/1000 abitanti die, che rappresentano poco meno della metà dell'intera categoria.

Per quanto riguarda gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche è stato registrato un incremento del 4,6 % in termini di spesa anche se si è andati incontro ad una riduzione dei consumi. Questo fa desumere che vi sia stata una maggiore tendenza all'utilizzo di farmaci più costosi che hanno comportato un incremento del costo medio per giornata di terapia, in particolare il 5,4 % in più rispetto all'anno precedente.

---

<sup>11</sup> Altri antidepressivi: "Ademetionina, agomelatina, bupropione, iperico estratto secco, mianserina, mirtazapina, oxitriptano, reboxetina, trazodone". Fonte: (OsMed, 2019).

### 3.1.5 Sistema nervoso centrale anno 2022

Riconfermato il sesto posto tra le categorie a maggior spesa pubblica anche nel 2022. La spesa complessiva adibita all'acquisto di farmaci per la cura del sistema nervoso centrale ammonta a 1.989,9 milioni di euro, rappresentando una percentuale pari all'8,0 % sul totale. Il valore assunto dalla spesa pro capite complessiva è di 33,58 euro, registrando un leggero aumento del 4,3 % rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata, invece, si registra una lieve riduzione rispetto al 2021 di circa uno 0,7 %. Anche se di minor rilievo, la spesa compiuta dalle strutture sanitarie pubbliche registra un aumento di 18,7 % in relazione sempre al 2021.

*L'analisi del profilo di farmaco-utilizzazione per fascia d'età e sesso nell'ambito dell'assistenza territoriale (comprendente farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto) conferma il costante incremento dell'uso dei farmaci del sistema nervoso centrale al crescere dell'età, per entrambi i sessi, con una maggiore prevalenza d'uso nelle femmine a partire dai 15 anni di età, in linea con i dati epidemiologici sulla frequenza delle malattie neurologiche e psichiatriche. Nella fascia d'età con più di 75 anni si raggiunge, per le femmine e i maschi, il maggiore livello di prevalenza (rispettivamente 45,0 % e 33,5 %) e di spesa (76,13 e 59,96 euro pro capite rispettivamente). In età evolutiva (5-14 anni) circa un ragazzo su 100 riceve nel corso di un anno almeno una prescrizione di farmaci del sistema nervoso centrale, principalmente antidepressivi, antipsicotici e antiepilettici (OsMed, 2023).*

Dall'indagine compiuta nei sottogruppi della stessa categoria si è registrato che "altri antidepressivi", "inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI" e "altri antiepilettici" sono la categoria che influiscono maggiormente sulla spesa, in particolare gli SSRI rappresentano circa la metà dell'intera categoria. Queste tre classi appena citate registrano un aumento rispetto al 2021 in termini di consumo, mentre per quanto riguarda la spesa solo per gli SSRI si segnala una riduzione dello 0,4 % con una tendenza all'acquisto di farmaci meno costosi. La vortioxetina, principio attivo tra i più utilizzati, riporta un incremento di spesa convenzionata del 13,6 % rispetto al 2021.

*Per quanto riguarda invece gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, si osserva un aumento sia della spesa (+18,2 %) che dei consumi (+4,6 %), con una maggiore propensione all'utilizzo di farmaci più costosi (effetto mix <sup>12</sup>: +15,2 % e costo medio per DDD +13,0 %), nonostante i prezzi si siano ridotti dell'1,8 % rispetto all'anno precedente. (OsMed, 2023).*

---

<sup>12</sup> Effetto mix: " Spostamento delle prescrizioni verso formulazioni più costose".Fonte: (Ministero della salute, 2023).



La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) della categoria di farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale è in continua crescita, la maggior parte dei consumi sono prevalentemente destinati al trattamento di patologie croniche.

La posizione assunta da tale categoria, in conclusione, è frutto di un'ampia diffusione di farmaci che presentano a livello nazionale dei picchi di consumo; l'ampia diffusione di utilizzo di benzodiazepine sommata al forte incremento d'uso di antidepressivi sono da reputarsi i principali responsabili della posizione di tale categoria. Non meno rilevanti sono gli incrementi di utilizzo degli altri farmaci psicoattivi.

### 3.2 PRIME VENTI CATEGORIE TERAPEUTICHE DI CLASSE C

Negli ultimi anni in Italia, come negli altri Paesi occidentali, si è assistito ad un considerevole aumento di utilizzo delle benzodiazepine facendo sì che esse assumano, in questa maniera, un ruolo centrale nella vita di chi le utilizza cronicamente. Il consumo di questi farmaci molto spesso perdura nel tempo, nonostante le disposizioni in vigore raccomandino un utilizzo limitato portando così a cospicue manifestazioni di dipendenza e tolleranza.

*Diverse strategie sono state messe in atto per ridurre il consumo delle benzodiazepine, una delle quali la non rimborsabilità per l'utilizzo a livello territoriale [...] A latere, si deve osservare come la diffusione di questa categoria di farmaci non sia unicamente imputabile alla prescrizione dello psichiatra: infatti, anche in numerose condizioni cliniche di tipo neurologico (ad es., epilessia, distonie, etc.), gastrointestinale (ad es., colite spastica) o cardiovascolare (ad es., tachicardia, ipertensione, etc.) le benzodiazepine costituiscono, frequentemente, parte del trattamento prescritto dagli altri specialisti o dai medici di medicina generale<sup>13</sup>.*

Questa visione ha portato all'erogazione di tali farmaci esclusivamente a carico del cittadino (fatta eccezione di particolari esenzioni), con il fine ultimo di limitarne l'uso. Tuttavia, la misura adottata dal Servizio Sanitario Nazionale non è stata del tutto efficace in quanto il costo delle specialità in commercio è per lo più accessibile.

Va precisato, che il continuo consumo di benzodiazepine può portare a problemi di assuefazione e dipendenza dovuti all'interruzione del trattamento. Inoltre, dall'uso terapeutico di tali specialità, si può procedere a fenomeni di autocura utilizzando terapie inadeguate. *Va infine menzionato come ricercatori e clinici abbiano rilevato, in questi ultimi anni, una diffusione delle benzodiazepine al di fuori del contesto istituzionale sanitario e legale, agevolata – in certi contesti – da un mercato nero o grigio che garantisce l'accesso al farmaco anche in assenza della prescrizione medica (Ibanez et al., 2013).*

---

<sup>13</sup> (Medicina delle Dipendenze, 2013).

Si propone un'analisi relativa al consumo e alla spesa dei farmaci di classe C nel corso del quinquennio.

Tabella 3.2.1: Prime venti categorie terapeutiche di classe C a maggior spesa (espressa in milioni di €) nel 2018. Dati tratti da Rapporto OsMed 2018.

ATC	Sottogruppo	Spesa (milioni di €)	Consumo DDD/1000 ab die
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	357,7	25,7
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	219,1	1,5
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	189,0	18,9
N	Anilidi	167,8	5,4
N	Derivati benzodiazepinici ipnotici	122,2	18,9
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	78,4	4,2
D	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	65,0	2,9
R	Corticosteroidi	60,6	4,6
R	Mucolitici	58,0	5,6
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	57,5	1,1
N	Analoghi delle benzodiazepine	55,6	4,6
A	Lassativi ad azione osmotica	55,1	1,6
N	Altri psicostimolanti e nootropi	50,0	1,1
N	Preparazione antivertigine	46,8	2,7
M	Bifosfonati	45,4	0,0
B	Eparinici	44,1	2,0
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	38,1	0,0
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	34,5	3,2
D	Altri antibiotici per uso topico	34,3	3,2
N	Benzamidi	34,3	1,0

Nel 2018 la spesa per i farmaci di classe C ammonta a 5,4 miliardi di euro, con un leggero incremento del 2,2 % rispetto all'anno precedente dovuto principalmente ad un aumento della richiesta seguito da una riduzione dei prezzi. Nello stesso anno, ma si potrà confermare lo stesso anche nel quinquennio successivo, risultano di principale interesse i derivati benzodiazepinici ansiolitici.

Essi rappresentano la categoria a maggior acquisto, sostenendo il 12,4 % della spesa sul totale. La spesa di tale sottogruppo, come si evince dalla tabella, ammonta a 357,7 milioni di euro e seguirà un crescente aumento nel corso dei successivi anni.

Tabella 3.2.2: Prime venti categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggior spesa (espressa in milioni di €) nel 2019. Dati tratti da Rapporto OsMed 2019.

ATC	Sottogruppo	Spesa (milioni di €)	Consumo DDD/1000 ab die
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	366,1	25,3
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	231,1	1,8
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	203,0	19,4
N	Anilidi	197,4	5,8
N	Derivati benzodiazepinici	130,7	19,6
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	85,2	4,5
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	73,9	3,2
R	Corticosteroidi	65,8	4,8
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	62,2	1,1
R	Mucolitici	61,3	5,6
N	Analoghi delle benzodiazepine	60,6	4,9
A	Lassativi ad azione osmotica	58,9	1,7
N	Altri psicostimolanti e nootropi	55,3	1,2
N	Preparati antivertigine	48,0	2,7
M	Bifosfonati	47,2	0,0
B	Eparinici	45,2	2,0
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	39,1	0,0
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	39,0	3,4
S	Antibiotici	36,8	2,5
D	Altri antibiotici per uso topico	36,2	3,2

Nel 2019 si riscontra un aumento pari al 6,6 % della spesa per i farmaci di classe C, giungendo ad un consumo di 5,7 miliardi di euro.

È possibile dedurre dalla presente tabella, come anche in questo caso, i derivati benzodiazepinici ansiolitici assumano il ruolo di farmaci maggiormente acquistati. Si registra una spesa pari a 366,1 milioni di euro, in crescita rispetto all'anno precedente del 2,3 %.

Tabella 3.2.3: Prime venti categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggior spesa (espressa in milioni di €) nel 2020. Dati tratti da Rapporto OsMed 2020.

ATC	Sottogruppo	Spesa (milioni di €)	Consumo DDD/1000 ab die
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	401,0	28,0
N	Anilidi	294,2	7,2
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	212,9	1,9
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	208,9	20,1
N	Derivati benzodiazepinici	140,6	21,4
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	88,5	4,6
N	Analoghi delle benzodiazepine	69,3	5,6
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	65,7	2,9
R	Corticosteroidi	65,4	4,7
A	Lassativi ad azione osmotica	64,7	2,0
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	60,1	1,1
N	Altri psicostimolanti e nootropi	55,4	1,2
R	Mucolitici	51,9	4,8
N	Preparati antivertigine	50,2	2,8
B	Eparinici	49,5	2,2
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	42,7	0,0
M	Bifosfonati	42,7	0,0
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	42,0	3,5
N	Benzamidi	38,7	0,3
J	Vaccini pneumococcici	35,8	0,0

Nel 2020 la spesa pubblica per i farmaci di classe C ha confermato circa i 5,7 miliardi di euro rilevando un aumento del 6,6 % rispetto all'anno passato, il quale risulta giustificato da un incremento dei prezzi e delle quantità richieste. Anche in questo caso, le benzodiazepine rappresentano la prima categoria in termini di maggior acquisto rappresentando circa il 12,3 % dell'intera classe, registrando una spesa in milioni pari a 401,0 , quota mai registrata precedentemente. Il tutto, conferma l'incremento di spesa del 9,5% rispetto all'anno precedente.

Tabella 3.2.4: Prime venti categorie di classe C con ricetta a maggior spesa (espressa in milioni di €) nel 2021. Dati tratti da Rapporto OsMed 2021.

ATC	Sottogruppo	Spesa (milioni di €)	Consumo DDD/1000 ab die
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	400,9	27,3
N	Anilidi	319,3	7,5
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	237,7	2,1
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	214,0	19,9
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	143,7	21,2
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	94,1	4,9
A	Lassativi ad azione osmotica	76,0	2,2
J	Vaccini influenzali	74,9	0,1
N	Analoghi delle benzodiazepine	73,3	5,8
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	71,9	3,1
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	69,2	1,2
R	Corticosteroidi	68,8	4,8
N	Altri psicostimolanti e nootropi	63,8	1,3
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	58,3	0,0
B	Eparinici	56,1	2,4
N	Preparati antivertigine	53,0	2,9
R	Mucolitici	47,4	4,2
M	Bifosfonati	45,2	0,0
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	44,7	3,5
N	Benzamidi	39,7	0,3

Nel 2021 la spesa di farmaci di classe C ha raggiunto i 6,1 miliardi di euro, con un incremento del 7,0 % rispetto all'anno precedente. *L'aumento rispetto all'anno precedente della spesa dei farmaci di classe C con ricetta è stato determinato principalmente da un aumento delle quantità (+3,9 %), da un incremento dei prezzi (+3,8 %) e, con minor incidenza, da uno spostamento verso specialità più costose (OsMed, 2022).*

Si registra nuovamente come i derivati benzodiazepinici ansiolitici rappresentino la categoria a maggior acquisto con una spesa pari a 400,9 milioni di euro, rimasta stazionaria rispetto all'anno precedente.

*Inoltre, tra i primi 20 principi attivi di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2021, sette sono benzodiazepine, figurando così la categoria a maggior acquisto, con il 17,8 % della spesa e circa il 25,5 % delle DDD della classe C con ricetta; tra queste, i derivati*

benzodiazepinici (ansiolitici), con una spesa di 400,9 milioni di euro e 27,3 DDD/1000 abitanti die, si collocano al primo posto tra le categorie a maggior spesa (OsMed, 2022).

Tabella 3.2.5: Prime venti categorie di classe C con ricetta a maggior spesa (espressa in milioni di €) nel 2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

ATC	Sottogruppo	Spesa (milioni di €)	Consumo DDD/1000 ab die
N	Derivati benzodiazepinici ansiolitici	379,3	26,1
N	Anilidi	272,6	8,0
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	240,6	2,3
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	215,6	19,8
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	144,3	21,6
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	94,1	4,9
J	Vaccini antiinfluenzali	79,6	0,2
R	Corticosteroidi	79,5	5,5
R	Mucolitici	78,6	7,0
A	Lassativi ad azione osmotica	76,9	2,1
N	Benzodiazepine analoghi	74,5	6,0
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	73,6	3,2
N	Altri psicostimolanti e nootropi	66,8	1,4
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	66,5	1,2
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	64,6	0,0
B	Eparinici	53,4	2,3
N	Preparati antivertigine	51,3	2,8
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	46,8	3,6
M	Bifosfonati	43,3	0,0
S	Antibiotici	37,8	2,5

Nel 2022 la spesa per i farmaci di classe C ha raggiunto un valore di 6,5 miliardi di euro, registrando un incremento del 6,9 % rispetto all'anno precedente; di questi più della metà è relativo a farmaci erogati con ricetta medica.

È stato, inoltre, segnalato un incremento dell'1,6 % rispetto all'anno precedente della spesa dei farmaci di classe C erogati con ricetta, il tutto dovuto fondamentalmente ad un aumento delle quantità (pari al 13,0 %) dacché che i prezzi sono rimasti stabili.

È possibile evidenziare dalla tabella precedente, come tra queste prime venti categorie sei appartengano alla classe di farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale.

La categoria dei derivati benzodiazepinici ad attività ansiolitica conferma il primo posto, sebbene con una diminuzione del consumo del 4,4 % DDD/1000 ab die e della spesa del 5,4 %, raggiungendo un importo pari a 379,3 milioni di euro.

### 3.3 ANDAMENTO BENZODIAZEPINE

Le benzodiazepine sono una delle classi di farmaci maggiormente utilizzate a livello mondiale. La loro immissione in commercio, negli anni '60, è stato un rilevante progresso da un punto di vista farmacologico e terapeutico. Il loro profilo beneficio/rischio decisamente più favorevole rispetto ai barbiturici, i sedativi-ipnotici fino ad allora in uso, ha portato in brevissimo tempo alla loro affermazione nel mercato. Dai dati che emergono pubblicati dai rapporti OsMed la categoria delle benzodiazepine rappresenta la prima voce di spesa tra i farmaci di classe C, definendola, così, la categoria a maggior acquisto<sup>14</sup>.

Proprio per questa sua collocazione, è necessario procedere con un'indagine più acuta: l'analisi andrà ad ampliare le conoscenze in merito all'aspetto economico sociale.

In particolare, si riporteranno i valori nazionali e successivamente regionali sui consumi di benzodiazepine. Si confronterà il consumo in relazione alla categoria terapeutica in base alle sostanze maggiormente utilizzate, ed infine si andranno ad approfondire i trend di consumo in relazione al costo medio di giornata di terapia.

Tabella 3.3.1: Derivati benzodiazepinici ansiolitici consumo (DDD/1000 ab die), spesa (in milioni di €) e percentuale su spesa totale 2018-2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

Anno	Consumo DDD/1000 ab die	Spesa (milioni di €)	% su spesa SSN
Anno 2018	25,7	357,7	12,4
Anno 2019	25,3	366,1	11,9
Anno 2020	28,0	401,0	12,3
Anno 2021	27,3	400,9	11,6
Anno 2022	26,1	379,3	10,8

L'analisi esordisce comparando i consumi di benzodiazepine e la relativa spesa pubblica nel corso del periodo considerato.

Come si evince dalla sopraindicata tabella il consumo di benzodiazepine in Italia nell'ultimo quinquennio è rimasto relativamente stabile, confrontando il dato del 2018 con quello del 2022. È necessario, però, approfondire la questione precisando che si tratta esclusivamente di una stabilità apparente che ha subito un forte incremento raggiungendo picchi di 28,0 e 27,3 DDD/1000 ab die nel biennio 2020-2021.

Fattori ambientali, sociali ed economici sono alla base di queste differenze appena citate.

<sup>14</sup> (Medicina delle Dipendenze, 2013).



### 3.3.1 Andamento benzodiazepine a livello regionale

Tabella 3.3.2: Benzodiazepine, andamento regionale consumo DDD/1000 ab die, confronto 2018-2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

Regione	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Piemonte	70,2	69,8	75,1	74,5	75,4
Valle d'Aosta	72,5	73,4	72,7	70,1	70,3
Lombardia	57,8	59,4	62,3	61,1	60,5
PA Bolzano	35,8	34,1	35,0	33,6	34,8
PA Trento	60,2	58,5	58,7	57,8	58,0
Veneto	68,8	71,1	73,2	71,4	71,8
Friuli-Venezia Giulia	60,7	61,3	63,6	62,1	64,0
Liguria	79,1	79,6	86,0	83,8	83,5
Emilia-Romagna	52,8	54,8	58,3	57,8	57,5
Toscana	48,3	47,0	50,0	49,4	48,0
Umbria	31,4	29,7	46,8	54,1	55,0
Marche	28,1	31,4	52,5	60,3	59,5
Lazio	45,1	49,4	52,6	51,6	52,0
Abruzzo	36,6	39,2	41,4	41,4	42,3
Molise	30,7	29,9	30,8	30,8	29,7
Campania	35,8	35,6	41,7	41,1	39,1
Puglia	28,7	30,6	32,8	32,3	32,0
Basilicata	27,2	27,5	28,7	28,2	26,5
Calabria	33,3	33,4	39,0	41,3	40,3
Sicilia	30,8	29,5	38,4	35,7	31,2
Sardegna	62,7	63,9	66,6	66,7	65,1
ITALIA	49,3	50,4	55,0	54,3	53,7
Nord	62,1	63,3	66,6	65,4	65,4
Centro	42,9	44,8	51,3	52,2	51,9
Sud e Isole	35,0	35,3	40,5	39,7	37,8

Analizzando i dati relativi ai consumi regionali nel corso del quinquennio emergono le seguenti considerazioni. Per quanto riguarda gli approfondimenti relativi agli andamenti di consumo di benzodiazepine e, successivamente, di antidepressivi è necessario compiere tali premesse: la variabilità di utilizzo dipende da molteplici fattori, tra cui la struttura del sistema sanitario locale, condizioni socioeconomiche regionali, ma anche i diversi rapporti tra genere e fasce d'età.

Le differenze di genere sono una caratteristica distintiva di questi disturbi. Questi effetti sono evidenti a più livelli e mostrano come il genere femminile vada incontro ad un maggior rischio di sviluppare umore depresso o ansioso correlato all'infiammazione. Alla base di tutto ciò si identifica il coinvolgimento di diversi elementi, tra cui genere, età, stato riproduttivo, interazioni tra ormoni sessuali (ad esempio fluttuazione dell'ormone ovarico influenzano la suscettibilità di una donna allo stress), stress psicosociale etc.<sup>15</sup>. C'è però da considerare che le differenze epidemiologiche tra genere nei disturbi d'ansia e nella depressione sono ben caratterizzate, anche se i circuiti e meccanismi alla base sono poco studiati dato che gli studi preclinici hanno storicamente escluso le femmine di roditore o in altre specie di animali usati in ambito di sperimentazione.

Come già citato anche il processo di invecchiamento, e quindi l'età, potrebbe esercitare un forte impatto sui disturbi depressivi e di ansia; d'altra parte, nella vecchiaia si possono verificare cambiamenti specifici delle funzioni cerebrali, i quali facilitano l'insorgenza di depressione, ansia, disfunzioni della memoria, disturbi del movimento in individui precedentemente sani.

Occorre precisare, infine, che il diverso utilizzo di benzodiazepine a livello regionale è influenzato anche dalle misure preventive adottate o meno a livello amministrativo locale: la scorretta o la completa mancanza di una integrazione alternativa alle benzodiazepine, come ad esempio l'aumento della disponibilità della psicoterapia, può portare ad un incremento d'uso della componente farmaceutica.

Nel 2018 l'andamento nazionale evidenzia una marcata differenza di utilizzo tra regioni, basti notare il consumo massimo avvenuto in Liguria (79,1 DDD) e il minimo della Basilicata (27,2 DDD). Dall'approfondimento che si ottiene nella parte inferiore della tabella considerata, si riscontra che le regioni del Sud, fatta eccezione della Sardegna, registrano quantitativi di consumo di benzodiazepine inferiore rispetto alla media nazionale.

Nell'anno successivo, 2019, è possibile notare un consumo di benzodiazepine rimasto pressoché stabile. Si distinguono i livelli massimi della Liguria con 78,6 DDD e minimi della Basilicata con 27,2 DDD. Confrontando Nord, Centro con Sud e Isole è possibile registrare un lieve aumento che però conferma il fatto che nelle regioni del Sud il consumo risulta minore. Marche, Lazio, Abruzzo e Puglia sono le regioni che registrano un maggior incremento di utilizzo rispetto all'anno passato.

Confermato anche per l'anno 2020 l'estrema variabilità in termini di consumo di benzodiazepine: il primato di consumo di utilizzo registrato dalla Liguria cresce a 86,0 DDD, mentre il valore minimo di consumo viene registrato sempre in Basilicata con 28,7

---

<sup>15</sup> (Ferrone, 2017).

DDD. È possibile notare come, dal 2019 a 2020, vi sia stato un enorme incremento di utilizzo nelle regioni di Marche e Umbria, facendo registrare un incremento rispettivamente pari al 67,5 % e 58,0 % . *In generale vi è un gradiente di aumento del consumo dalle Regioni del Sud (+15,0 %) rispetto a quelle del Nord (66,6 DDD)* (OsMed, 2021).

Ulteriormente confermata, anche per l'anno 2021 la grande variabilità regionale in termini di utilizzo di benzodiazepine. La Liguria rimane la regione a maggior consumo, anche se la DDD/1000 ab die diminuisce a 83,8 DDD e si attesta tre volte superiore rispetto a quella della Basilicata che registra un 28,2 DDD. *Umbria, Marche e Calabria sono le uniche Regioni che fanno rilevare un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente con valori pari a +15,6 %, +15,0 % e +6,0 % rispettivamente mentre la Sicilia registra la riduzione più marcata (-7,1 %) (OsMed, 2022).*

In conclusione, nel 2022 è nuovamente considerata l'ampia variabilità a livello geografico in termini di consumo di benzodiazepine. Si registra, infatti, un dato evidente riguardo l'estrema differenza che si ha tra Nord e Sud. Nel primo caso del 73,0 % in più rispetto al Sud e Isole, nelle quali è possibile evidenziare una riduzione dei consumi rispetto al 2021 del 4,9 %.

A livello regionale ancora una volta la Liguria registra livelli elevati: si evidenzia un consumo DDD di 83,5, il quale è tre volte superiore rispetto alla Basilicata (con 26,5 DDD). I maggiori aumenti si registrano in Friuli-Venezia Giulia e Bolzano.

Per quanto riguarda l'analisi della spesa e dei consumi delle benzodiazepine in Italia, è necessario compiere una puntualizzazione. I costi relativi al singolo medicinale possono variare da regione a regione, anche in relazione alle abitudini prescrittive dei medici di base.

Grafico 3.3.3: Benzodiazepine, consumo (DDD/1000 ab die) per categoria terapeutica. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

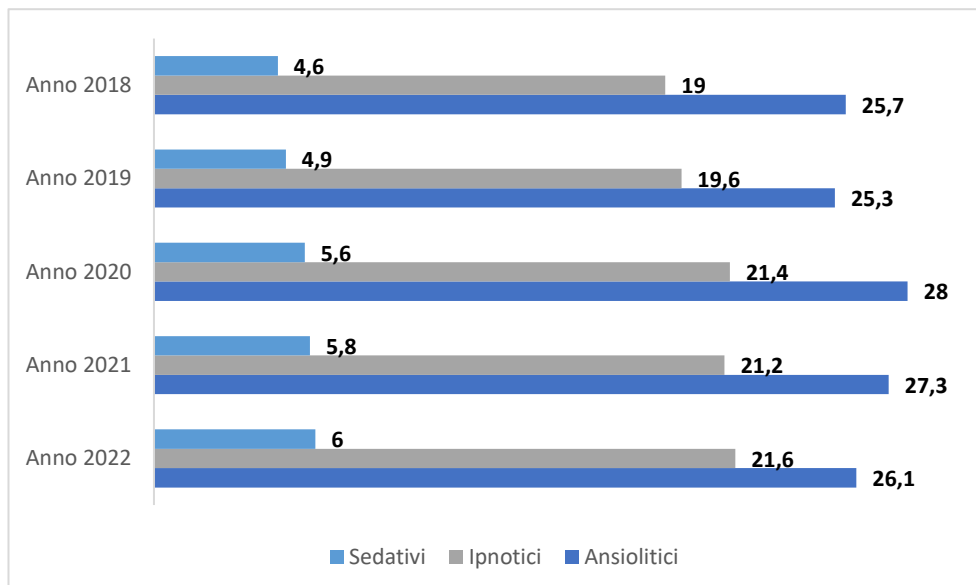
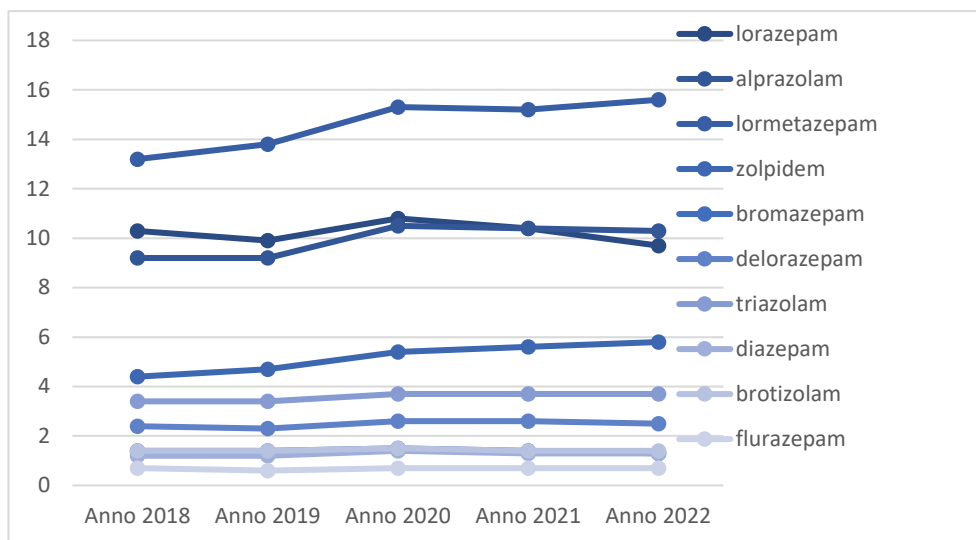


Grafico 3.3.4: Benzodiazepine, consumo (DDD/1000 ab die) per sostanza. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.



Riepilogando, il consumo di benzodiazepine, sia a livello nazionale che nelle singole regioni, ha riportato un pressoché costante incremento di utilizzo e consumo dal 2018 al 2022. Questa classe di psicofarmaci, però, comprende ansiolitici, ipnotici e sedativi. Nel grafico precedente è possibile approfondire i consumi nelle diverse categorizzazioni per classe terapeutica. L'aumento di consumo coinvolge tutte le classi, ma si distingue l'innalzamento marcato della categoria degli ansiolitici.

Nel 2018 le benzodiazepine a carattere ansiolitico e ipnotico sedativo rivestono circa il 90,0 % del consumo dell'intera categoria, e si collocano al primo e al quinto posto in termini di spesa tra le categorie di classe C. Lormetazepam (13,2 DDD), Lorazepam (10,3 DDD) e Alprazolam (9,2 DDD) sono i tre principi attivi maggiormente prescritti.

Anche nel 2019 le benzodiazepine ad effetto ansiolitico e ipnotico rappresentano il 90 % del consumo dell'intera categoria, occupando così il primo e il quinto posto in termini di spesa tra i farmaci di classe C (le prime registrando un aumento del 2,5 % e le seconde del 7,0 % rispetto all'anno precedente). Lormetazepam (13,8 DDD), Lorazepam (9,9 DDD) e Alprazolam (9,2 DDD) rappresentano i tre principi attivi maggiormente prescritti.

Nel 2020 è stato possibile registrare un netto aumento del consumo di benzodiazepine ad azione ansiolitica (28,0 DDD), il quale supera maggiormente i valori degli anni precedenti. È possibile notare un incremento di tutte e tre le categorie, anche se le maggiori variazioni, nonostante sia costituito da valori assoluti più bassi, si osservino per i sedativi. Il Lormetazepam è la molecola a maggior utilizzo a livello nazionale, assumendo un valore DDD pari a 15,3 e sebbene presenti il minor costo di terapia per giornata, 0,19 euro (circa l'80,0 % più basso rispetto a quello del Delorazepam).

Sebbene con una lieve diminuzione, anche nel 2021 il consumo di benzodiazepine ad azione ansiolitica rivestono la categoria a maggior utilizzo tra le tre, attestando un valore di DDD pari a 27,3.

*Alprazolam e Lorazepam, con rispettivamente 2,28 e 2,00 euro pro capite, si confermano nel 2021 le sostanze a maggior spesa e tengono conto del 41,0 % del totale delle benzodiazepine, con il primo che registra un aumento rispetto al 2020 del 2,4 % e il secondo rimane stabile (-0,9 %). Il Lormetazepam è invece la molecola a maggior utilizzo nella popolazione con un valore di 15,2 DDD, e presenta, inoltre, il minore costo per giornata di terapia dell'intera categoria (0,20 euro), circa il 90,0 % inferiore a quello del bromazepam (1,65 euro), che va utilizzato per periodi non superiori alle 12 settimane per i disturbi dell'ansia e di 4 settimane per l'insonnia (OsMed, 2022).*

Infine, nel 2022 con un costo pari a 379,3 milioni di euro, le benzodiazepine con attività ansiolitica rivestono la categoria a maggior spesa rappresentando circa il 63,4 % dell'intera categoria, sebbene si sia registrata una riduzione rispetto all'anno precedente del 5,0 %.

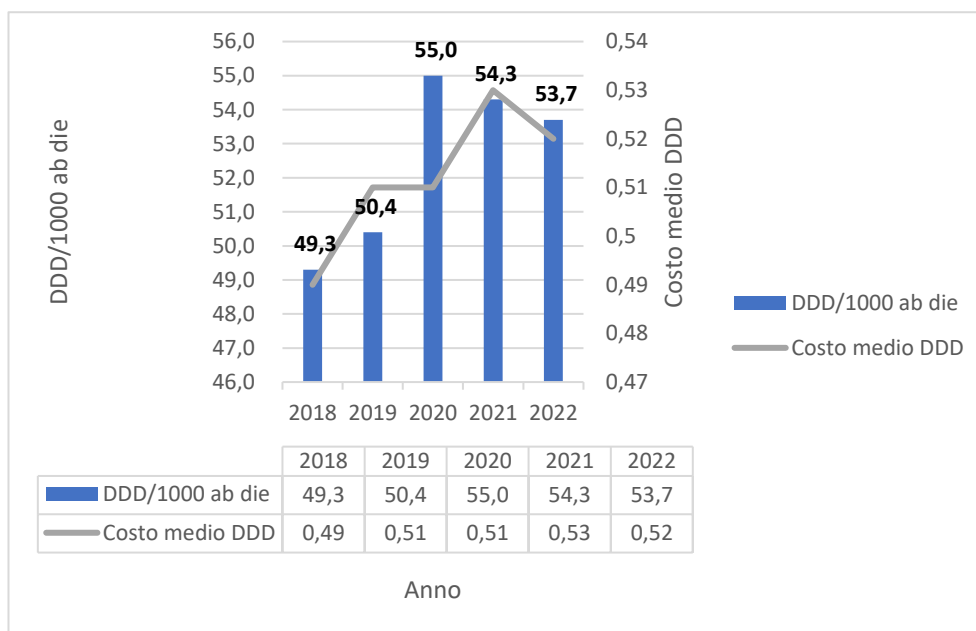
*Alprazolam e Lorazepam, con rispettivamente 2,25 e 1,84 euro pro capite, si confermano nel 2022 le sostanze a maggior spesa occupando il 40,4 % del totale delle benzodiazepine, con riduzioni rispettivamente dell'1,4 % e del 7,8 %.*

*Il Lormetazepam è la molecola a maggior utilizzo nella popolazione con un valore di 15,6 DDD, e presenta, inoltre, il minore costo per giornata di terapia dell'intera categoria (0,20 euro) (OsMed, 2023).*

È necessario ribadire che l'utilizzo diffuso di un particolare principio attivo rispetto ad un altro è frutto delle abitudini prescrittive degli esperti ma dipende anche dalle capacità promozionali delle singole aziende farmaceutiche.

### 3.3.2 Benzodiazepine, andamento temporale 2018-2022 del consumo territoriale in relazione al costo medio DDD

Grafico 3.3.5: Benzodiazepine, andamento temporale 2018-2022 del consumo territoriale e del costo medio DDD. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.



Dal precedente grafico è possibile approfondire la relazione tra consumo medio DDD/1000 ab die con il relativo costo medio DDD nel corso dell'intervallo di tempo considerato.

Nei quattro anni antecedenti al 2018 (2018 compreso) il costo medio per giornata di terapia ha mantenuto un costo stabile pari a 0,49 euro il quale ha affrontato un leggero incremento nel 2019 e 2020 arrivando a 0,51 euro.

Nel 2021 il costo medio per giornata di terapia risulta doppio negli ansiolitici (0,66 euro) rispetto agli ipnotico (0,30 euro). Sempre per il 2022 è stato registrato che *gli ansiolitici sono la categoria a maggior spesa con 6,77 euro pro capite e consumo di 27,3 DDD; mentre la prima si mantiene pressoché stabile (+0,7 %) in confronto all'anno precedente i consumi registrano una contrazione del 2,3 % (OsMed, 2022).*

Concludendo, il consumo di benzodiazepine ha raggiunto il valore di 53,7 DDD/1000 ab die, registrando una riduzione del 1,2 % rispetto al 2021, *mentre negli ultimi 8 anni si è registrata un incremento del 34,0 % con una variazione media annuale del +4,3 %.* Nello stesso periodo il costo medio per giornata di terapia si è mantenuto stabile con valori compresi tra 0,49 del 2015 e 0,52 euro nel 2022 (OsMed, 2023).

È necessario precisare, come si evince dal grafico che precede, che la spesa farmaceutica territoriale complessiva di benzodiazepine è frutto di un incremento di utilizzo seguito da una crescita dei costi medi DDD.

### 3.4 ANDAMENTO FARMACI ANTIDEPRESSIVI

Tabella 3.4.1: Antidepressivi, consumo DDD/1000 ab die, spesa (in milioni di €) e percentuale su spesa totale. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

Anno	Consumo DDD/1000 ab die	Spesa (milioni di €)	% su spesa SSN
Anno 2018	41,6	382,1	1,7
Anno 2019	42,4	391,6	1,7
Anno 2020	43,6	399,4	1,7
Anno 2021	44,6	391,6	1,7
Anno 2022	45,8	415,9	1,7

\*per antidepressivi si intendono le categorie di antidepressivi SSRI, "altri antidepressivi", antidepressivi SNRI, antidepressivi di I generazione da soli o in associazione.

Anche per i farmaci antidepressivi l'analisi ha inizio dal 2018, il quale registra esso stesso un incremento rispetto agli anni precedenti: si passa da un consumo di 39,0 DDD/1000 ab die del 2013 a 41,6 DDD/1000 ab die del 2018.

Nel 2019 gli antidepressivi rivestono un consumo di 42,4 DDD/1000 ab die. Il tutto aumentato rispetto all'anno precedente per una percentuale pari al 2,1 %.

Nell'anno successivo, 2020, è possibile decretare un consumo pari a 43,6 DDD/1000 ab die, pari ad un incremento del 10,0 % rispetto all'anno 2013 che è stato citato precedentemente. È possibile compiere un'altra considerazione, in quanto nello stesso periodo, 2013-2020, il costo della terapia giornaliera si è ridotto da 0,53 euro a 0,42 euro. Questo è dovuto fondamentalmente ad una scadenza brevettuale di importanti principi attivi, come ad esempio escitalopram, duloxetina e bupropione comportando una riduzione del costo di terapia. *Nel 2020 il consumo degli antidepressivi rappresenta il 3,7 % del consumo totale di farmaci in Italia, con un aumento, rispetto al 2019, dell'1,7 %. Analogamente la spesa pro-capite evidenzia un incremento del 2,3 % attestandosi nel 2020 a 6,7 euro pro capite (OsMed, 2021).*

Nel 2021 si attesta un livello di consumo giornaliero di farmaci antidepressivi pari a 44,6 DDD ogni 1000 abitanti, confermando un ulteriore aumento rispetto all'anno precedente del 2,4 % e con una variazione media annua del 1,9 % dall'anno 2014. *Il costo medio per DDD nel 2021 è stato di 0,42 euro, rimasto stabile dal 2016 dopo la scadenza brevettuale di importanti principi attivi, quali escitalopram (2014), duloxetina (2015) (OsMed, 2022).*

Infine, nel 2022 l'impiego giornaliero di antidepressivi ha raggiunto un consumo di 45,8 DDD/1000 ab die, registrando in questo modo un netto aumento di 2,6 % rispetto all'anno precedente e una variazione media annua del 2,0 % considerando l'utilizzo dal 2016. Attraverso i dati ottenuti dai sistemi di monitoraggio è possibile delineare un costante incremento di consumo, e quindi spesa, di farmaci antidepressivi. Inoltre, se si paragonano i dati della tabella considerata, con i valori relativi al consumo di farmaci

ansiolitici, è possibile notare come il consumo di antidepressivi sia quasi doppio rispetto quello degli ansiolitici.

### 3.4.1 Andamento farmaci antidepressivi a livello regionale

Tabella 3.4.2: Antidepressivi, andamento regionale consumo DDD/1000 ab die confronto 2018-2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

Regione	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Piemonte	47,3	48,5	49,2	50,4	52,5
Valle d'Aosta	40,0	41,5	42,1	43,6	44,9
Lombardia	39,5	39,9	40,7	42,3	43,6
PA Bolzano	54,5	56,0	56,1	57,1	59,0
PA Trento	41,5	42,6	43,2	45,1	46,0
Veneto	40,3	41,2	42,2	43,1	44,4
Friuli-Venezia Giulia	35,7	36,4	35,3	37,8	39,1
Liguria	55,2	56,2	57,9	58,7	60,3
Emilia-Romagna	52,1	53,3	53,6	55,1	57,1
Toscana	62,2	63,1	65,2	66,3	67,6
Umbria	53,9	54,5	57,1	57,6	57,8
Marche	43,6	44,9	45,6	46,7	47,5
Lazio	36,7	37,7	38,7	39,5	40,4
Abruzzo	40,1	41,3	42,9	43,6	45,0
Molise	34,4	35,5	36,8	37,5	38,3
Campania	32,1	32,9	34,2	35,1	35,8
Puglia	32,6	33,7	35,2	35,8	36,5
Basilicata	31,9	32,9	34,1	34,9	35,8
Calabria	38,8	39,5	41,3	41,4	41,8
Sicilia	33,0	33,8	35,2	35,7	36,4
Sardegna	45,1	45,1	47,1	48,2	49,4
ITALIA	41,6	42,4	43,6	44,6	45,8

*La depressione è una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo e una delle condizioni che maggiormente impatta sulla salute e sulla qualità della vita dell'individuo, nonché sul sistema salute. La depressione, infatti, aumenta i costi sociosanitari, la*



*sofferenza personale, la disabilità psicosociale, il rischio di comorbidità e mortalità associate<sup>16</sup>.*

Come è stato accurato dalle analisi precedenti, il consumo di questi medicinali è aumentato nel corso degli anni in tutta la nazione, e proprio per questo motivo risulta fondamentale tenere monitorato il consumo per avere un costante aggiornamento sulla situazione dal punto di vista economico sociale.

Per la categoria degli antidepressivi, il dato che richiede maggiore riflessione è la marcata variabilità interregionale.

Come si evince dalla presente tabella, nel 2018 è stata registrata un'evidente varietà di consumo dal punto di vista regionale: valori molto discostati, se non doppi, li ritroviamo confrontando ad esempio la Sardegna (con 62,2 DDD) con la Basilicata (con 31,9 DDD).

Medesimo discorso viene confermato per il 2019, confrontando questa volta la Toscana (63,1 DDD) con la Campania (32,9 DDD). Il quantitativo di dosi maggiormente consumate viene attestato nelle regioni di Marche e Sardegna rilevando anche un costo di terapia per giornata più elevato rispetto alla media nazionale.

Anche nel 2020 la Toscana è la regione italiana in cui vi è un maggior consumo di farmaci antidepressivi, definendo un valore DDD/1000 ab die di 65,2 , in continuo incremento rispetto agli anni precedenti. Le regioni del centro Italia assumono un quantitativo di farmaci antidepressivi maggiore del 10,0 % rispetto al nord Italia e del 34,0 % rispetto al Sud e Isole. *Per gli antidepressivi si osserva una limitata variabilità regionale per il costo medio per giornata di terapia mentre, come già rilevato, vi sono differenze sostanziali per quanto riguarda i livelli di uso. Marche e Sardegna sono le Regioni che hanno un consumo e un costo per giornata di terapia lievemente superiore alla media nazionale, il Friuli-Venezia Giulia è invece la Regione che utilizza meno antidepressivi ad un costo minore (OsMed, 2021).*

Pure nel 2021 le regioni del centro Italia registrano un consumo d'uso (50,4 DDD) maggiore del 10,0 % rispetto alle regioni del Nord (46,9 DDD) e del 33,0 % rispetto alle regioni del Sud e Isole (37,7 DDD). Coerentemente con tutto ciò, la Toscana è la regione italiana con il maggior utilizzo di farmaci antidepressivi raggiungendo un valore massimo di 66,0 DDD/1000 ab die, doppio rispetto a Campania e Basilicata. *Tutte le Regioni rilevano degli aumenti di spesa e consumo rispetto all'anno precedente, in particolare il Friuli-Venezia Giulia (+8,6 % e +7,3 % rispettivamente) anche se è la Regione che utilizza meno antidepressivi e ad un costo minore della media nazionale. Per gli antidepressivi si osserva una limitata variabilità regionale per il costo medio per giornata di terapia. Marche e Sardegna sono le Regioni che hanno un consumo e un costo per giornata di terapia superiore alla media nazionale (OsMed, 2022).*

Riconfermata nel 2022 l'estrema variabilità di consumo tra le regioni del centro (che registrano un utilizzo pari a 51,3 DDD/1000 ab die) rispetto al nord (che registra un consumo di 48,5 DDD/1000 ab die). Di notevole importanza è anche l'estrema differenza di consumo che si demarca confrontando il nord ed il centro Italia con il sud e isole, il

---

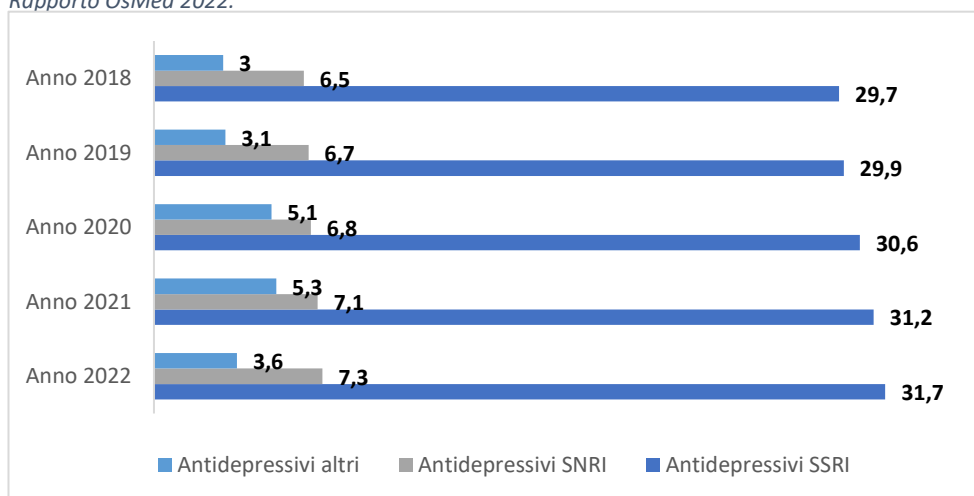
<sup>16</sup> (SEPAF, 2012).

quale conferma un livello di consumo di 38,5 DDD/1000 ab die. Coerentemente con quanto evidenziato finora, si segnala che la Toscana è la regione italiana con maggior impiego di farmaci antidepressivi, ottenendo un consumo di 67,6 DDD/1000 ab die, un valore quasi doppio rispetto alla Campania e la Basilicata.

*Tutte le Regioni rilevano degli aumenti di spesa e consumo rispetto all'anno precedente, in particolare il Piemonte e l'Emilia-Romagna. Per gli antidepressivi si osserva una limitata variabilità regionale per il costo medio per giornata di terapia (CV 8,0 %). Marche e Sardegna sono le Regioni che hanno un consumo e un costo per giornata di terapia superiore alla media nazionale (OsMed, 2023).*

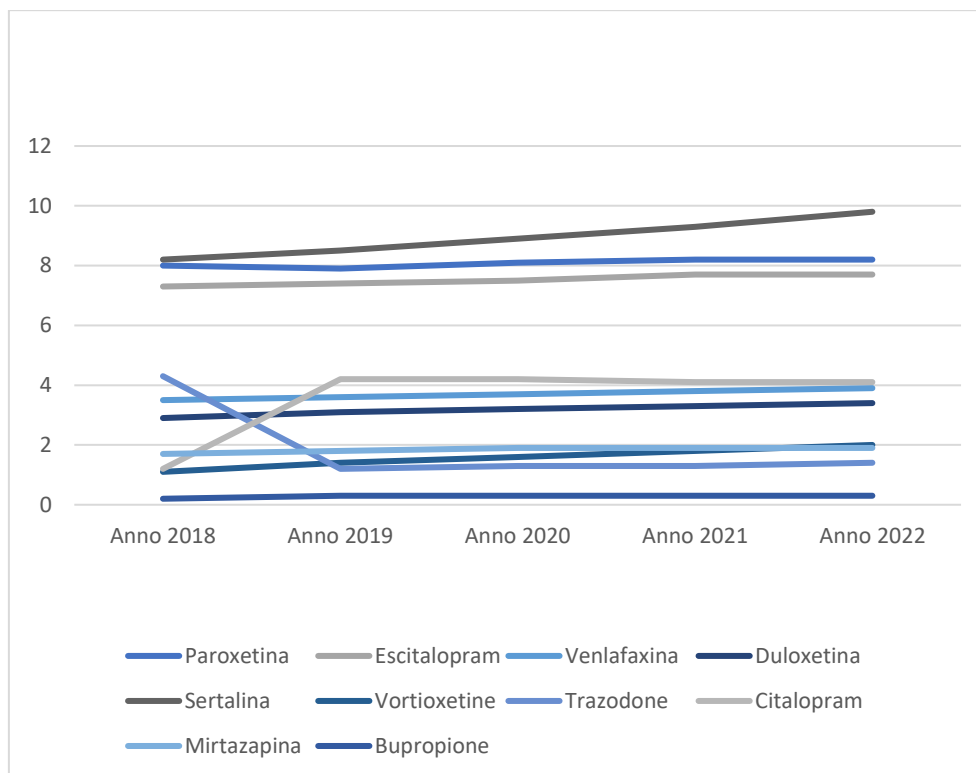
Tra le principali finalità dei rapporti OsMed si segnala la valutazione, non solo delle regioni in cui vi è maggior prescrizione di farmaci, ma anche delle regioni che prescrivono terapie a costo superiore o inferiore rispetto alla media nazionale. Farmaci antidepressivi e ansiolitici ne sono l'esempio. I rapporti OsMed utilizzati per questo report sono uno strumento di analisi approfondita per quanto riguarda *la comprensione delle prescrizioni, per la gestione ed il contenimento della spesa farmaceutica, per impostare politiche di risparmio e di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni. Essendo però le prescrizioni effettuate dai medici, c'è da chiedersi quanti di essi ne vengono messi a conoscenza e da domandarsi quanto la prescrizione, sia in termini di appropriatezza che di contenimento dei costi, potrebbe migliorare se divenisse da parte dei prescrittori uno strumento di riflessione sul proprio operato*<sup>17</sup>.

Grafico 3.4.3: Antidepressivi, consumo (DDD/1000 ab die) per categoria terapeutica 2018-2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.



<sup>17</sup> (SEPAF, 2012).

Grafico 3.4.4: Antidepressivi, consumo (DDD/1000 ab die) per sostanza 2018-2022. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.



Si procede con un'analisi approfondita del consumo di antidepressivi per classe terapeutica.

Dal presente grafico, emerge in maniera evidente che la categoria di farmaci antidepressivi SSRI è la più utilizzata. L'enorme utilizzo di farmaci SSRI è motivato dal fatto che essi sono i farmaci antidepressivi più sicuri, tollerabili e selettivi.

Nel 2018 gli SSRI si confermano, come per il resto del quinquennio, la categoria di farmaci antidepressivi maggiormente utilizzata. La paroxetina (farmaco antidepressivo appartenente alla classe degli SSRI) è il principio attivo più utilizzato, con un DDD/1000 ab die pari a 8,0. La vortioxetina (antidepressivo della classe dei modulatori della serotonina e stimolatori entrato in commercio nel 2016), sebbene registri il consumo più basso dopo il bupropione, è il farmaco con il maggior incremento rispetto all'anno precedente (+40,5 %) (OsMed, 2019).

Un leggero incremento di utilizzo, pari allo 0,9 %, si registra per la categoria degli SSRI nel 2019; il consumo pari a 29,9 DDD riconferma la posizione assunta di questa categoria. Coerentemente con quello appena definito anche nel 2019 la paroxetina è il farmaco maggiormente utilizzato dell'intera categoria, con un DDD leggermente inferiore ma comunque rilevante (7,9 DDD). Anche se all'interno della classe è la sertralina a far registrare il maggior incremento (+3,7 %); altre molecole con importanti aumenti sono il bupropione (+6,2 %), inibitore della ricaptazione della noradrenalina-dopamina indicato per la disassuefazione al fumo, e la duloxetina (+5,3 %) (OsMed, 2020a).

Nel 2020 gli SSRI conducono la classifica, occupando il 70,0 % del consumo (con un DDD pari a 30,6) rivestendo il 50,0 % dell'intera spesa della categoria antidepressivi. Sia per quanto riguarda il costo che l'utilizzo, è stato registrato un incremento rispetto all'anno precedente dell'1,4 %. Da sottolineare che la paroxetina si riconferma la molecola a maggior spesa (con un costo pari a 1,01 euro pro capite), mentre per quanto riguarda la sertralina risulta essere quella a maggior consumo (con un DDD pari a 8,9).

Nel 2021 gli SSRI registrano un ulteriore aumento di utilizzo, raggiungendo il 31,2 DDD/1000 ab die e confermando il consumo al 70,0 % dell'intera categoria e il 50,0 % della spesa della medesima. Si registra un incremento del consumo pari a 1,9 % rispetto all'anno passato e 1,5 % per quanto riguarda la spesa confrontata con la categoria complessiva. *La paroxetina, con 1,02 euro pro capite, stabile rispetto al 2020, si conferma la molecola a maggior spesa, mentre la sertralina quella a maggior consumo (9,3 DDD in aumento del 4,3 % rispetto e con una variazione media annuale del +3,6 % dal 2014) (OsMed, 2022).*

Per concludere, anche nel 2022 la categoria degli SSRI rappresenta la maggior categoria di consumo, rivestendo una percentuale di consumo pari al 70,0 % e di spesa del 50,0 % sul totale. *Maggiori variazioni di questi indicatori per gli altri antidepressivi (DDD: +3,1 %, spesa: +2,5 %) e per gli SNRI (DDD: +3,5 %, spesa: +3,4 %) (OsMed, 2023).*

Confermata la paroxetina come molecola a maggior spesa, anche se con una riduzione della spesa pro capite del 1,6 % rispetto all'anno precedente, e la sertralina come molecola a maggior consumo registrando un incremento del 5,4 % rispetto all'anno passato.

*La vortioxetina è il principio attivo che nel 2022 registra maggiori aumenti sia in termini di spesa che di consumi (+13,8 %). Da sottolineare come il costo per giornata di terapia con questo farmaco sia di quasi tre volte superiore a quello della media dell'intera categoria (1,13 vs 0,42 euro). L'esketamina<sup>18</sup> farmaco indicato per il trattamento della depressione maggiore resistente ad altre terapie e per la quale non è stato però riconosciuto il requisito dell'innovatività, registra il maggior aumento di spesa (superiore al 100,0 %) anche se con un valore ridotto (0,01 euro pro capite) (OsMed, 2023).*

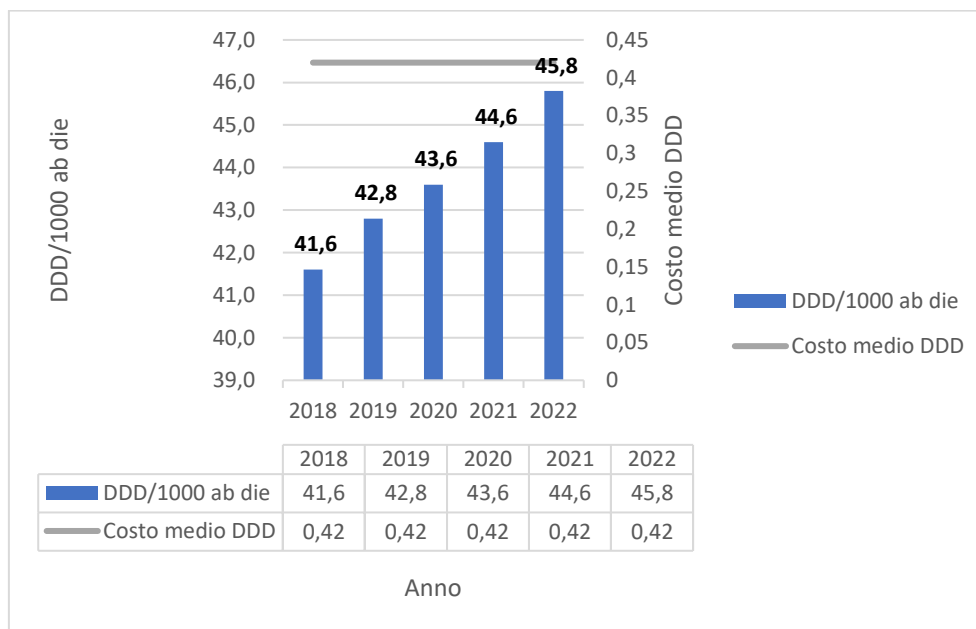
È necessario ribadire che l'utilizzo diffuso di un particolare principio attivo rispetto ad un altro è frutto delle abitudini prescrittive degli esperti ma dipende anche dalle capacità promozionali delle singole aziende farmaceutiche.

---

<sup>18</sup> Esketamina: "Nota anche come (S)-ketamina o S(+)-ketamina , è l' enantiomero S (+) della ketamina , è un farmaco allucinogeno dissociativo utilizzato come anestetico generale e come antidepressivo per il trattamento di depressione". Fonte: (Wikipedia, 2024).

### 3.5 ANTIDEPRESSIVI, ANDAMENTO TEMPORALE 2018-2022 DEL CONSUMO TERRITORIALE IN RELAZIONE AL COSTO MEDIO DDD

Tabella 3.5.1: Antidepressivi, andamento temporale 2018-2022 del consumo e del costo medio per giornata di terapia. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.



Come si nota dal grafico che precede, nel corso degli ultimi anni all'aumentare del consumo progressivo di farmaci antidepressivi per 1000 abitanti al giorno vi è stato un decremento del costo medio della terapia per giornata. A tal riguardo dai rapporti OsMed è emerso che nel 2019 *i farmaci a brevetto scaduto rappresentano oramai circa il 90,0 % delle dosi e oltre la metà di questi sono equivalenti* (OsMed, 2020a).

Coerentemente con l'anno precedente nel 2020 i farmaci a brevetto scaduto rappresentano il 90,0 % delle dosi e la metà di questi sono farmaci equivalenti, anche se *nel 2020 l'aumento maggiore è stato osservato per i farmaci ex originator*<sup>19</sup> (+5,0 % rispetto al +1,7 % degli equivalenti) (OsMed, 2021).

*L'incremento del consumo degli antidepressivi nel 2021 è in linea con la tendenza documentata negli anni precedenti e sembrerebbe non essere stato influenzato dalla pandemia in corso. In realtà il fenomeno appare più complesso considerando che a fronte di un incremento nazionale del 2,4 % vi sono rilevanti divergenze regionali e per macroaree. Ciò potrebbe essere dovuto alla combinazione di più fattori quali la differente variabilità regionale e la ridotta accessibilità ai servizi, documentata dalla riduzione delle nuove diagnosi, che si iscrive su un pattern prescrittivo "storico" degli antidepressivi nei*

<sup>19</sup> Ex originator: "Il farmaco "di riferimento" nel linguaggio comune viene definito con vari termini: "di marca", "brand", "(ex)originator" o "griffato" ". Fonte: (Evidence, 2016).

*diversi territori nonché ad un possibile differente ruolo della medicina generale nelle diverse aree del Paese durante la pandemia (OsMed, 2022).*

Come è possibile notare dal presente grafico, il costo medio per DDD nel 2022 è rimasto invariato. Segue, però, il costante aumento di utilizzo in linea con i trend.

### 3.6 ADERENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO

È oramai noto che uno dei principi fondamentali dell'efficacia di un farmaco passi per l'aderenza del paziente alla terapia che gli è stata definita. L'AIFA definisce l'aderenza alla terapia come il *conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia*<sup>20</sup>.

Il termine aderenza è più appropriato rispetto al termine compliance in quanto il primo indica una tendenza attiva del paziente ad assumere in maniera corretta i farmaci prescritti dal medico curante, mentre la compliance si riferisce ad un'azione passiva rispetto all'ordine dato dal medico.

*Perché è così importante l'aderenza alla terapia? Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie*<sup>21</sup>.

Negli stessi rapporti OsMed analizzati fino ad ora è stata creata, infatti, una sezione riguardo la valutazione degli indicatori di aderenza e persistenza coinvolgendo alcune classi di farmaci, tra cui gli antidepressivi. Questo perché si è rilevato come nell'utilizzo di alcune specialità come statine, antidepressivi, antiipertensivi e antiosteoporotici vi sia meno aderenza al trattamento. Tra i principali fattori determinanti nella scarsa aderenza e persistenza alle terapie si ritrova la manifestazione di eventi avversi molto spesso non tollerati dal paziente, la percezione di inutilità del trattamento da parte dell'utilizzatore, l'abitudine ad assumere farmaci, l'età ed il genere.

È però necessario sottolineare che una mancata aderenza al trattamento cronico, come in questi casi, implica un significativo aumento della mortalità e morbilità influenzando anche i costi correlati alla gestione della salute pubblica: il sostanziale peggioramento delle condizioni cliniche comporta in maniera quasi proporzionale un aumento dei costi a carico del sistema sanitario.

---

<sup>20</sup> (AIFA, 2014).

<sup>21</sup> (AIFA, 2014).

Nei rapporti OsMed l'aderenza è stata valutata attraverso l'indicatore *Medical Possession Rate (MPR)*, definito come il rapporto tra il numero di giorni di terapia dispensati (calcolati in base alle DDD) e il numero di giorni nell'intervallo temporale tra l'inizio della prima e la conclusione teorica dell'ultima prescrizione, erogate durante il periodo di follow-up; di seguito si indica la formula:

Figura 3.6.1: formula MPR tratta da Rapporto OsMed 2018

$$MPR = \frac{\text{numero di giorni di terapia}}{\text{Intervallo tra prima e ultima prescrizione (più giorni ultima prescrizione)}} \times 100$$

La bassa aderenza al trattamento è definita come copertura terapeutica inferiore al 40,0 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è definita come copertura terapeutica maggiore o uguale all'80,0 % nel periodo di osservazione. La persistenza è definita come "tempo intercorrente fra l'inizio e l'interruzione di un trattamento farmacologico prescritto" ed è una misura dinamica che descrive il mantenimento del regime terapeutico nel tempo (OsMed, 2019).

### 3.6.1 Aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi 2018

Tabella 3.6.1: Aderenza in termini percentuali al trattamento con farmaci antidepressivi nella popolazione di età superiore a 45 anni. Dati tratti da Rapporto OsMed 2018.

Età	Bassa aderenza (%)*	Alta aderenza (%)*
45-54 anni	35,0	19,4
55-64 anni	35,7	18,8
65-74 anni	37,5	17,6
75-84 anni	42,6	14,7
≥85 anni	54,7	11,2
Donne	40,7	15,9
Uomini	38,8	18,3
Totale	40,1	16,7

\*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno due prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40,0 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80,0 % del periodo di osservazione.

La popolazione in studio comprende un totale di 123.618 soggetti nuovi utilizzatori di antidepressivi; l'età mediana è di 69 anni (range interquartile IQR: 57-79), con una proporzione di donne maggiore rispetto agli uomini (67,4 % vs 32,6 %) (OsMed, 2019).

Dalla popolazione presa in considerazione è possibile notare come l'aderenza più elevata si riscontri nelle età comprese tra i 45 e i 54 anni (pari al 19,4 %) decrescendo successivamente all'aumentare dell'età. È necessario sottolineare che l'alta aderenza al trattamento di farmaci antidepressivi risulta migliore negli uomini (con un valore percentuale pari a 18,3 %), rispetto al valore di alta aderenza delle donne (15,9 %).



### 3.6.2 Aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi 2019

Tabella 3.6.2: Aderenza in termini percentuali al trattamento con antidepressivi nella popolazione di età superiore a 45 anni. Dati tratti da Rapporto OsMed 2019.

	<b>Totale N= 126.191</b>	<b>Nord N=59.051</b>	<b>Centro N=28.534</b>	<b>Sud N=38.606</b>
<b>Bassa aderenza*</b>				
45-54 anni	22,3	21,1	21,8	24,4
55-64 anni	22,1	20,3	22,1	24,6
65-74 anni	24,3	22,5	24,6	26,6
75-84 anni	29,5	28,3	29,2	31,9
≥85 anni	43,2	42,7	43,5	43,8
Donne	27,6	26,5	27,7	29,1
Uomini	26,4	24,8	26,6	28,5
<b>Totale</b>	<b>27,2</b>	<b>26,0</b>	<b>27,3</b>	<b>28,9</b>

	<b>Totale N= 126.191</b>	<b>Nord N=59.051</b>	<b>Centro N=28.534</b>	<b>Sud N=38.606</b>
<b>Alta aderenza*</b>				
45-54 anni	42,2	44,0	42,0	39,3
55-64 anni	42,1	44,1	42,2	39,5
65-74 anni	39,4	41,5	39,5	36,4
75-84 anni	34,8	36,3	35,3	31,7
≥85 anni	25,8	26,6	25,5	24,7
Donne	36,5	37,8	36,6	34,5
Uomini	39,7	42,0	39,3	36,6
<b>Totale</b>	<b>37,6</b>	<b>39,2</b>	<b>37,5</b>	<b>35,2</b>

\*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno due prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40,0 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80,0 % del periodo di osservazione.

La popolazione in studio comprende un totale di 126.191 nuovi utilizzatori di farmaci antidepressivi. L'età mediana è di 70 anni (range interquartile IQR: 57-79), con una proporzione di donne maggiore rispetto agli uomini (66,9 % vs 33,1%) (OsMed, 2020a).

Rispetto all'anno precedente le percentuali di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento sono aumentate, arrivando rispettivamente ai valori di 37,6 % e 27,2 %. Come nello scorso anno le percentuali a più alta aderenza sono state quelle di età

compresa tra i 45 e i 54 anni e analogamente all'anno passato l'aderenza decresce all'aumentare dell'età: e tale andamento si presenta anche stratificando per area geografica (OsMed, 2020a).

Dalla tabella presa in considerazione è possibile concludere che l'aderenza al trattamento negli uomini è leggermente superiore rispetto alle donne (con valori pari a 39,7 % contro il 36,5 %). La percentuale dei soggetti con alta aderenza al trattamento è risultata superiore nelle Regioni del Nord (39,2 %) e del Centro (37,5 %) rispetto a quelle del Sud e delle Isole (35,2 %). Questa differenza è stata osservata per ogni fascia di età e per genere (OsMed, 2020a).

### 3.6.3 Aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi 2020

Grafico 3.6.3: Distribuzione della prevalenza d'uso e del consumo di antidepressivi in regime di assistenza convenzionata e DPC. Grafico tratto da Rapporto OsMed 2020.

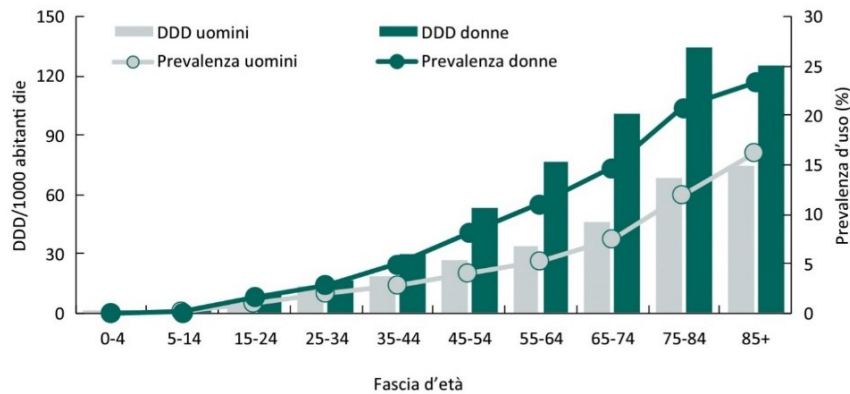


Tabella 3.6.4: Aderenza in termini percentuali al trattamento con antidepressivi nella popolazione di età superiore a 45 anni. Dati tratti da Rapporto OsMed 2020.

	<b>Totale N= 124.390</b>	<b>Nord N=57.338</b>	<b>Centro N=28.697</b>	<b>Sud N=38.355</b>
<b>Bassa aderenza*</b>				
45-54 anni	21,9	20,5	22,1	23,8
55-64 anni	22,2	21,3	22,1	23,6
65-74 anni	24,6	23,3	23,9	26,7
75-84 anni	30,4	29,6	29,9	32,3
≥85 anni	44,6	45,5	43,4	44,2
Donne	28,0	27,5	27,5	29,3
Uomini	26,9	25,8	27,4	28,0
<b>Totale</b>	<b>27,6</b>	<b>27,0</b>	<b>27,4</b>	<b>28,9</b>

	<b>Totale N= 124.390</b>	<b>Nord N=57.338</b>	<b>Centro N=28.697</b>	<b>Sud N=38.355</b>
<b>Alta aderenza*</b>				
45-54 anni	42,6	45,1	40,9	39,8
55-64 anni	41,6	44,1	39,6	39,5
65-74 anni	39,3	41,0	39,2	37,1
75-84 anni	34,3	35,8	34,6	31,6
≥85 anni	25,0	25,2	25,2	24,4
Donne	36,4	38,0	35,7	34,4
Uomini	39,0	40,7	38,0	37,1
<b>Totale</b>	<b>37,2</b>	<b>38,9</b>	<b>36,5</b>	<b>35,3</b>

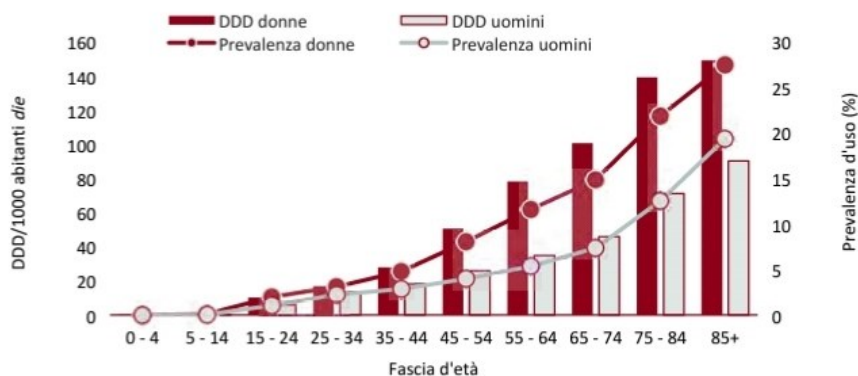
\*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno due prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40,0 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80,0 % del periodo di osservazione.

Nel 2020 si registra una riduzione dell'1,0 % nell'alta aderenza al trattamento di farmaci antidepressivi ed un incremento del 2,0 % nella definizione di bassa aderenza. Anche in questo caso le percentuali di alta aderenza seguono una decrescenza all'aumentare dell'età: si procede dal 42,6 % nei soggetti con età compresa tra i 45 e 54 anni, al 25,0 % nelle persone con età superiore agli 85 anni. Queste differenze si possono sottolineare anche per area geografica con una percentuale di massima aderenza pari al 38,9 % nel nord e minima del 35,3 % nelle regioni del sud e isole.

Un'ulteriore differenza si manifesta anche confrontando il genere: gli uomini presentano una percentuale leggermente superiore di alta aderenza, pari al 39,0 % rispetto al sesso femminile, corrispondente al 36,4 %.

### 3.6.4 Aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi 2021

Grafico 3.6.5: Distribuzione della prevalenza d'uso di antidepressivi in regime di assistenza convenzionata e DPC. Grafico tratto da Rapporto OsMed 2021.



Nel 2021 la percentuale di soggetti che registrano un'alta e bassa aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi rimane pressoché costante rispetto all'anno precedente, registrando una percentuale della prima del 38,5 % (con un incremento del 3,0 % rispetto all'anno precedente) e del 27,0 % per la seconda (con una riduzione rispetto al 2020 del 2,0 %). In particolare, le percentuali di alta aderenza diminuiscono con l'età passando dal 43,4 % nei soggetti di età compresa tra i 45 e i 54 anni al 24,4 % negli ultraottantacinquenni, e per area geografica con un massimo del 39,9 % al Nord e minimo del 37,0 % nelle Regioni del Sud nonostante un'età mediana dei soggetti inclusi in studio di 2 anni inferiore rispetto alla mediana delle altre aree geografiche (OsMed, 2022).

Anche in questo caso si registra una maggiore aderenza alla terapia per quanto riguarda il genere maschile (segnalando un valore di alta aderenza del 40,0 %) rispetto al genere femminile (che raggiunge un valore di alta aderenza di 37,7 %). In confronto al 2020 si registra un aumento del 4,0 % dell'alta aderenza nelle donne e del 3,0 % negli uomini (OsMed, 2022).

Per l'indicatore di bassa aderenza si registrano differenze tra aree geografiche, passando dal 26,5 % del Nord al 27,9 % al Sud, con un gradiente per età con valore massimo di circa il 46,0 % nella fascia di età 85+ anni (OsMed, 2022).

### 3.6.5 Aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi 2022

Tabella 3.6.6: Aderenza in termini percentuali al trattamento con antidepressivi nella popolazione di età superiore a 45 anni. Dati tratti da Rapporto OsMed 2022.

	Totale N= 124.025	Nord N=58.368	Centro N=28.284	Sud N=37.373
<b>Bassa aderenza*</b>				
45-54 anni	22,4	20,9	23,6	24,0
55-64 anni	23,2	21,6	23,7	25,1
65-74 anni	24,7	23,1	24,5	27,1
75-84 anni	30,9	30,9	29,8	31,7
≥85 anni	45,7	45,4	45,0	46,9
Donne	28,1	27,2	28,2	29,4
Uomini	27,0	26,1	27,3	28,1
<b>Totale</b>	<b>27,7</b>	<b>26,8</b>	<b>27,9</b>	<b>29,0</b>

	Totale N= 124.025	Nord N=58.368	Centro N=28.284	Sud N=37.373
<b>Alta aderenza*</b>				
45-54 anni	42,4	44,6	39,8	40,9
55-64 anni	41,9	44,2	40,5	39,7
65-74 anni	39,8	41,6	39,8	37,3
75-84 anni	33,6	34,0	24,6	32,2
≥85 anni	24,4	24,4	25,7	23,1
Donne	36,8	37,9	36,2	35,3
Uomini	39,3	40,9	38,5	37,4
<b>Totale</b>	<b>37,6</b>	<b>38,9</b>	<b>37,0</b>	<b>36,0</b>

\*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno due prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40% del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione.

Come atteso, analizzando le tendenze relative agli anni precedenti, il livello di esposizione al consumo di farmaci antidepressivi aumenta in relazione all'età, raggiungendo un picco di prevalenza pari al 27,7 % nelle donne ultracinquantenni. *La differenza in termini di consumo tra i generi si mantiene in tutte le fasce di età, con livelli che, nelle femmine, sono più che doppi rispetto ai maschi a partire dai 45 anni (OsMed, 2023).*

C'è da considerare, in relazione ai dati ottenuti dai rapporti, che metà degli utilizzatori ha una età superiore ai 67 anni e che segue il trattamento per un periodo di circa 6 mesi. *Un paziente su dieci riceve una sola prescrizione (11,8 %), ad indicare come spesso questi farmaci vengano prescritti per condizioni cliniche non legate alla patologia depressiva, ma che potrebbero essere trattate con approcci di tipo non farmacologici (OsMed, 2023).*

*La valutazione dell'aderenza e persistenza al trattamento, considerando un follow-up di un anno, è stata effettuata su una coorte di 124.025 nuovi utilizzatori di farmaci antidepressivi, con almeno 45 anni di età. L'età mediana della coorte è di 69 anni (range interquartile [IQR]: 57-79); le femmine rappresentano circa il 67% del totale e oltre un terzo (35,2 %) ha un'età superiore ai 75 anni (OsMed, 2023).*

È possibile dedurre dalle tabelle precedenti che la percentuale di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento con antidepressivi è di 37,6 % (che assiste ad una diminuzione del 2,0 %) e 27,7 % (soggetta ad un incremento del 3,0 %). Come definito anche precedentemente le percentuali di alta aderenza diminuiscono al crescere dell'età e risulta massima (con un 42,4 %) nei soggetti di età compresa tra i 45 anni e i 54 anni. Per quanto riguarda la bassa aderenza si registrano differenze geografiche notevoli: nel nord si registra una percentuale di bassa aderenza minore (26,8 %) rispetto al centro (27,9 %) e al sud (29,0 %).

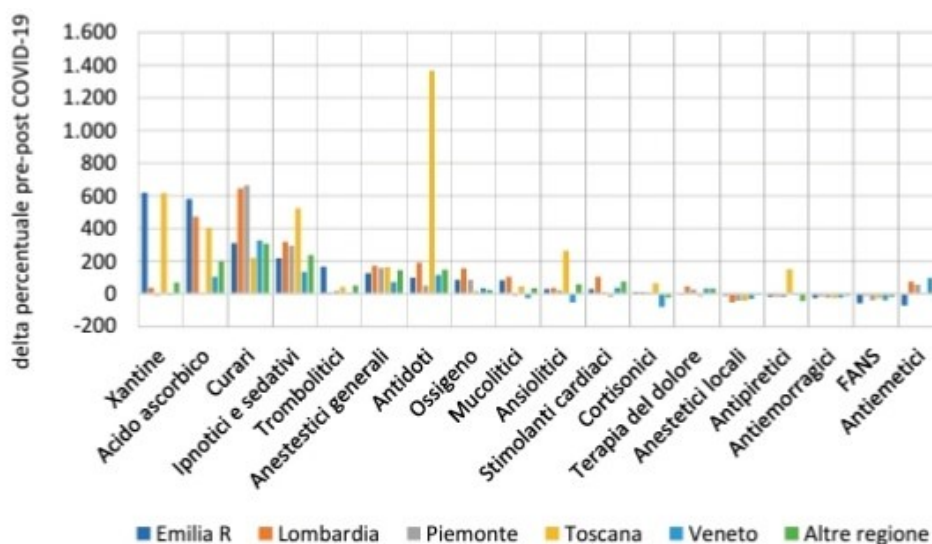
*I maschi sono più aderenti rispetto alle femmine (39,3 % vs 36,8 %), mentre in queste ultime la percentuale di bassa aderenza è del 28,1 %. In confronto al 2021 si registra una diminuzione dell'alta aderenza pari al 2,0% in entrambi i sessi (OsMed, 2023).*

### 3.7 APPROFONDIMENTO “DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”

L'emergenza sanitaria scatenata dalla pandemia da Covid 19 ha avuto un forte impatto sulle strutture sanitarie del nostro Paese cambiando, così le esigenze della popolazione e il modo di operare in ambito sanitario.

Proprio in merito all'emergenza sanitaria è stato compiuto un rapporto OsMed specifico per inquadrare lo scenario e avere chiaro i dati relativi all'uso dei farmaci durante la stessa pandemia. Lo scopo principale di tale approfondimento, pubblicato nel luglio del 2020, è quello di analizzare le diverse tipologie di farmaci impiegate per contrastare il Covid 19 su tutto il territorio italiano; tutto questo tenendo in considerazione le decisioni regolatorie adottate dall'AIFA.

Tabella 3.7.1: Delta percentuale pre-post Covid 19 per le categorie di farmaci (ossigeno e farmaci iniettivi) utilizzate in regime ospedaliero. Confronto tra Italia e le prime regioni più impattate dal Covid 19. Grafico tratto da Rapporto durante la pandemia Covid 19.



Considerando il fatto che l'emergenza pandemica ha influito pesantemente sull'assunzione di farmaci anche per chi non ha contratto l'infezione, si procede analizzando il delta percentuale pre e post Covid 19 per alcune categorie di farmaci utilizzate in regime ospedaliero.

Le indagini hanno evidenziato che il delta percentuale relativo ai farmaci ansiolitici pre-post Covid 19 più cospicuo si è osservato in Toscana. Le cause potrebbero essere lo stesso isolamento, la difficoltà di superare il cambiamento di abitudini di vita etc.

Tabella 3.7.2: Categorie utilizzate per le principali patologie croniche attraverso il canale della territoriale, delta assoluto, delta relativo e p-value. Grafico tratto da Rapporto durante la pandemia Covid 19.

Categoria	Periodo PRE COVID-19			Periodo POST COVID-19			Confronto		
	Confezioni x 10.000 ab die		media	Confezioni x 10.000 ab die		media	delta assoluto	delta relativo	p-value
	gen-20	feb-20	pre	mar-20	apr-20	post	pre-post (*)	pre-post	
Antidiabetici	26,90	25,85	26,37	29,98	23,79	26,88	0,51	1,93	0,686
Antiaggreganti	25,07	23,28	24,18	27,41	21,80	24,60	0,43	1,77	0,714
Ipolipemizzanti	39,11	36,94	38,03	42,37	34,28	38,33	0,30	0,78	0,773
Anticoagulanti	7,18	7,01	7,10	8,13	6,51	7,32	0,22	3,12	0,584
Antipsicotici	5,60	5,55	5,57	6,12	5,28	5,70	0,13	2,32	0,530
Antiipertensivi	148,93	140,43	144,68	159,85	129,63	144,74	0,06	0,04	0,837
Antidemenza	0,83	0,79	0,81	0,89	0,73	0,81	-0,00	-0,52	0,878
Anti-parkinson	3,78	3,63	3,71	4,06	3,28	3,67	-0,04	-0,95	0,924
Antiepilettici	8,81	8,60	8,71	9,41	7,77	8,59	-0,11	-1,31	0,953
Farmaci per la tiroide	9,46	8,95	9,20	10,13	8,04	9,09	-0,12	-1,27	0,958
Antidepressivi	18,00	16,92	17,46	18,78	15,70	17,24	-0,22	-1,27	0,957
Farmaci per l'osteoporosi	17,54	17,30	17,42	17,23	15,44	16,34	-1,08	-6,21	0,388
Asma e BPCO	16,83	16,76	16,79	16,11	11,71	13,91	-2,88	-17,18	0,172

(\*) in ordine decrescente

Sicuramente i pazienti già affetti da malattie croniche erano i maggiormente esposti al rischio di infezione ed ulteriori effetti connessi ad essa. A riguardo è stata compiuta un'analisi sull'andamento dei consumi (confezioni per 10.000 ab die) di tutti quei farmaci impiegati nelle patologie croniche erogati in regime di assistenza convenzionata o a carico del SSN attraverso farmacie pubbliche e private.

Dalla tabella precedente è possibile notare come, a livello nazionale, non si siano registrate considerevoli differenze di consumo tra il periodo pre e post Covid 19. Questo conferma la capacità da parte del servizio sanitario, di mantenere e garantire una continuità assistenziale ai malati fragili affetti da patologie croniche.



Tabella 3.7.3: Categorie di farmaci acquistati dalle farmacie pubbliche e private per acquisto, delta assoluto, delta relativo e p-value. Grafico tratto da Rapporto durante la pandemia Covid 19).

Categoria	Periodo PRE COVID-19				Periodo POST COVID-19				Confronto		
	Confezioni x 10.000 ab die			media	Confezioni x 10.000 ab die			media	delta assoluto	delta relativo	p - value
	dic-19	gen-20	feb-20	media pre	mar-20	apr-20	mag-20	media post	pre-post (*)	pre-post	
Ansiolitici	19,74	25,81	24,10	23,22	27,50	23,06	21,75	24,11	0,89	3,83	<b>0,000</b>
Idrossicloro-china	0,60	0,72	0,72	0,68	1,42	1,78	1,12	1,44	0,76	111,84	<b>0,000</b>
Vitamina D e analoghi	13,04	17,41	17,68	16,05	18,27	16,02	15,26	16,51	0,47	2,91	0,003
Acido ascorbico	0,11	0,14	0,23	0,16	0,59	0,04	0,02	0,21	0,05	34,12	0,001
FANS e antipiretici	0,10	0,15	0,16	0,14	0,13	0,05	0,05	0,08	-0,06	-42,67	<b>0,000</b>
Inibitori della fosfodiesterasi	2,62	3,09	2,67	2,79	1,92	1,37	1,96	1,75	-1,04	-37,38	<b>0,000</b>
Antipiretici	26,17	37,12	44,84	36,04	59,40	20,10	15,31	31,61	-4,44	-12,31	<b>0,000</b>
FANS	27,28	36,86	40,04	34,72	35,43	25,89	23,67	28,33	-6,39	-18,41	<b>0,000</b>

(\*) in ordine decrescente di delta assoluto

Nell'approfondimento relativo all'uso dei farmaci durante l'epidemia da Covid 19 viene compiuta un'ulteriore analisi dei farmaci utilizzati durante la fase pandemica che sono a carico del cittadino.

Come si può notare dai dati riportati in tabella, tra i farmaci maggiormente erogati ritroviamo gli ansiolitici per uso non parenterale. *Gli ansiolitici e ipnoticoinduttori benzodiazepinici per uso orale possono essere dispensati direttamente con ricetta ripetibile a carico del cittadino (classe C). Rappresentano i prodotti per i quali le farmacie si sono approvvigionate maggiormente dopo i prodotti a base di acido ascorbico.* (OsMed, 2020b).

*\*Da notare il fatto che i periodi pre e post Covid-19 indicati nelle due precedenti tabelle non corrispondono. Nonostante ciò, la validità dei risultati non cambia.*

### 3.8 CONCLUSIONI

Dall'analisi dei rapporti OsMed appare chiaro come l'ammontare totale della spesa riservata agli acquisti farmaceutici abbia seguito negli anni un'incessante crescita, raggiungendo un valore di 34,1 miliardi di euro nel 2022. Il tutto giustificato da un continuo aumento della spesa pro-capite e dei consumi correlati all'aumento dell'età.

Tra le categorie ATC I a maggior consumo, in particolar modo negli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, si riscontra un incremento di spesa e consumo significativo per i farmaci adibiti alle cure del sistema nervoso centrale. In particolare, tra le classi principali alla base di questo aumento si citano specialità come le benzodiazepine ad attività ansiolitica e farmaci antidepressivi.

Stando ai rapporti dell'AIFA, i derivati benzodiazepinici ad attività ansiolitica rappresentano, dal 2018, la classe con la maggior spesa nella categoria dei farmaci di fascia C con ricetta. Farmaci ansiolitici e sedativi sono oggi tra i farmaci maggiormente prescritti e usati dalla popolazione adulta in quanto sicuri ed efficaci nei trattamenti a breve termine. Contrariamente alle indicazioni fornite dalle linee guida, questi farmaci vengono molto spesso utilizzati per lunghi periodi, aumentando in questo modo il consumo e la spesa, ma allo stesso tempo anche il rischio di effetti indesiderati.

In merito alla categoria dei farmaci antidepressivi è stato segnalato un incremento costante, in linea con i trend registrati negli ultimi anni. Sebbene nell'ultimo anno vi sia stato un incremento di utilizzo del 2,6 % è necessario considerare le molteplici differenze riscontrate a livello regionale e per macroaree: il tutto è giustificato da un'evidente disuguaglianza in termini di fattori economici, sociali ed ambientali che caratterizzano e differenziano ogni regione.

*I dati su esposizione e aderenza al trattamento nella popolazione confermano il grande livello di inappropriata di questi farmaci, a fronte di un loro sottoutilizzo se si considerano gli indicatori sulla frequenza della patologia. Questo quadro rappresenta, ormai da molti anni, una grande sfida per la sanità pubblica che, nel perseguire l'appropriatezza, deve necessariamente delineare un nuovo rapporto tra la medicina specialistica e la medicina generale. La salute mentale in Italia, così come nel resto del mondo, ha subito il contraccolpo della pandemia e delle conseguenti politiche adottate dai Governi. Nel nostro Paese, durante il lockdown e nel periodo successivo ad esso, la prevalenza dei sintomi depressivi e ansiosi è notevolmente aumentata, in particolare tra i giovani, così come l'assunzione di almeno uno psicofarmaco<sup>22</sup>.*

*Durante la pandemia da Covid-19 la letteratura scientifica ha riscontrato un incremento dei fenomeni di ansia e depressione<sup>23</sup>. Nel 2020 è stato stimato un incremento di 53,2 milioni di nuovi pazienti con disturbo depressivo maggiore e 76,2 milioni di nuovi casi di disturbi d'ansia a livello globale<sup>24</sup>. Disturbi del sonno, perdita di appetito e affaticamento oppure, nei casi più gravi, dispnea, anosmia, tosse continua e febbre alta sono elementi*

---

<sup>22</sup> (Amerio et al., 2021).

<sup>23</sup> (Sun et al., 2022).

<sup>24</sup> (Sun et al., 2021).

che contribuiscono al danneggiamento della salute mentale. Anche lo stesso ricovero ospedaliero può implicare un peggioramento dell'umore.

*Numerosi studi hanno cercato di esaminare i fattori associati a questo deterioramento dello stato di salute mentale durante la pandemia in diversi paesi. Ciò che è emerso è che le perdite economiche degli individui, l'isolamento sociale, i rischi per la salute e i fattori sociodemografici (ad esempio sesso ed etnia) erano significativamente associati ad un aumento dei livelli di depressione e di ansia*<sup>25</sup>

In Italia il consumo di psicofarmaci non ha riscontrato marcate differenze tra il periodo pre e post Covid 19. È necessario, però, precisare che le differenze di consumo registrate a livello regionale durante la pandemia sono giustificate dalla diversa prevalenza di contagio e decesso che colpiva in maniera differente ogni singola zona. L'identificazione dei fattori sanitari evidenziati dai rapporti OsMed, verificati anche in concomitanza di condizioni di salute mentale avverse come la pandemia da Covid 19, è il primo passo cruciale per definire le priorità di una nuova pianificazione di assistenza sanitaria e sociale. I risultati ottenuti dai rapporti redatti dall'AIFA, suggeriscono che l'utilizzo massiccio di psicofarmaci non è di recente rivelazione, ma è una preoccupazione che ha caratterizzato gli ultimi decenni.

Le conclusioni ottenute dai report e dalla letteratura scientifica suggeriscono che ciò che emerge dalle statistiche sulla popolazione generale come una crisi di salute mentale, potrebbe essere solo la punta di un "iceberg" ampiamente nascosto.

---

<sup>25</sup> (Mckeown et al., 2021).

## 4 RICERCA DI MERCATO QUANTITATIVA

---

### 4.1 ANALISI DATI A TOTALE RICERCA

Nel seguente capitolo verranno riportati i risultati della ricerca di mercato realizzata nel periodo dal 27.11.2023 al 22.12.2023 per la verifica delle ipotesi sostenute nel lavoro di tesi. L'indagine è costituita da 1.555 interviste condotte con il metodo Cawi (Computer Assisted Web Interview).

La prima parte sarà dedicata ai risultati totali con una rappresentazione tabellare e grafica delle frequenze percentuali delle risposte ad ogni domanda del questionario.

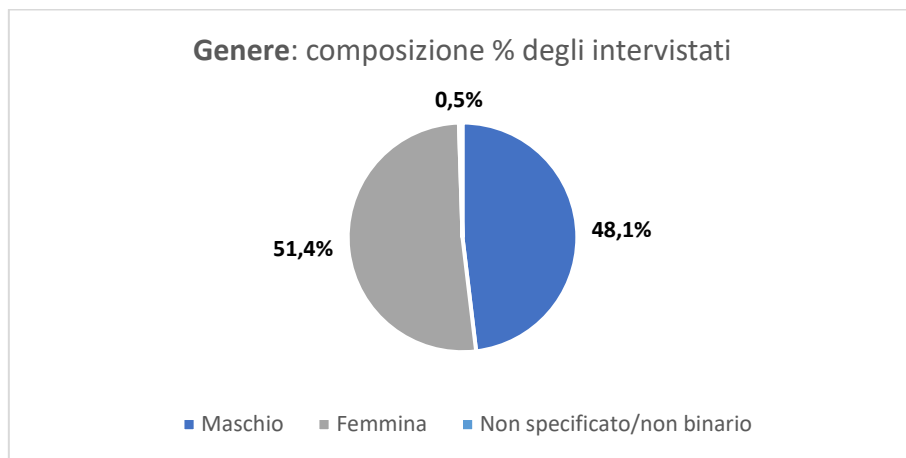
Nella seconda parte si opera un approfondimento analitico:

- Incrociando le domande più significative intorno agli obiettivi conoscitivi mediante la realizzazione di tabelle a doppia entrata al fine di evidenziare convergenze e/o atteggiamenti degli intervistati utili per la definizione di una strategia da adottare in farmacia (paragrafi 4.2);
- Impiegando alcune tecniche di statistica multivariata utili per stabilire la tipologia e intensità di eventuali relazioni tra le variabili oggetto dello studio (paragrafo 4.3).

*Per tutti i dettagli tecnici del lavoro di ricerca si rimanda all'appendice.*

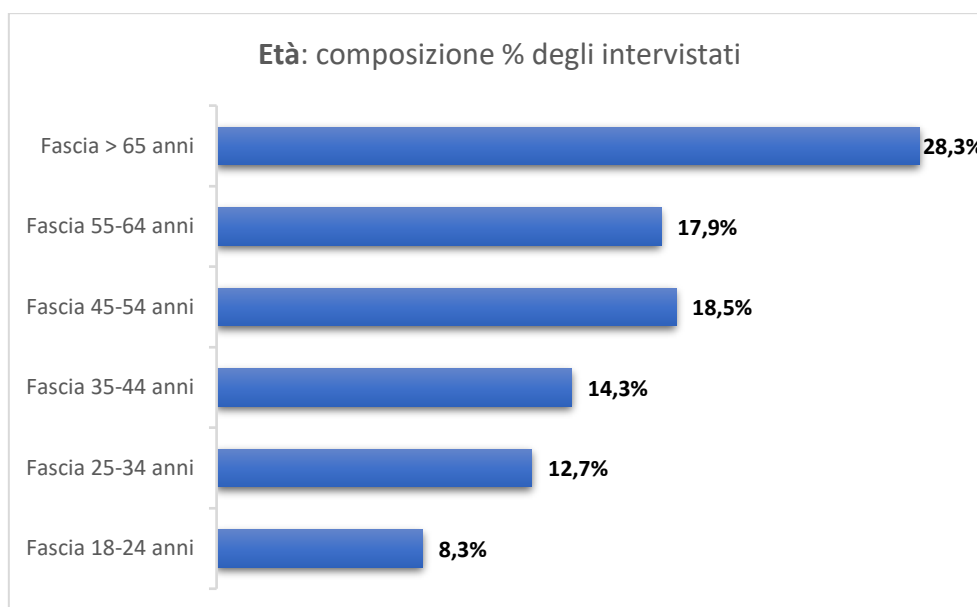
Domanda 1: Con quale genere si identifica?

Genere	Frequenza percentuale
Maschio	48,1 %
Femmina	51,4 %
Non specificato/non binario	0,5 %
Totale	100 %



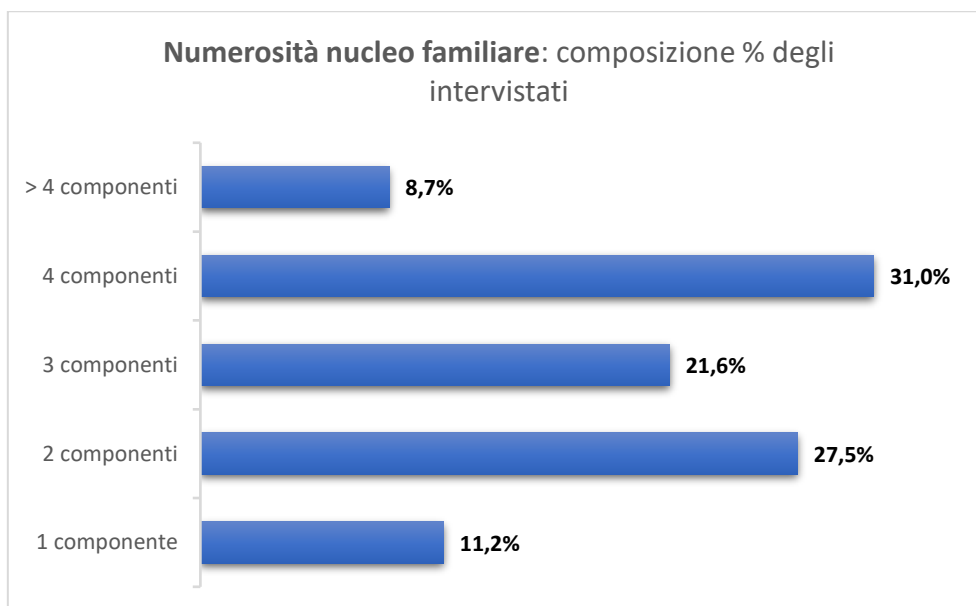
Domanda 2: Quali delle categorie indicate di seguito include la sua età?

<b>Età</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
Fascia 18-24 anni	8,3 %
Fascia 25-34 anni	12,7 %
Fascia 35-44 anni	14,3 %
Fascia 45-54 anni	18,5 %
Fascia 55-64 anni	17,9 %
Fascia > 65 anni	28,3 %
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>



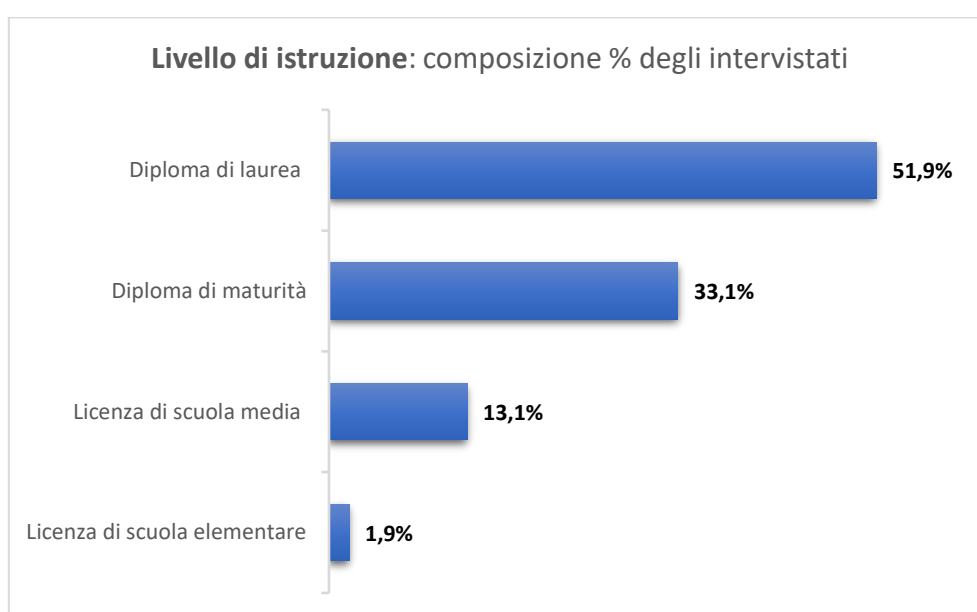
Domanda 3: Numerosità nucleo familiare.

<b>Numerosità nucleo familiare</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
1 componente	11,2 %
2 componenti	27,5 %
3 componenti	21,6 %
4 componenti	31,0 %
> 4 componenti	8,7 %
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>



Domanda 4: Qual è il livello di istruzione più alto che ha conseguito tra quelli elencati?

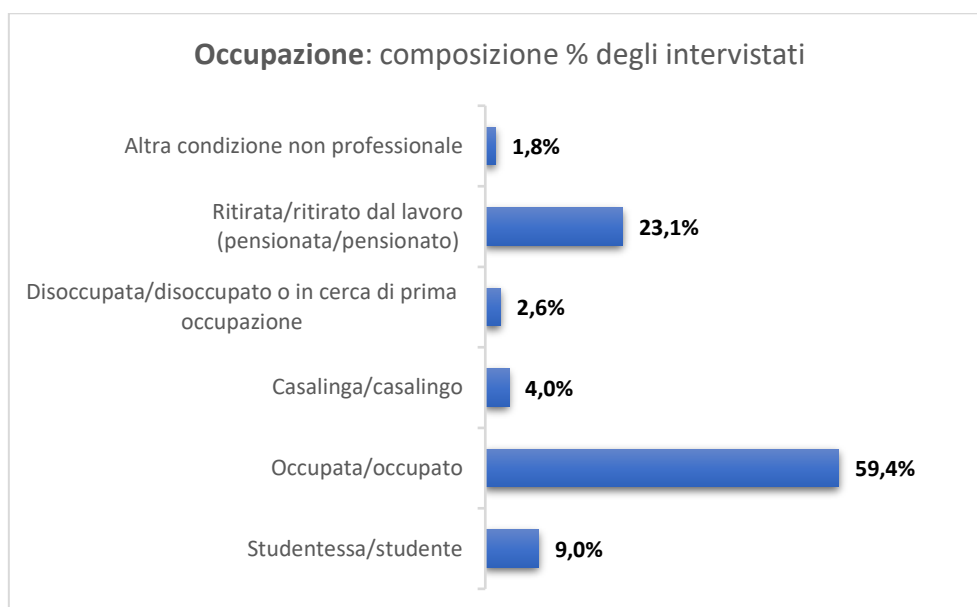
<b>Livello di istruzione</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
Licenza di scuola elementare	1,9 %
Licenza di scuola media	13,1 %
Diploma di maturità	33,1 %
Diploma di laurea	51,9 %
Totale	100 %





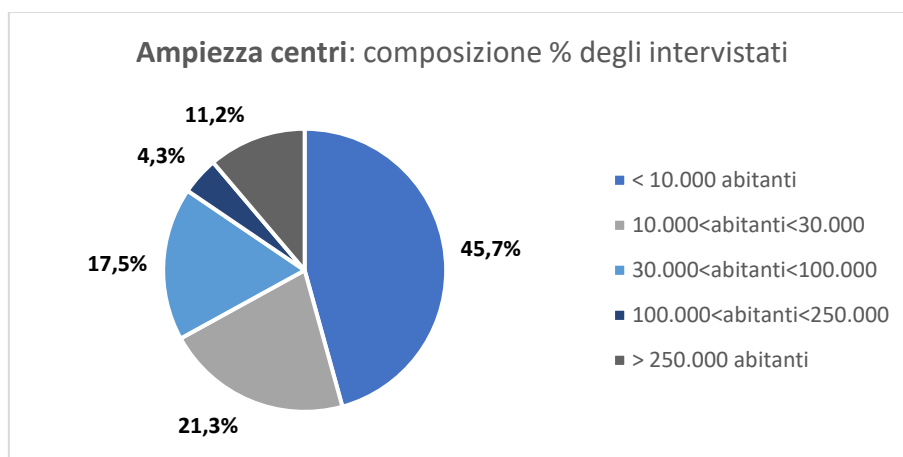
Domanda 5: Quale delle seguenti categorie descrive meglio la sua occupazione?

<b>Occupazione</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
Studentessa/studente	9,0 %
Occupata/occupato	59,4 %
Casalinga/casalingo	4,0 %
Disoccupata/disoccupato o in cerca di prima occupazione	2,6 %
Ritirata/ritirato dal lavoro (pensionata/pensionato)	23,1 %
Altra condizione non professionale	1,8 %
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>



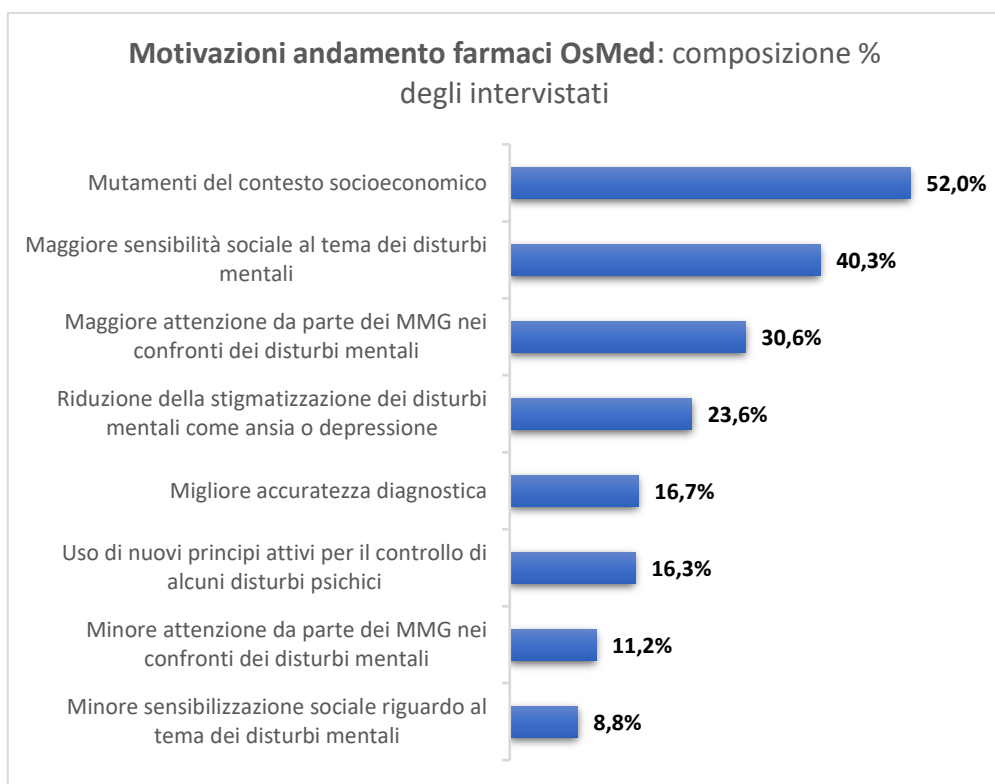
Domanda 6: Quali delle seguenti categorie include approssimativamente il numero di abitanti del suo comune di residenza?

<b>Ampiezza centri (residenza intervistati)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
< 10.000 abitanti	45,7 %
10.000<abitanti<30.000	21,3 %
30.000<abitanti<100.000	17,5 %
100.000<abitanti<250.000	4,3 %
> 250.000 abitanti	11,2 %
Totale	100 %



Domanda 7: I rapporti OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali) hanno evidenziato che sempre più persone in Italia fanno uso di farmaci antidepressivi o ansiolitici. Secondo Lei, da cosa può essere giustificato l'andamento di utilizzo di questi farmaci?

Frequenza percentuale			
	Si	No	Totale
<b><i>Maggiore sensibilità sociale al tema dei disturbi mentali</i></b>	<b>40,3 %</b>	59,7 %	100 %
Minore sensibilizzazione sociale riguardo al tema dei disturbi mentali	8,8 %	91,2 %	100 %
Riduzione della stigmatizzazione dei disturbi mentali come ansia o depressione	23,6 %	76,4 %	100 %
<b><i>Maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali</i></b>	<b>30,6 %</b>	69,4 %	100 %
Minore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali	11,2 %	88,8 %	100 %
Migliore accuratezza diagnostica	16,7 %	83,3 %	100 %
Uso di nuovi principi attivi per il controllo di alcuni disturbi psichici	16,3 %	83,7 %	100 %
<b><i>Mutamenti del contesto socioeconomico</i></b>	<b>52,0 %</b>	48,0 %	100 %



Il primo quesito di interesse poneva all'utente la sopracitata domanda, fornita di risposte precodificate, delle quali se ne poteva selezionare un massimo di tre.

Si specifica che, in merito alla domanda considerata, si fornisce la tabella che rappresenta la percentuale di selezione ( "sì" ) o meno ( "no" ) di ogni singola risposta precodificata proposta al rispondente. Per una migliore comprensione si fornisce un grafico a barre che descrive, in ordine decrescente, la distribuzione delle risposte in frequenza percentuale.

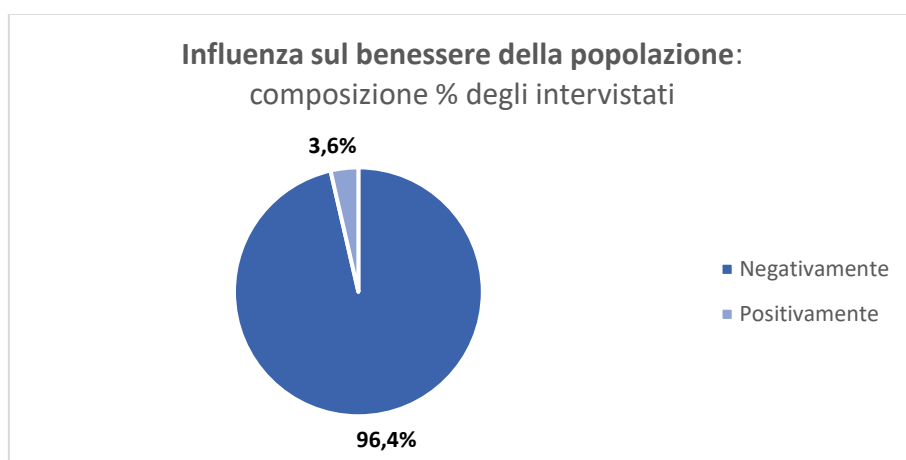
Analizzando le frequenze percentuali, si osserva che la metà degli intervistati (52,0 %) ha ritenuto responsabile il repentino "mutamento socioeconomico", il quale viene indicato come principale movente.

Si nota come i rispondenti abbiano imputato tra le maggiori cause che possono essere collegate al continuo incremento d'uso di farmaci antidepressivi o ansiolitici, la "*maggior sensibilità sociale al tema dei disturbi mentali*" (40,3 %) e la "*maggior attenzione da parte dei medici di medicina generale*" a tale trattazione (30,6 %).

Non risulta invece imputabile la "*riduzione dello stigma sociale in merito ai disturbi mentali*", il quale continua a persistere nella società moderna: si intuisce come risulti problematica la condivisione con altre persone di un eventuale disagio o disturbo psicologico seppure si abusi, paradossalmente, di questi termini. Emerge una netta maggioranza che non attribuisce a questo continuo incremento d'uso, la "*migliore accuratezza diagnostica*" o "*l'utilizzo di nuovi principi attivi*" rispetto agli attuali farmaci efficaci ma poco maneggevoli.

Domanda 8: Durante la recente pandemia da Covid 19 gli individui sono stati costretti all'isolamento e al distanziamento, portando ad una riduzione del supporto e sostegno sociale. Questo, secondo Lei, come ha influito sul benessere della popolazione?

Influenza sul benessere della popolazione	Frequenza percentuale
<b>Negativamente</b>	<b>96,4 %</b>
Positivamente	3,6 %
Totale	100 %

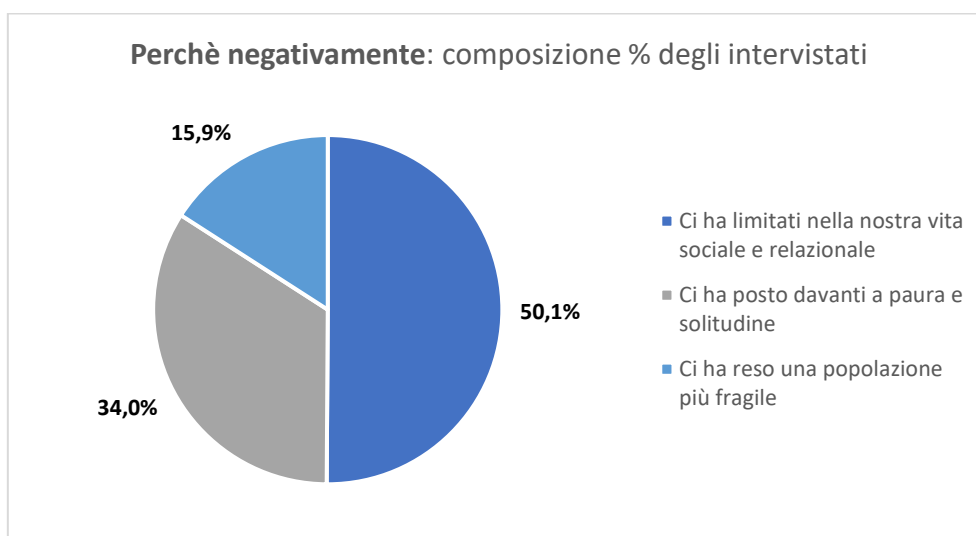


La pandemia da Covid 19 ha coinvolto ognuno in maniera diretta e indiretta: il lockdown e la stessa "minaccia" da Covid 19 hanno portato all'improvvisa modifica delle abitudini quotidiane, del modo di agire ed interagire con la realtà imponendo agli individui il distanziamento sociale e l'isolamento. È ormai conclamato il fatto che la pandemia da Covid 19 e le relative conseguenze, abbiano influenzato negativamente il benessere della popolazione. I risultati dell'indagine confermano quanto emerso circa il condizionamento negativo subito dal benessere della popolazione, confermato con una prevalenza percentuale del 96,4 %, fenomeno che viene convalidato dalle seguenti motivazioni.

Vengono proposti di seguito degli approfondimenti, sotto forma di risposte alternative predeterminate, scelti in relazione alla risposta data dall'utente.

Domanda 9 (A): Perché negativamente?

Perché negativamente?	Frequenza percentuale
<i>Ci ha limitati nella nostra vita sociale e relazionale</i>	<b>50,1 %</b>
<i>Ci ha posto davanti a paura e solitudine</i>	<b>34,0 %</b>
Ci ha reso una popolazione più fragile	15,9 %
Totale	100 %

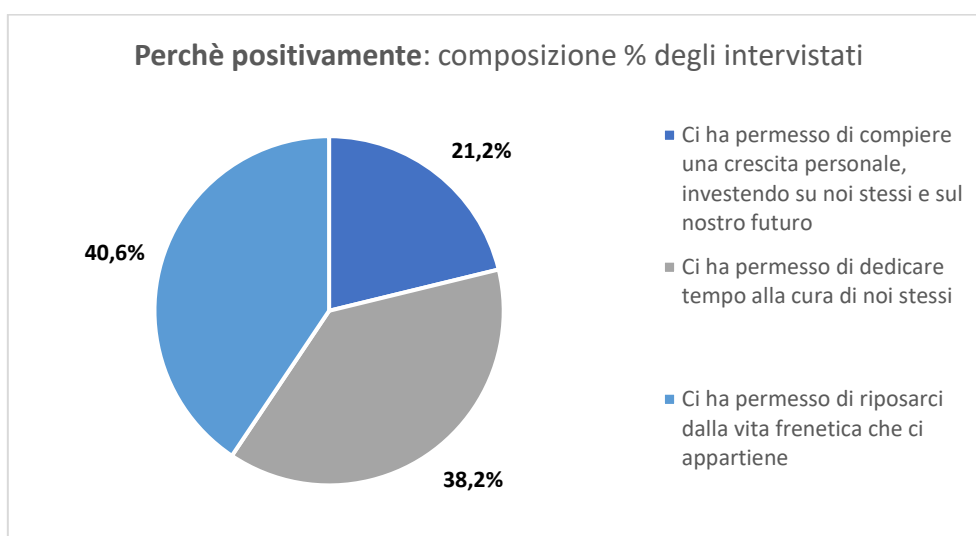


Ponendo l'attenzione sull'impatto negativo che la pandemia ha avuto sul benessere della popolazione, si osserva che la metà di essa (50,1 %) afferma che la stessa pandemia ha posto dei limiti alla vita sociale e relazionale. Questo risultato è in linea con le aspettative: i prolungati periodi di isolamento, il costante timore di essere contagiati, la chiusura o la conversione delle attività lavorative in remoto e la conseguente crisi economico finanziaria, hanno radicalmente paralizzato la vita sociale e relazionale dell'individuo.

Ulteriori aspetti potenzialmente negativi per il benessere della popolazione sono stati la paura e la solitudine, seconda voce più numerosa anche se inferiore rispetto alla precedente (34,0 %), i quali sono stati alimentati dalla stessa crisi pandemica e dai cambiamenti da essa indotti.

Domanda 9 (B): Perché positivamente?

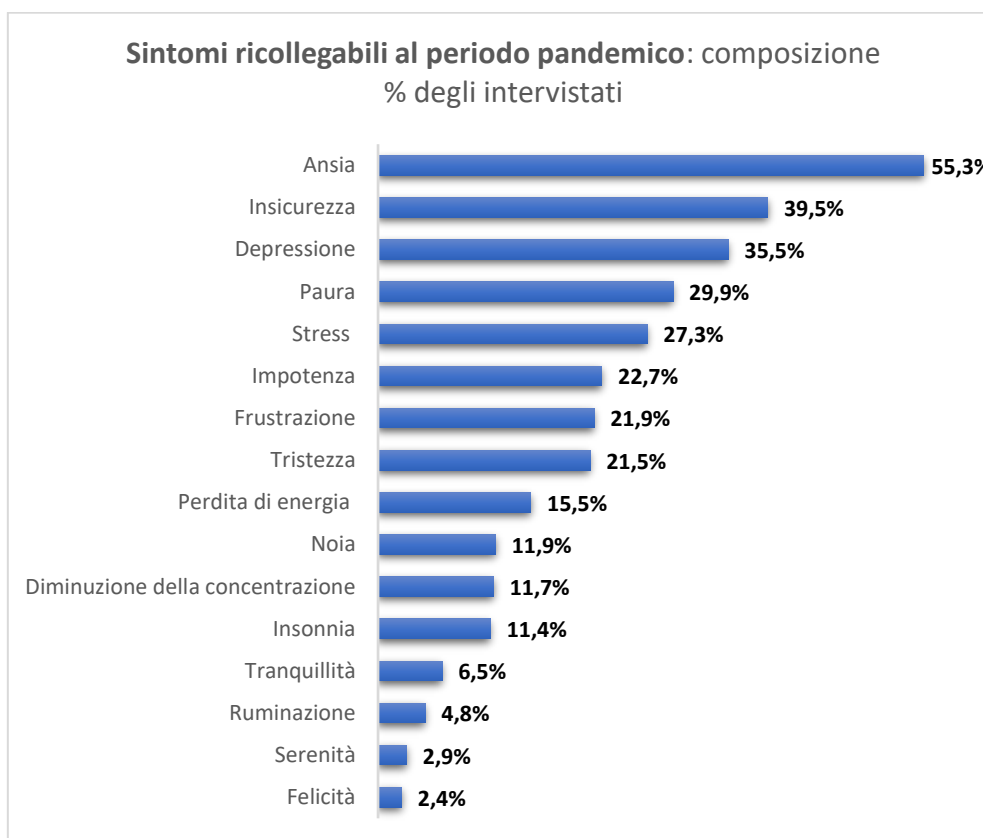
Perché positivamente?	Frequenza percentuale
Ci ha permesso di compiere una crescita personale, investendo su noi stessi e sul nostro futuro	21,2 %
<b><i>Ci ha permesso di dedicare tempo alla cura di noi stessi</i></b>	<b>38,2 %</b>
<b><i>Ci ha permesso di riposarci dalla vita frenetica che ci appartiene</i></b>	<b>40,6 %</b>
Totale	100 %



Nonostante la ridotta numerosità di persone secondo le quali la pandemia ha influenzato positivamente la vita della popolazione, sorprende rilevare i seguenti risultati. Secondo il 40,6 % degli intervistati la pandemia ha favorito il riposo dalla vita frenetica e secondo il 38,2 % di loro, ha permesso la cura della propria persona.

Domanda 10: A distanza di qualche mese dallo sviluppo della pandemia, quali sono i maggiori sintomi che ricollegherebbe al periodo pandemico?

Frequenza percentuale			
	Si	No	Totale
<b>Ansia</b>	<b>55,3 %</b>	44,7 %	100 %
<b>Depressione</b>	<b>35,5 %</b>	64,5 %	100 %
Diminuzione della concentrazione	11,7 %	88,3 %	100 %
<b>Felicità</b>	<b>2,4 %</b>	97,6 %	100 %
Frustrazione	21,9 %	78,1 %	100 %
Impotenza	22,7 %	77,3 %	100 %
<b>Insicurezza</b>	<b>39,5 %</b>	60,5 %	100 %
Insonnia	11,4 %	88,6 %	100 %
Noia	11,9 %	88,1 %	100 %
Perdita di energia	15,5 %	84,5 %	100 %
<b>Paura</b>	<b>29,9 %</b>	70,1 %	100 %
Rabbia	12,6 %	87,4 %	100 %
Ruminazione	4,8 %	95,2 %	100 %
<b>Serenità</b>	<b>2,9 %</b>	97,1 %	100 %
Stress	27,3 %	72,7 %	100 %
Tranquillità	6,5 %	93,5 %	100 %
Tristezza	21,5 %	78,5 %	100 %





Uno dei quesiti più significativi sottoposti all'utente riguarda indubbiamente l'indicazione, tra i proposti, di massimo quattro sintomi ricollegabili al periodo pandemico.

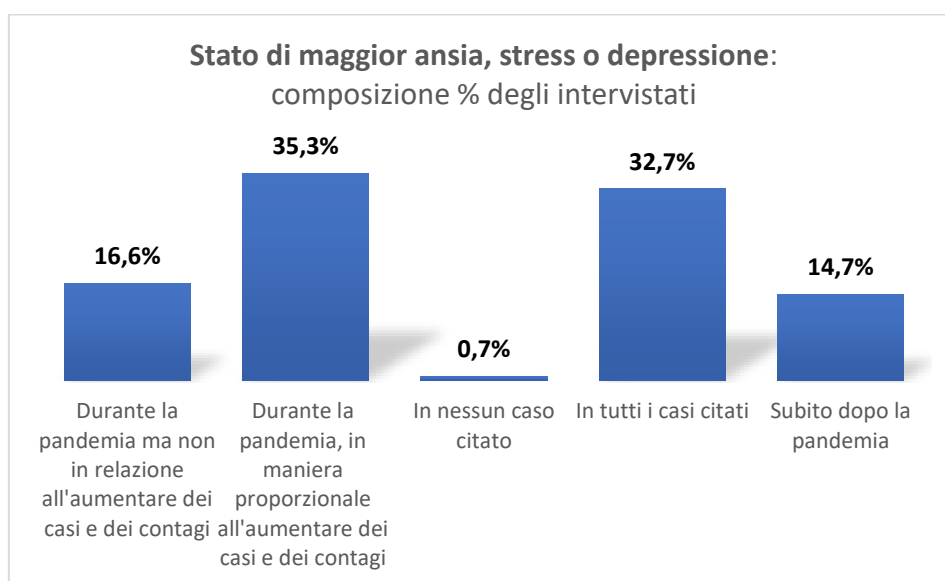
Si specifica che, in merito alla domanda considerata, si fornisce la tabella che rappresenta la percentuale di selezione ( "si" ) o meno ( "no" ) di ogni risposta. Per una migliore comprensione si fornisce un grafico a barre che descrive, in ordine decrescente, la distribuzione delle risposte in frequenza percentuale.

Secondo gli intervistati, l'emergenza sanitaria può essere associata a quattro sintomi: ansia (55,3 %), insicurezza (39,5 %), depressione (35,5 %) e paura (29,9 %). A questo proposito è necessario considerare che, in genere, qualsiasi emergenza sanitaria provoca un robusto trauma nella popolazione derivato dalle misure di sicurezza impiegate e dalle conseguenze che la stessa porta nella vita di tutti i giorni. È, però, compito di questa indagine comprendere se tali sintomi siano emersi con la pandemia o se questa abbia agito come da catalizzatore nel peggioramento della salute mentale, mettendo in rilievo questi sintomi.

Rilevanti sono le basse percentuali osservate nel caso di felicità (2,4 %) e serenità (2,9 %).

Domanda 11: Nella popolazione, secondo Lei, lo stato di maggior ansia, stress o depressione si è rilevato:

Stato di maggior ansia, stress o depressione	Frequenza percentuale
Durante la pandemia ma non in relazione all'aumentare dei casi e dei contagi	16,6 %
<b><i>Durante la pandemia, in maniera proporzionale all'aumentare dei casi e dei contagi</i></b>	<b>35,3 %</b>
In nessun caso citato	0,7 %
<b><i>In tutti i casi citati</i></b>	<b>32,7 %</b>
Subito dopo la pandemia	14,7 %
Totale	100 %



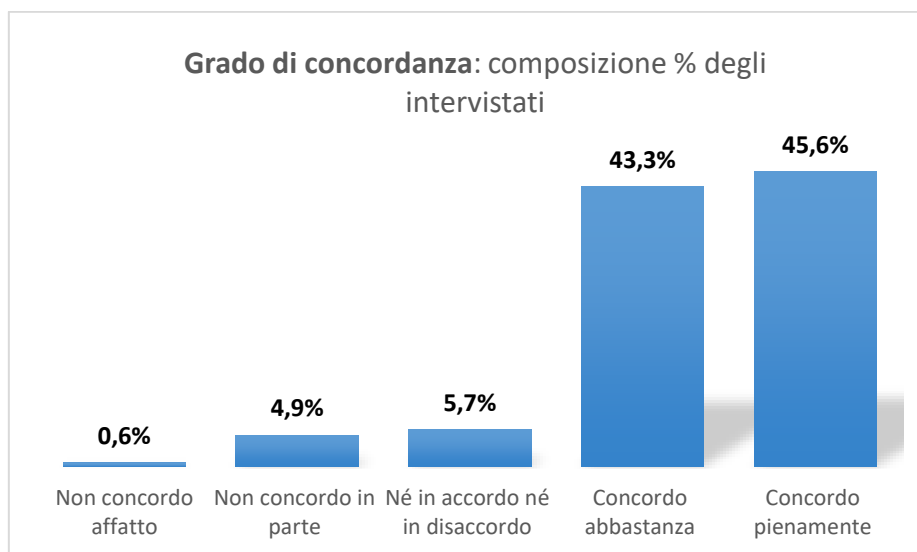
Analizzando nel dettaglio i maggiori sintomi segnalati, si è chiesto agli utenti di definire in maniera precisa il periodo più critico al quale li ricollegerebbero. Prevedibile il fatto che tali sintomi siano stati associati al periodo pandemico, proporzionalmente all'aumentare dei casi e dei contagi (35,3 %). Sorprende sicuramente che il 32,7 % degli intervistati abbia ricollegato tali sintomi al periodo pandemico ma anche al periodo post-pandemico.

La rilevante percentuale ottenuta in *"tutti i casi citati"* può essere giustificata dal fatto che, secondo le supposizioni precedenti, la crisi pandemica non abbia provocato direttamente l'insorgenza di questi sintomi, ma abbia facilitato nello sviluppo degli stessi. Se fosse vero che la pandemia ha provocato lo sviluppo di tali sintomi, essi sarebbero venuti meno a distanza di qualche anno dalla stessa.

Domanda 12: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Se consideriamo attentamente la recente esperienza pandemica da Covid 19, si possono riconoscere due tipi di epidemie specifiche; l'epidemia della malattia infettiva e l'epidemia della paura e del panico". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente".)

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	0,6 %
Non concordo in parte (2)	4,9 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	5,7 %
<b>Concordo abbastanza (4)</b>	<b>43,3 %</b>
<b>Concordo pienamente (5)</b>	<b>45,6 %</b>
Totale	100 %

<b>Valutazione media</b>	<b>4,29</b>
--------------------------	-------------



Si propongono delle asserzioni al vaglio degli intervistati secondo la scala definita. Si osserva che la maggioranza degli intervistati concorda con la sopracitata affermazione (considerando in maniera specifica la valutazione della media ottenuta delle risposte: 4,28 che corrisponde a "concordo abbastanza").

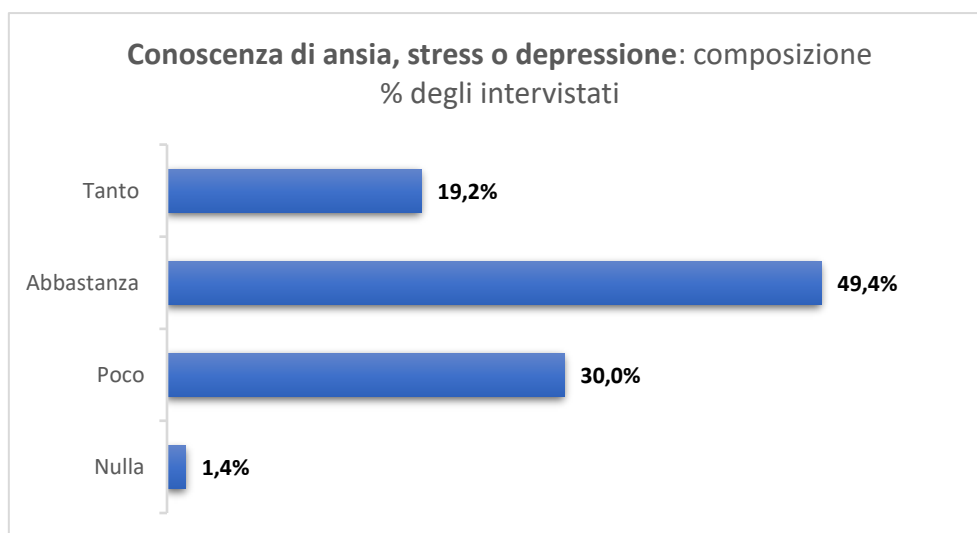
La condizione di incertezza ha alimentato la paura ed il panico, i quali minacciano, parallelamente al virus, lo stato di sopravvivenza dell'individuo. In questa maniera la popolazione diviene vittima di "due epidemie" connesse l'una con l'altra.

Domanda 13: Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione?  
di valutazione da 1= "nulla" a 4= "tanto").

(Scala

Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione?	Frequenza percentuale
Nulla (1)	1,4 %
Poco (2)	30,0 %
<b>Abbastanza (3)</b>	<b>49,4 %</b>
<b>Tanto (4)</b>	<b>19,2 %</b>
Totale	100 %

Valutazione media	2,86
-------------------	------

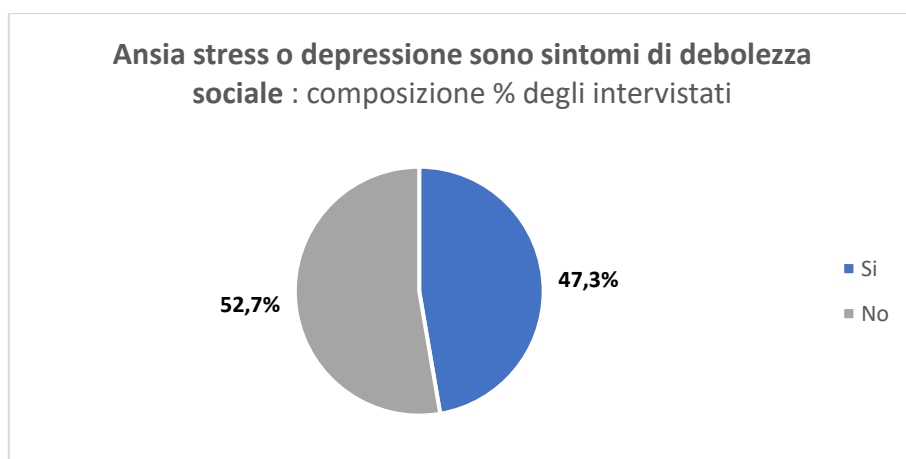


Dopo aver analizzato il quadro generale dei sintomi ricollegabili al periodo pandemico, si prosegue cercando di approfondire il grado di conoscenza dell'utenza in merito alle tematiche trattate finora.

Interessante il risultato che si evidenzia nella presente tabella: il 58,2 % degli intervistati afferma di conoscere almeno "abbastanza" le tematiche di ansia, stress o depressione. Dato da tenere a mente per le successive considerazioni.

Domanda 14: Secondo Lei disturbi come ansia, stress o depressione sono sintomi di debolezza sociale?

<b>Ansia, stress o depressione sono sintomi di debolezza sociale</b>	<b>Frequenza percentuale</b>
<b><i>Si</i></b>	<b>47,3 %</b>
<b><i>No</i></b>	<b>52,7 %</b>
Totale	100 %

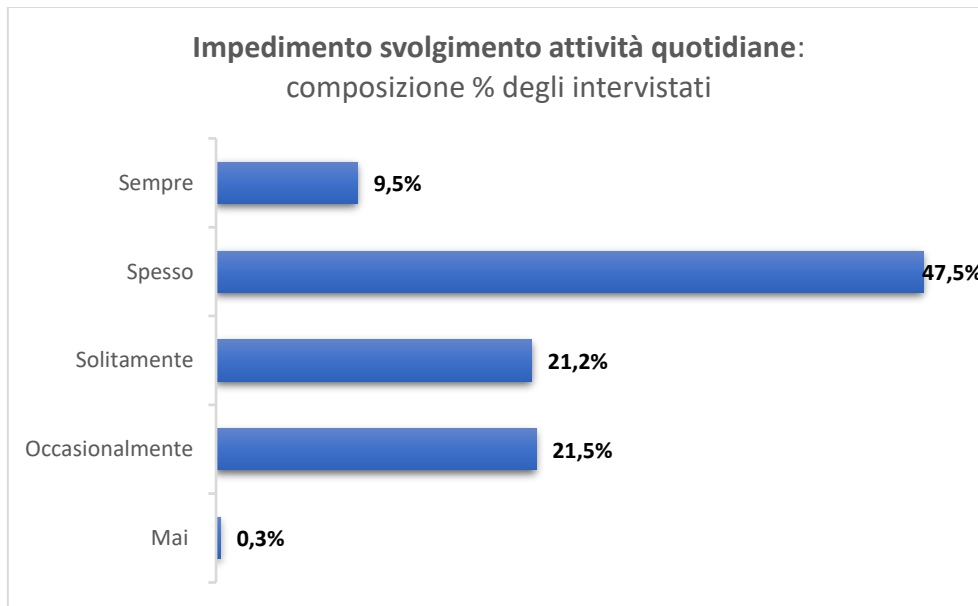


Considerando la domanda precedente nella quale emerge che gli intervistati suppongono di avere una conoscenza medio-alta delle tematiche trattate, risulta preoccupante il fatto che il 47,3 % degli intervistati considerino disturbi quali ansia, stress o depressione come sintomi di debolezza sociale.

Dai seguenti dati emerge che la paura del giudizio è un elemento ancora marcato, conferma del fatto che l'opinione diffusa, che etichetta questi disturbi come "debolezza", sia ancora radicata nella società moderna lasciando, così, trasparire l'accezione negativa attribuita a tali tematiche, la quale pone in secondo piano la cura.

Domanda 15: Secondo Lei, i sintomi di ansia, stress o depressione possono impedire alle persone di svolgere attività quotidiane?

Impedimento svolgimento attività quotidiane	Frequenza percentuale
Mai	0,3 %
Occasionalmente	21,5 %
Solitamente	21,2 %
<b>Spesso</b>	<b>47,5 %</b>
Sempre	9,5 %
Totale	100 %

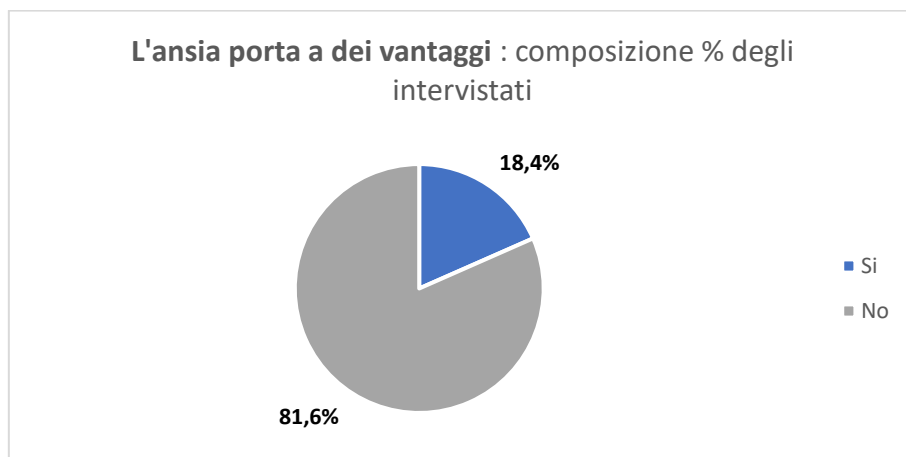


Gli stati di ansia, stress o depressione possono comparire molto spesso in situazioni quotidiane, assumendo una veste intimidatoria.

Al fine di comprendere l'impatto che questi disturbi hanno sulla vita dell'individuo, è stato posto il precedente quesito. Il valore modale della distribuzione, definisce che i sintomi considerati impediscono "spesso" (47,5 %) le attività di routine, influenzando negativamente la vita di tutti i giorni.

Domanda 16: Crede che l'ansia porti a dei vantaggi?

L'ansia porta a dei vantaggi	Frequenza percentuale
Si	18,4 %
<b>No</b>	<b>81,6 %</b>
Totale	100 %



È rilevante analizzare l'accezione che le persone danno al termine "ansia", considerando il livello di conoscenza, presumibilmente posseduto, e definito precedentemente.

Tale quesito permette di evidenziare la reale conoscenza che gli intervistati hanno dell'ansia: il concetto di ansia, coerentemente con i risultati ipotizzati e ottenuti finora, viene attribuito ad una situazione invalidante, di disagio, di disturbo. Tuttavia, è necessario precisare che l'ansia può rivestire una funzione fisiologica, se non addirittura positiva, nel caso in cui si presenti in modo contenuto. *"Quando ci apprestiamo a svolgere un compito di qualunque tipo (ad esempio professionale, scolastico o sportivo), la relazione tra il livello di ansia e il livello della prestazione segue l'andamento di una curva a campana o gaussiana, secondo quanto elaborato dagli psicologi Yerkes e Dodson<sup>26</sup>."*

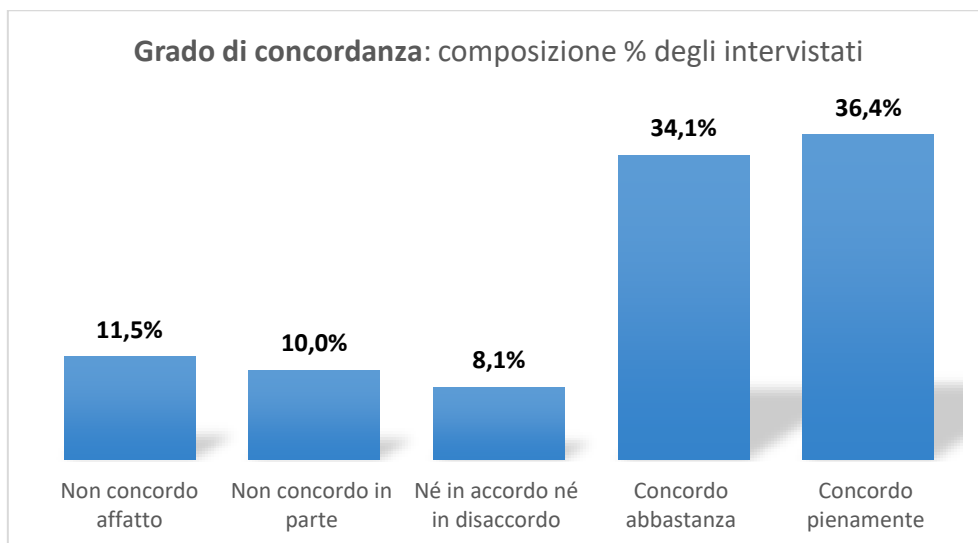
---

<sup>26</sup> (Clinica San Martino, s.d.).

Domanda 17: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Superare l'impatto psicologico di un trauma è molto simile al processo di guarigione dopo una lesione, come ad esempio un taglio". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	11,5 %
Non concordo in parte (2)	10,0 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	8,1 %
Concordo abbastanza (4)	34,1 %
Concordo pienamente (5)	36,4 %
Totale	100 %

<b>Valutazione media</b>	<b>3,74</b>
--------------------------	-------------



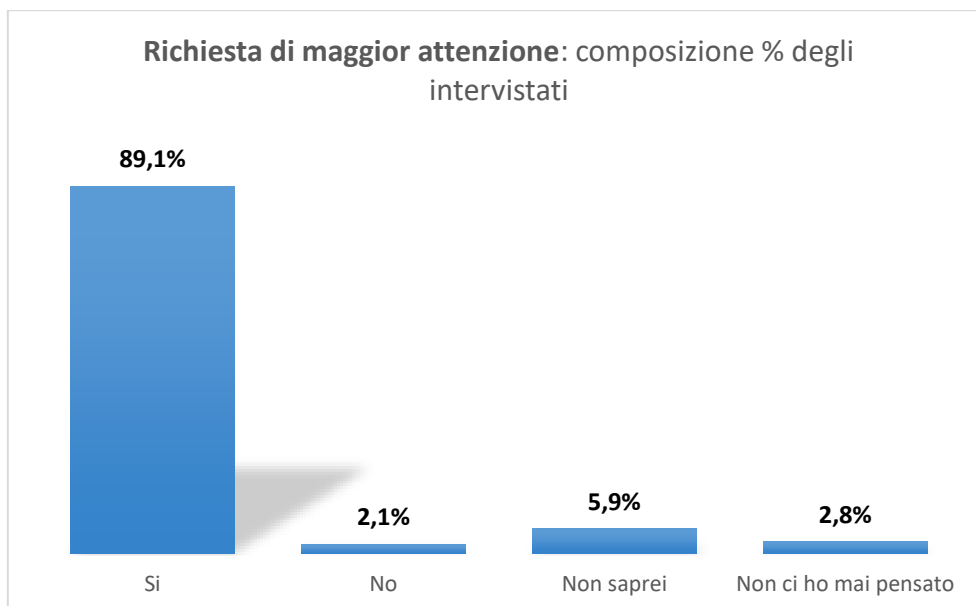
Un'ulteriore opinione, che interessa la società moderna, è senza dubbio il fatto che le malattie mentali non siano considerate tanto quanto le malattie fisiche. Tra le principali motivazioni associate a tale ideologia, si riconoscono gli stereotipi associati a tali disturbi, piuttosto che il basso livello di scolarizzazione conseguito dal singolo individuo.

I risultati di tale indagine permettono di concludere che si è ancora lontani dalla giusta considerazione che le malattie mentali dovrebbero avere: risultati discordanti e poco polarizzati, fanno intendere che la tematica necessita di ulteriori chiarimenti.



Domanda 18: Ritiene che nella società post-pandemica sia emerso che ansia, stress o depressione richiedano maggiore attenzione?

Richiesta di maggiore attenzione	Frequenza percentuale
<i>Si</i>	<b>89,1 %</b>
No	2,1 %
Non saprei	5,9 %
Non ci ho mai pensato	2,8 %
Totale	100 %



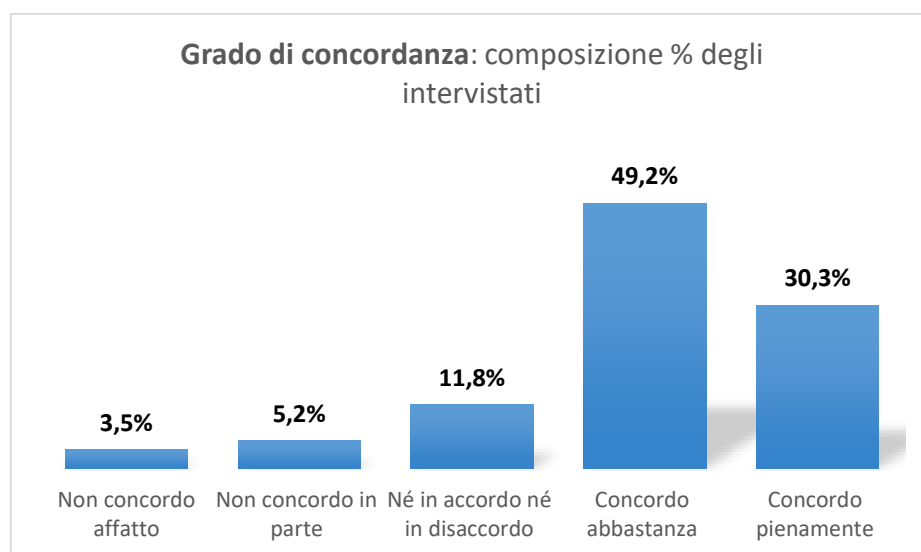
La richiesta di maggior attenzione e di maggior chiarezza riguardo tali tematiche risulta evidente e viene confermata dai successivi risultati: l'89,1 % degli intervistati chiede maggiore attenzione ai temi di ansia, stress o depressione. Questa può essere intesa come prevenzione, conoscenza e cura, le quali si rivelano le principali azioni da intraprendere per affrontare tali tematiche.

Per molti mesi l'attenzione degli esperti si è concentrata prevalentemente sulla pandemia e le relative conseguenze, ora è il momento di focalizzarla sulle tematiche legate alla salute mentale.

Domanda 19: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Spesso un fattore di stress è rappresentato dalla mancanza di informazioni adeguate, come ad esempio l'assenza di linee guida sulle azioni da intraprendere durante la fase di isolamento pandemico". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	3,5 %
Non concordo in parte (2)	5,2 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	11,8 %
<b>Concordo abbastanza (4)</b>	<b>49,2 %</b>
Concordo pienamente (5)	30,3 %
Totale	100 %

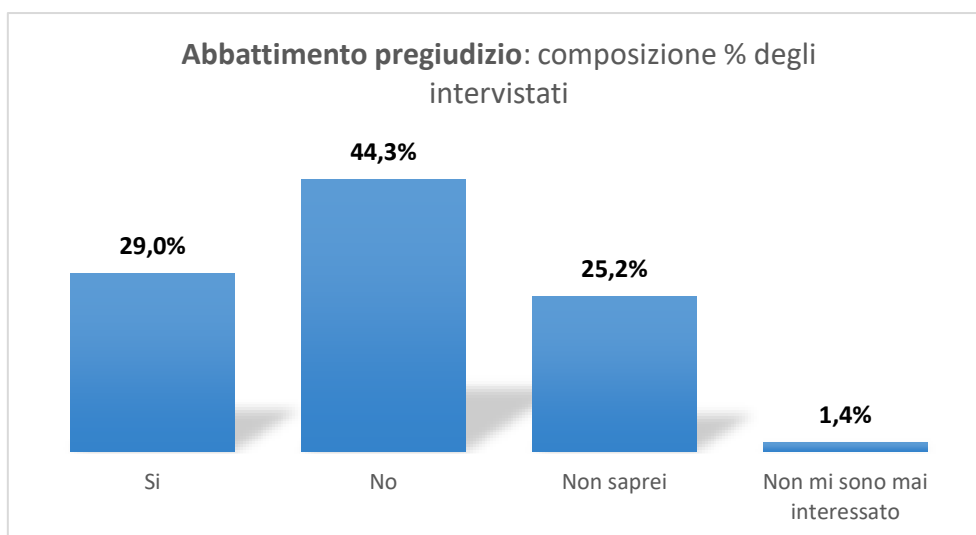
<b>Valutazione media</b>	<b>3,97</b>
--------------------------	-------------



Durante la recente pandemia si è andati incontro molto spesso ad informazioni fuorvianti ed inaffidabili le quali hanno alimentato lo stress dei cittadini ponendo, molto spesso, in secondo piano le informazioni ufficiali ed attendibili. Tutto ciò è confermato dal seguente risultato: come si può notare il valore più ricorrente (moda statistica) si attesta sull'affermazione "concordo abbastanza". Questo risultato appare chiaramente ammissibile dato che la forte situazione di incertezza e preoccupazione ha scatenato l'aggravarsi dell'ordinaria trasmissione di notizie lungo tutte le reti informative.

Domanda 20: La pandemia, secondo Lei, ha permesso di abbattere il pregiudizio relativo ad ansia, stress o depressione?

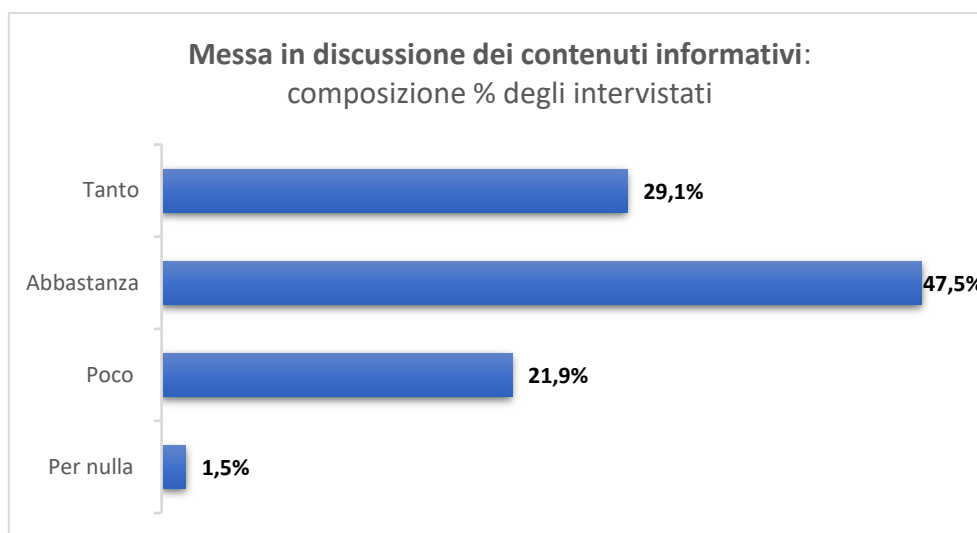
Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Si	29,0 %
<b>No</b>	<b>44,3 %</b>
Non saprei	25,2 %
Non mi sono mai interessato	1,4 %
Totale	100 %



Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, cioè che il pregiudizio relativo a questi disturbi sia radicalmente sedimentato, appare interessate e di interpretazione aperta la risposta a questa domanda. Meriterebbe un approfondimento ulteriore.

Domanda 21: Quanto, durante la pandemia, ha messo in discussione i contenuti informativi forniti da Tv, radio, quotidiani ed Internet?

Messa in discussione dei contenuti informativi	Frequenza percentuale
Per nulla	1,5 %
Poco	21,9 %
<b>Abbastanza</b>	<b>47,5 %</b>
Tanto	29,1 %
Totale	100 %



Tra i principali rischi per la salute psicologica degli individui sottoposti a quarantena ed isolamento sociale ritroviamo l'accesso continuo ad informazioni inadeguate (Brooks et al., 2020; Fiorillo e Gorwood, 2020).

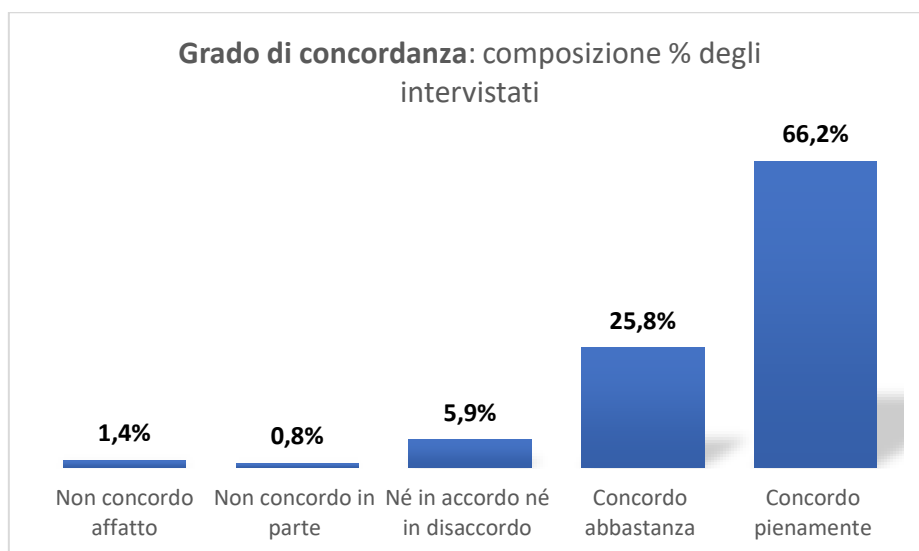
I dati raccolti dall'indagine, coerenti con l'immaginario pubblico, affermano che i contenuti informativi forniti dai principali canali di comunicazione sono stati messi in discussione, impattando in maniera significativa sulla salute mentale della popolazione.

I dati emersi nella presente tabella risultano plausibili valutando i pareri ottenuti dai precedenti quesiti, e considerando che la qualifica "abbastanza" è la voce predominante con il 47,5 % e che la seconda voce più numerosa è "tanto" con il 29,1%.

Domanda 22: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Nel contesto di un futuro imprevedibile è necessario compiere azioni pratiche, preventive e terapeutiche. Nonché iniziative sociali che rafforzino la solidarietà, la cura reciproca e la responsabilità". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	1,4 %
Non concordo in parte (2)	0,8 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	5,9 %
Concordo abbastanza (4)	25,8 %
<b>Concordo pienamente (5)</b>	<b>66,2 %</b>
Totale	100 %

<b>Valutazione media</b>	4,55
--------------------------	------



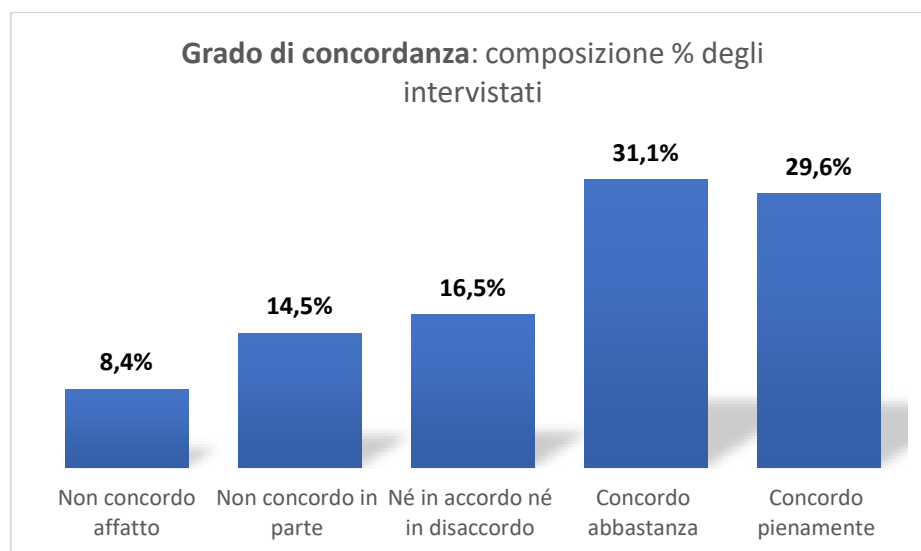
Coerentemente con quanto dimostrato dai risultati precedenti si evidenzia che, per un terzo degli intervistati, sono necessarie delle azioni pratiche, preventive e terapeutiche.

Nello specifico, i risultati ottenuti, si ritengono coerenti con l'esito ottenuto dalla richiesta di maggior attenzione ai temi trattati.

Domanda 23: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "In farmacia posso trovare educatori professionali che operano sul territorio (ad esempio farmacisti, fisioterapisti, infermieri, psicologi etc.)". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	8,4 %
Non concordo in parte (2)	14,5 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	16,5 %
Concordo abbastanza (4)	31,1 %
Concordo pienamente (5)	29,6 %
Totale	100 %

<b>Valutazione media</b>	3,59
--------------------------	------



Durante l'emergenza pandemica le farmacie hanno rivestito una carica essenziale: il continuo accesso al farmaco e la costante garanzia dei servizi di prima necessità sono stati di fondamentale importanza in quel contesto di incertezza e paura. Ed è proprio fronteggiando l'emergenza sanitaria che il ruolo della farmacia e del farmacista cominciano ad assumere una nuova importanza.

Il cambiamento è stato accelerato dallo stesso Covid 19 il quale, con le recenti normative approvate, ha permesso di eseguire nella propria farmacia di fiducia vaccini Covid 19 e

antinfluenzali, test antigenici e sierologici oltre alla regolare dispensazione di farmaci e agli ordinari servizi di primo e secondo livello.

La domanda sorge spontanea, i cittadini sono a conoscenza di questa evoluzione? Tale questione è il fulcro della sezione finale dell'indagine, che ha lo scopo di analizzare, e di conseguenza, comprendere le complicate dinamiche connesse alla valorizzazione del farmacista e della farmacia.

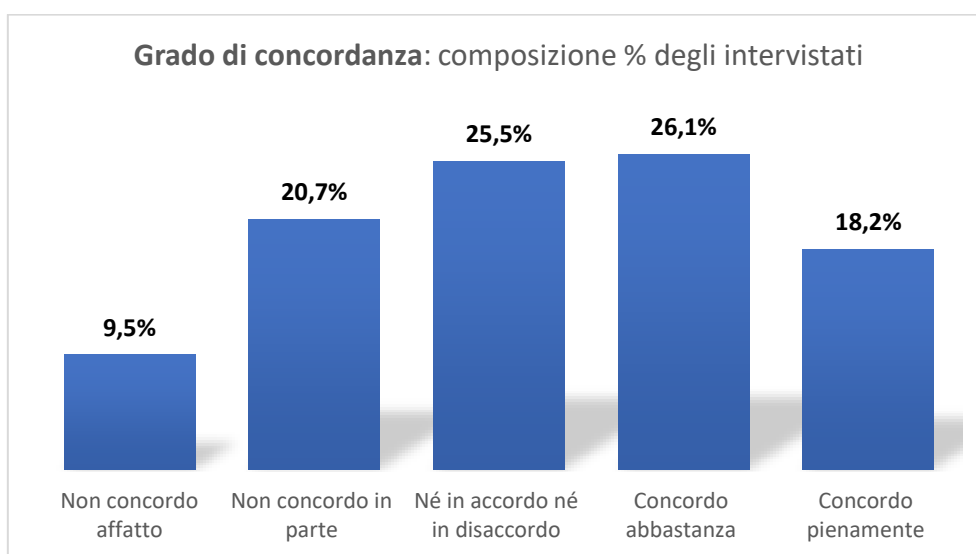
Nel contesto di tutti i giorni, assume un ruolo chiave il cliente/paziente: risulta fondamentale la conoscenza e la consapevolezza che l'utenza possiede nei confronti dei servizi disposti dalle farmacie.

Dai seguenti dati emerge chiaramente che la popolazione di rispondenti non si trova concorde in maniera univoca in merito al concetto, secondo il quale, in farmacia si trovano educatori professionali. L'aspetto fondamentale è proprio questo: la continua evoluzione della farmacia non è tuttavia sufficiente, se l'utenza non ne è consapevole.

Domanda 24: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "La farmacia agisce sul territorio in termini di prevenzione e/o promozione della salute". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	9,5 %
Non concordo in parte (2)	20,7 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	25,5 %
Concordo abbastanza (4)	26,1 %
Concordo pienamente (5)	18,2 %
Totale	100 %

Valutazione media	3,23
-------------------	------



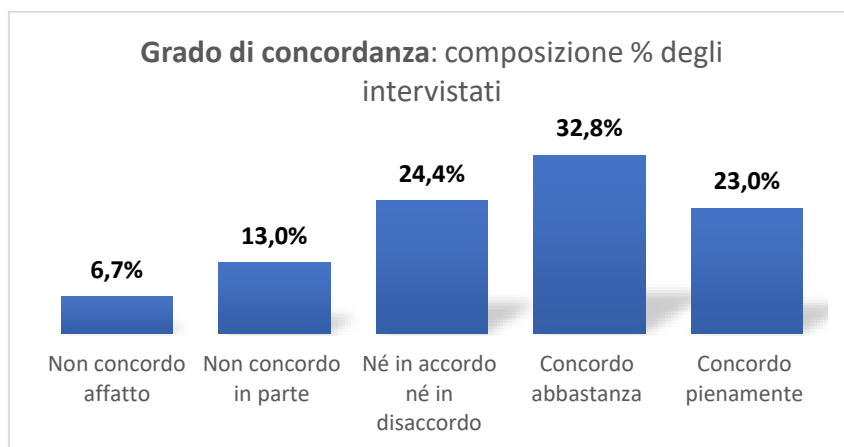
Da sempre le farmacie si impegnano a perseguire l'obiettivo della salute individuale e collettiva, seguendo un approccio di prevenzione e cura. La farmacia di oggi, che ha subito un'evoluzione dopo la recente pandemia, si è dimostrata efficace nell'accesso alla prevenzione. Basti pensare alla stessa vaccinazione da Covid 19, e alla promozione della salute. Numerose sono le campagne di educazione e informazione che si tengono regolarmente in farmacia. Ancora una volta però, i dati evidenziano la scarsa conoscenza di tutto ciò. Per questo motivo, risulta più che mai fondamentale promuovere e accrescere l'educazione sanitaria.



Domanda 25: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "La farmacia è un ambiente confidenziale ma allo stesso tempo professionale". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	6,7 %
Non concordo in parte (2)	13,0 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	24,4 %
Concordo abbastanza (4)	32,8 %
Concordo pienamente (5)	23,0 %
Totale	100 %

Valutazione media	3,52
-------------------	------

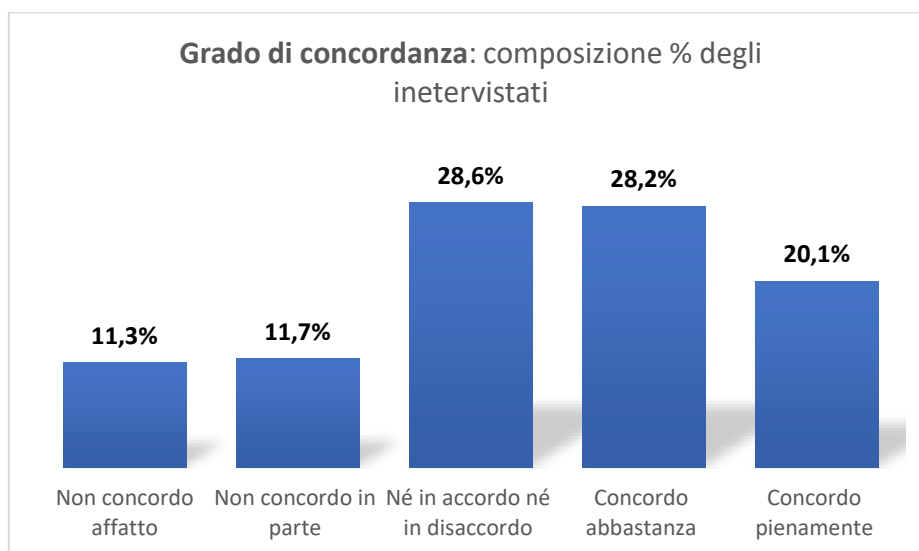


I risultati della seguente indagine si trovano in linea con quanto emerso dai precedenti quesiti: una migliore comprensione e conoscenza dell'utenza può essere necessaria per sviluppare nuovi progetti al fine di garantirsi la fiducia del paziente. La relazione tra farmacista e paziente ha la necessità di essere confidenziale e allo stesso tempo professionale con lo scopo di garantire il giusto ascolto e consiglio. Tutto ciò garantisce il perseguimento e/o mantenimento dello stato di salute. Analizzando i dati, e avendo a disposizione la media aritmetica dei questionari in dettaglio (3,52= "né in accordo né in disaccordo"), è possibile affermare che tale contesto non è chiaro agli occhi del paziente. Complessivamente è necessario considerare sempre le caratteristiche dell'utenza per creare un rapporto di fiducia e potenziare la fidelizzazione, proprio per questo motivo si procede alla segmentazione di tali dati sulla base del genere e dell'età. Pertanto, risulta necessaria una strategia di marketing efficace e mirata per segmenti di popolazione differenti, al fine di potenziare il rapporto tra il farmacista e il paziente.

Domanda 26: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Il servizio dello psicologo in farmacia alleggerisce le richieste pubbliche in ambito psicologico e rafforza la rete dei servizi territoriali". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	11,3 %
Non concordo in parte (2)	11,7 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	28,6 %
Concordo abbastanza (4)	28,2 %
Concordo pienamente (5)	20,1 %
Totale	100 %

Valutazione media	3,34
-------------------	------

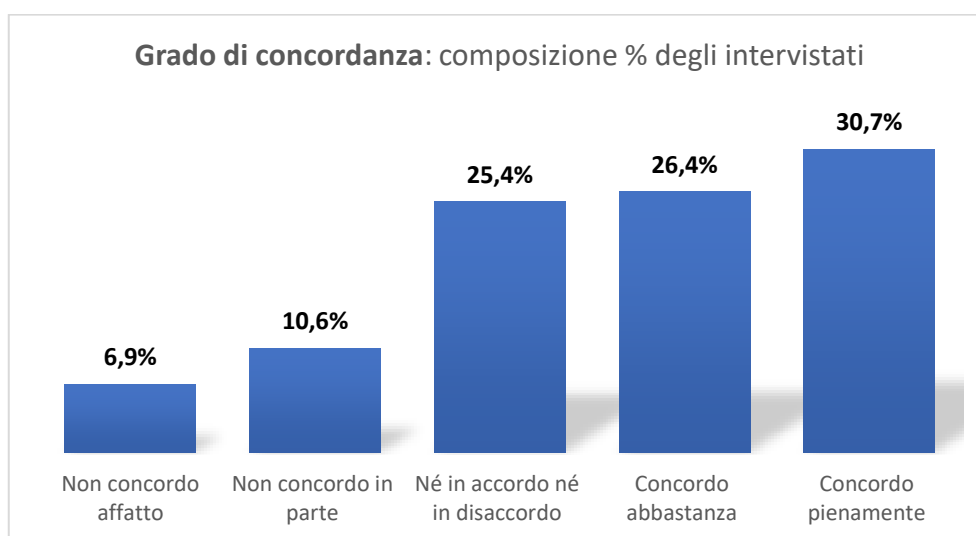


Molto spesso si associa il concetto di "salute" esclusivamente al benessere fisico, non considerando il benessere mentale. Il tema della salute mentale, in linea con i recenti studi e con i dati ottenuti dalla presente indagine, richiede indubbiamente maggiore attenzione. Nel contesto della farmacia è fondamentale prendere in carico tale richiesta offrendo dei canali alternativi di supporto al cittadino. Uno di questi può essere il servizio dello psicologo in farmacia, realtà già concretizzata in alcune zone d'Italia. In merito a tutto ciò, i dati ottenuti hanno evidenziato una bassa approvazione del servizio. Pertanto, ai fini dello sviluppo e crescita di questo, sarebbe interessante capire quali siano le principali motivazioni di tale riscontro.

Domanda 27: Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione? "Il servizio dello psicologo in farmacia agisce nel rispetto della riservatezza e della privacy". (Scala di valutazione da 1= "non concordo affatto" a 5= "concordo pienamente").

Grado di concordanza	Frequenza percentuale
Non concordo affatto (1)	6,9 %
Non concordo in parte (2)	10,6 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	25,4 %
Concordo abbastanza (4)	26,4 %
Concordo pienamente (5)	30,7 %
Totale	100 %

Valutazione media	3,63
-------------------	------



Infine, dai dati ottenuti in precedenza, è emerso che l'abbattimento del pregiudizio sociale non è ancora avvenuto in merito al tema dei disturbi mentali.

I paragrafi precedenti sono stati funzionali per avere un quadro generale in merito alla conoscenza di tali tematiche, e hanno permesso di evidenziare il fatto che mantenere la riservatezza nella realtà dei disturbi mentali è fondamentale come primo approccio al trattamento. Oggetto del presente quesito è, infatti, la privacy e riservatezza dei dati nel servizio dello psicologo in farmacia, altra questione poco chiara per gli utenti rispondenti all'indagine.

## 4.2 INCROCI STATISTICI

Come accennato precedentemente si procede l'analisi di segmentazione. La segmentazione permette di suddividere gli elementi in gruppi omogenei in maniera tale da poter attivare azioni mirate sui segmenti di maggior interesse per l'analisi. I primi confronti permetteranno di relazionare le domande con i profili demografici e socioculturali dei rispondenti.

Al fine di garantire una migliore comprensione dei risultati si riporta di seguito il sommario relativo ai confronti ottenuti:

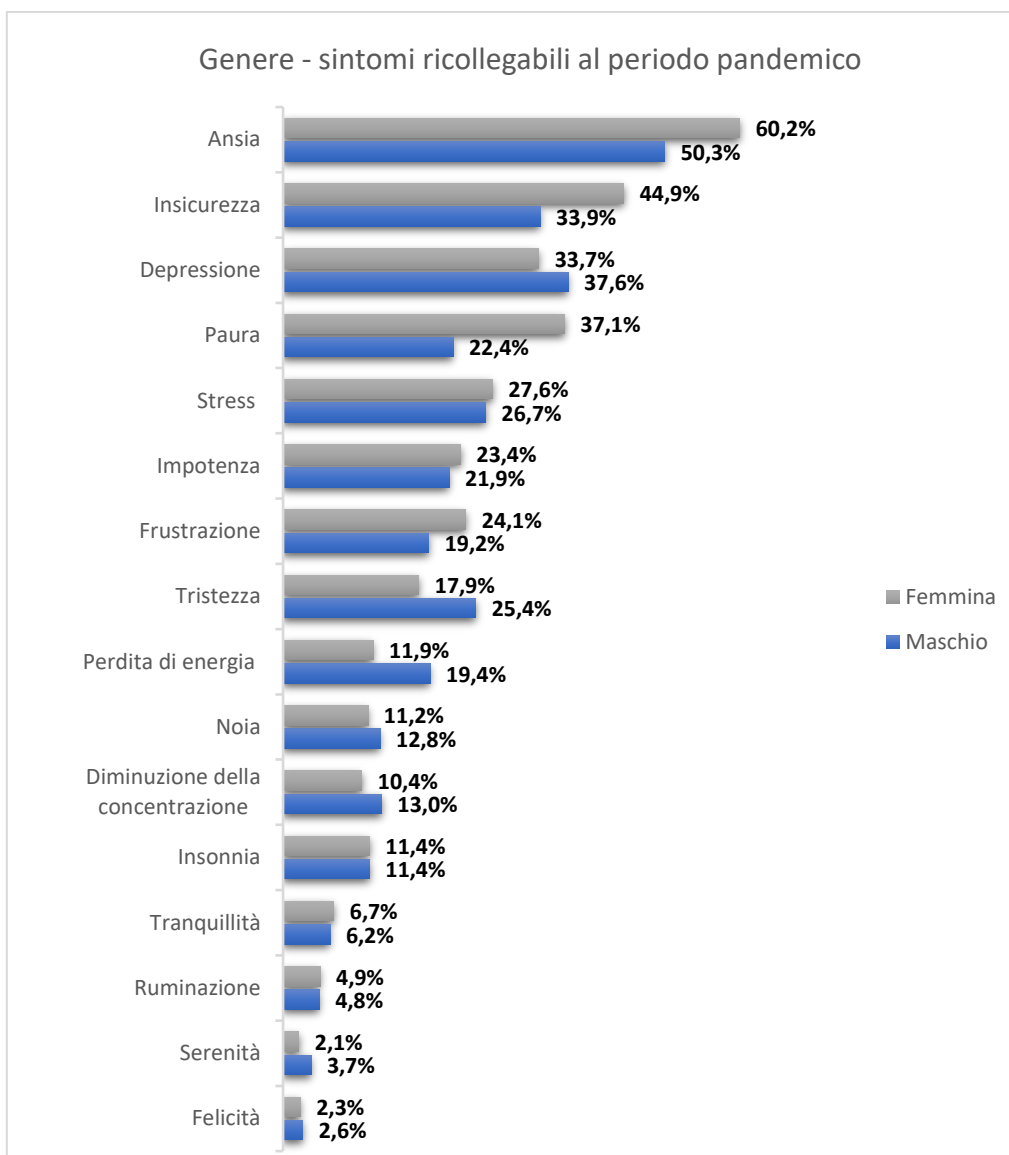
• Dom. 10 Sintomi collegabili al periodo pandemico	VS	Dom. 1 Genere*
• Dom. 13 Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione	VS	Dom. 1 Genere*
• Dom. 14 Sintomi di debolezza sociale	VS	Dom. 1 Genere*
• Dom. 25 Farmacia come ambiente professionale e confidenziale	VS	Dom. 1 Genere*
• Dom. 8 Benessere della popolazione	VS	Dom. 2 Età
• Dom. 10 Sintomi collegabili al periodo pandemico	VS	Dom. 2 Età
• Dom. 15 Impedimento attività quotidiane	VS	Dom. 2 Età
• Dom. 23 Presenza educatori	VS	Dom. 2 Età

professionali in farmacia		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dom. 25 Farmacia ambiente professionale e confidenziale</li> </ul>	VS	Dom. 2 Età
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dom. 7 Andamento farmaci OsMed</li> </ul>	VS	Dom. 4 Livello di istruzione
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dom. 16 L'ansia porta a dei vantaggi</li> </ul>	VS	Dom. 4 Livello di istruzione
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dom. 21 Messa in discussione contenuti informativi</li> </ul>	VS	Dom. 4 Livello di istruzione
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dom.11 Stato di maggior ansia, stress o depressione</li> </ul>	VS	Dom.6 Ampiezza centri

*\*Dato che la numerosità relativa al segmento genere "non binario/non specificato" è bassa (n=7) è stata omessa l'analisi a riguardo.*

Dom.10 Sintomi ricollegabili al periodo pandemico VS Dom.1 genere

Dom.13 - Sintomi ricollegabili al periodo pandemico	Dom.1 - Genere			
	Totale	Maschio	Femmina	Non specificato/non binario
<b>Ansia</b>	55,3 %	<b>50,3 %</b>	<b>60,2 %</b>	28,6 %
<b>Depressione</b>	35,5 %	<b>37,6 %</b>	<b>33,7 %</b>	14,3 %
Diminuzione della concentrazione	11,7 %	13,0 %	10,4 %	28,6 %
Felicità	2,4 %	2,6 %	2,3 %	0,0 %
Frustrazione	21,9 %	19,2 %	24,1 %	57,1 %
Impotenza	22,7 %	21,9 %	23,4 %	28,6 %
<b>Insicurezza</b>	39,5 %	<b>33,9 %</b>	<b>44,9 %</b>	28,6 %
Insonnia	11,4 %	11,4 %	11,4 %	14,3 %
Noia	11,9 %	12,8 %	11,2 %	0,0 %
Perdita di energia	15,5 %	19,4 %	11,9 %	14,3 %
<b>Paura</b>	29,9 %	<b>22,4 %</b>	<b>37,1 %</b>	0,0 %
Rabbia	12,6 %	13,5 %	11,8 %	0,0 %
Ruminazione	4,8 %	4,8 %	4,9 %	0,0 %
Serenità	2,9 %	3,7 %	2,1 %	14,3 %
Stress	27,3 %	26,7 %	27,6 %	57,1 %
Tranquillità	6,5 %	6,2 %	6,7 %	14,3 %
<b>Tristezza</b>	21,5 %	<b>25,4 %</b>	<b>17,9 %</b>	14,3 %



Richiede un distinto approfondimento la trattazione relativa ai sintomi ricollegabili al periodo pandemico, i quali vengono analizzati confrontando i dati anagrafici preliminari, in particolare con il genere.

Si ricorda che, in merito alla domanda considerata, si fornisce la tabella che rappresenta la percentuale di selezione ( “si” ) o meno ( “no” ) di ogni singola risposta precodificata proposta al rispondente. Per una migliore comprensione si fornisce un grafico a barre che descrive, in ordine decrescente, la distribuzione delle risposte in frequenza percentuale.

Con riferimento al genere, è emerso che:

- Con una maggiore frequenza femminile si sia indicata:
  - Ansia (60,2 %);
  - Insicurezza (44,9 %);

- Paura (37,1 %).
- Con una maggiore frequenza maschile si sia indicata:
  - Depressione (37,6 %);
  - Tristezza (25,1 %).

Si può affermare che, in linea con quanto previsto, i sintomi di ansia, insicurezza e paura sono ricollegabili principalmente alla componente femminile. Le ragioni di questa propensione risiedono nella fisiopatologia femminile, alla cui base si trovano meccanismi biologici differenti tra i due generi.

Sorprende, sicuramente, il fatto che il genere maschile presenti una leggera preponderanza alla depressione (37,6 % maschile VS 33,7 % femminile): tale risultato richiede una breve riflessione. La depressione è un fenomeno in continua espansione, il quale non riguarda solo le donne<sup>27</sup>. La depressione maschile rimane però ancora un disturbo sottostimato a causa principalmente di retaggi culturali, con i quali alla figura maschile vengono associati i concetti di sicurezza, robustezza e autorevolezza.

Secondo le recenti indagini la depressione maschile si manifesta principalmente con sintomi come senso di colpa, apatia, agitazione e tristezza, alcuni di essi confermati dai risultati sopra ottenuti.

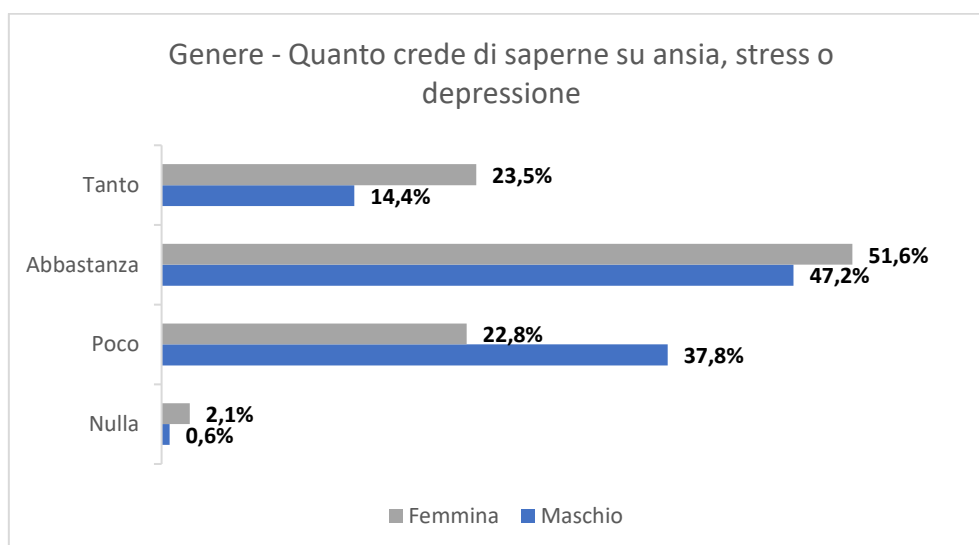
---

<sup>27</sup> (Smith et al., 2018).



Dom.13 Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione VS Dom.1 Genere

Dom.13 - Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione	Dom.1 - Genere			
	Totale	Maschio	Femmina	Non specificato/non binario
Nulla	1,4 %	0,6 %	2,1 %	0,0 %
Poco	30,0 %	37,8 %	22,8 %	14,3 %
Abbastanza	<b>49,4 %</b>	47,2 %	51,6 %	42,9 %
<b>Tanto</b>	<b>19,2 %</b>	<b>14,4 %</b>	<b>23,5 %</b>	42,9 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %

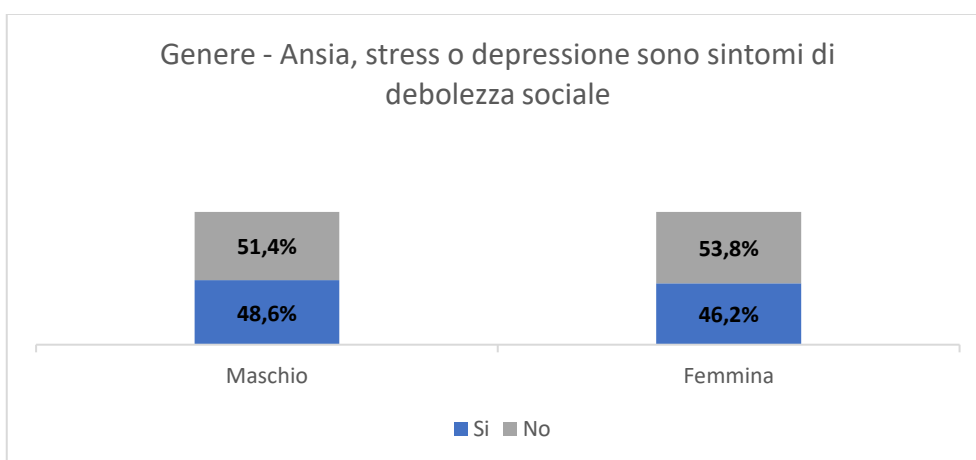


Dall'incrocio con il genere e i dati relativi alla conoscenza dei temi trattati emerge, in maniera abbastanza prevedibile, che il segmento femminile ritiene di avere una maggiore conoscenza degli stessi.

Ciò nonostante, la differenza tra il genere maschile e femminile risulta contenuta. In entrambi i casi si evidenzia che il valore modale che si segnala nelle due distribuzioni fa riferimento ad "abbastanza" (con una frequenza percentuale del 51,6 % nel genere femminile e del 47,2 % nel genere maschile).

Dom.14 Sintomi debolezza sociale VS Dom.1 Genere

		Dom.1 - Genere		
Dom.14 - Ansia, stress o depressione sono sintomi di debolezza sociale	Totale	Maschio	Femmina	Non specificato/non binario
<b>Si</b>	47,3 %	<b>48,6 %</b>	<b>46,2 %</b>	<b>28,6 %</b>
No	52,7 %	51,4 %	53,8 %	71,4 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %



La differenza evidenziata tra il genere maschile e femminile rimane contenuta, pertanto si ritiene che l'associazione di ansia, stress o depressione a sinonimi di debolezza sociale sia condivisa allo stesso modo in entrambi due generi. Da questi risultati è possibile mettere in evidenza come i vecchi retaggi in merito a tali disturbi, siano ancora oggi presenti.

Dom.25 Farmacia come ambiente confidenziale e professionale VS Dom.1 Genere

Dom.25 - Farmacia come ambiente confidenziale e professionale	Dom.1 - Genere			
	Totale	Maschio	Femmina	Non specificato/non binario
Non concordo affatto	6,7 %	7,1 %	6,3 %	14,3 %
Concordo in parte	13,0 %	13,1 %	13,0 %	14,3 %
Né in accordo né in disaccordo	24,4 %	22,8 %	25,8 %	28,6 %
<b>Concordo abbastanza</b>	32,8 %	<b>39,7 %</b>	<b>26,2 %</b>	42,9 %
<b>Concordo pienamente</b>	23,0 %	<b>17,3 %</b>	<b>28,6 %</b>	0,0 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %

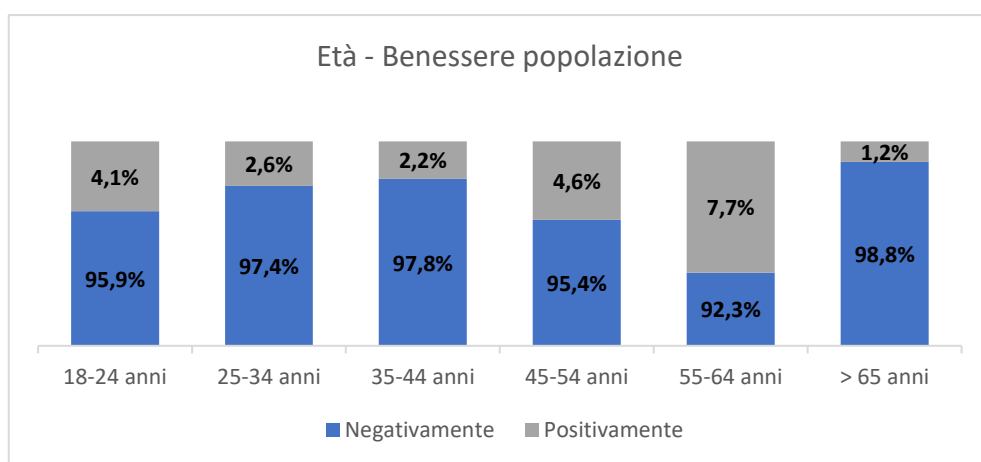
Come già affermato in precedenza, per ottenere un adeguato rapporto farmacista-cliente è necessario attuare una strategia mirata per segmenti. A tal proposito si è voluto procedere analizzando la popolazione in funzione al genere e al quesito posto.

Dalla tabella emerge la maggiore concordanza del genere femminile all'asserzione proposta. Tale risultato sarà confermato ulteriormente dall'analisi dell'albero di Chaid (vedi Figura 4.4.4).

In conclusione, in merito all'approfondimento compiuto in relazione al genere, è possibile affermare che tale carattere non ha influenzato in maniera significativa sulle risposte ad eccezione di quest'ultimo approfondimento.

Dom.8 Benessere della popolazione VS Dom.2 Età

		Dom.2 - Età					
Dom.8 - Benessere popolazione	Totale	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	> 65 anni
<b>Negativamente</b>	96,4 %	95,9 %	97,4 %	97,8 %	95,4 %	<b>92,3 %</b>	<b>98,8 %</b>
Positivamente	3,6 %	4,1 %	2,6 %	2,2 %	4,6 %	7,7 %	1,2 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



In linea con le aspettative, è possibile stabilire che lo stato di benessere negativo è stato leggermente preponderante nel genere femminile (97,7 %) rispetto a quello maschile (95,2 %). Per quanto riguarda le fasce d'età, la preponderanza si registra negli individui over 65 (98,8 %). Tale dato è da considerarsi proporzionale alla composizione del campione in quanto la "fascia over 65" è costituita per la maggioranza da donne (30,8 % rispetto ai 25,8 % degli uomini).

Si inverte l'andamento per la "fascia 55-64 anni" dove si registra una leggera preponderanza maschile.

Dom.10 Sintomi collegabili al periodo pandemico VS Dom.2 Età

		Dom.2 - Età					
Dom.10 - Sintomi collegabili al periodo pandemico	Totale	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	> 65 anni
<b>Ansia</b>	55,3 %	45,0%	58,2 %	<b>62,2 %</b>	57,7 %	50,7 %	<b>55,0 %</b>
<b>Depressione</b>	35,5 %	30,2 %	36,4 %	<b>43,6 %</b>	31,4 %	29,7 %	38,8 %
Diminuzione della concentrazione	11,7 %	<b>28,3 %</b>	19,3 %	6,4 %	8,3 %	7,3 %	11,3 %
Felicità	2,4 %	3,9 %	2,3 %	2,3 %	2,5 %	1,1 %	2,9 %
Frustrazione	21,9 %	28,7 %	23,4 %	19,2 %	17,6 %	15,0 %	27,8 %
Impotenza	22,7 %	22,4 %	27,0 %	27,6 %	21,7 %	24,3 %	18,1 %
<b>Insicurezza</b>	39,5 %	26,8 %	30,0 %	34,8 %	39,6 %	36,9 %	<b>51,5 %</b>
Insonnia	11,4 %	14,8 %	10,7 %	11,7 %	9,2 %	13,5 %	10,7 %
<i>Noia</i>	11,9 %	<b>30,6 %</b>	22,0 %	13,0 %	11,3 %	10,1 %	2,9 %
<i>Perdita di energia</i>	15,5 %	<b>26,8 %</b>	18,0 %	10,2 %	13,1 %	13,7 %	16,6 %
Paura	29,9 %	18,5 %	26,6 %	33,1 %	34,1 %	31,5 %	29,3 %
Rabbia	12,6 %	11,8 %	15,5 %	14,3 %	20,1 %	9,9 %	7,4 %
Ruminazione	4,8 %	6,9 %	8,3 %	7,4 %	7,5 %	4,2 %	0,0 %
Serenità	2,9 %	5,1 %	3,6 %	3,2 %	3,8 %	5,0 %	0,0 %
Stress	27,3 %	34,0 %	29,0 %	30,6 %	29,2 %	27,6 %	21,6 %
Tranquillità	6,5 %	13,4 %	9,1 %	7,2 %	8,7 %	6,6 %	1,5 %
Tristezza	21,5 %	17,3 %	14,5 %	16,0 %	19,0 %	20,8 %	30,8 %

Continua l'approfondimento relativo alla trattazione dei sintomi ricollegabili al periodo pandemico, i quali vengono analizzati confrontando i dati anagrafici preliminari, in particolare con l'età.

È emerso che:

- Con maggiore frequenza per la fascia d'età 18-24 anni si sia indicata:
  - Noia (30,6 %);
  - Diminuzione della concentrazione (28,3%);
  - Perdita di energia (26,8 %);
- Con maggiore frequenza per la fascia d'età 35-44 anni si sia indicata:
  - Ansia (62,2 %);
  - Depressione (43,6 %);
- Con maggiore frequenza per la fascia over 65 anni si sia indicata:
  - Insicurezza (51,5 %).

Relativamente alla fascia 18-24 anni (che corrisponde ad una frequenza dell' 8,3 % dell'intera popolazione), si evidenzia che i sintomi maggiormente selezionati sono noia, diminuzione della concentrazione e perdita di energia. Coerentemente con la realtà vissuta da questa generazione, è possibile affermare che il risultato si trova in linea con quanto previsto. Durante il periodo pandemico sono state messe a dura prova le relazioni con coetanei, genitori o docenti; è stato impedito loro l'accesso alle risorse informative, culturali e comunicative, interferendo nella loro vita relazionale e nel loro percorso formativo.

La popolazione con età compresa tra i 35 e 44 anni (che corrisponde ad una frequenza del 14,3 % dell'intera popolazione) hanno segnalato in maggior misura, tra i sintomi elencati, l'ansia e la depressione. Per loro il periodo pandemico, seguendo i risultati ottenuti, ha "sospeso" la possibilità di ottenere una stabilità, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista relazionale.

Lo stato di maggior insicurezza è associato alla "*fascia over 65 anni*" (che corrisponde ad una frequenza del 28,3 % dell'intera popolazione), il quale è riconducibile al fatto che il maggior rischio di contrarre l'infezione si registrasse nei soggetti più sensibili, con patologie croniche, molto spesso riconducibile alla fascia anziana. Inoltre, il riordino dell'assistenza medica e sanitaria a distanza (la telemedicina), ha disorientato la fascia senile.

Considerando a questo punto la fascia più popolosa, gli over 65, si pone l'attenzione sui sintomi da essi maggiormente rilevati. Il forte senso di insicurezza (51,5 %) e l'ansia (55 %) sono le voci più rilevanti nella distribuzione.

Dom.15 Impedimento attività quotidiane VS Dom.2 Età

		Dom.2 - Età					
Dom.15 - Impedimento attività quotidiane	Totale	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	> 65 anni
Mai	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %	1,1 %	0,0 %
Occasionalmente	21,5 %	13,6 %	13,8 %	15,0 %	17,2 %	22,7 %	32,6 %
Solitamente	21,2 %	22,5 %	22,4 %	25,1 %	18,1 %	15,8 %	23,6 %
<b>Spesso</b>	47,5 %	<b>50,3 %</b>	54,3 %	50,2 %	54,6 %	46,3 %	<b>38,5 %</b>
Sempre	9,5 %	13,3 %	9,4 %	9,5 %	9,6 %	14,1 %	5,3 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Le strette regole imposte dalla pandemia con lo scopo di ridurre il contagio e i morti hanno indubbiamente imposto limiti sulla quotidianità di tutti i giorni. Questa osservazione la si ritrova confermata nella tabella, in cui si evince che tale complicazione è condivisa da tutte le fasce d'età: in tutte le categorie citate è possibile rilevare in "spesso" la moda relativa alla classe di dati.

Coerentemente con le abitudini e gli stili di vita degli individui appartenenti alla fascia over 65 anni, si rileva una frequenza minore (38,5 %) che indica un minor impedimento delle attività quotidiane rispetto le altre fasce.

Nelle categorie più giovani rispetto a quest'ultima, invece, la frequenza percentuale aumenta in relazione al passaggio a stili di vita più frenetici e mutevoli rispetto al pensionamento.

Dom.23 Presenza educatori professionali in farmacia VS Dom.2 Età

		Dom.2 - Età					
Dom.23 – Presenza educatori professionali in farmacia	Totale	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	> 65 anni
Non concordo affatto (1)	8,4 %	8,5 %	14,4 %	13,8 %	8,3 %	<b>4,7 %</b>	<b>5,3 %</b>
Concordo in parte (2)	14,5 %	21,8 %	20,0 %	16,8 %	13,8 %	6,9 %	13,9 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	16,5 %	23,6 %	29,0 %	15,8 %	17,2 %	15,4 %	9,5 %
Concordo abbastanza (4)	31,1 %	29,4 %	17,6 %	26,8 %	32,3 %	34,0 %	37,0 %
Concordo pienamente (5)	29,6 %	<b>16,6 %</b>	<b>19,0 %</b>	<b>26,8 %</b>	<b>28,5 %</b>	<b>38,9 %</b>	<b>34,3 %</b>
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

I dati in precedenza analizzati hanno confermato la parziale concordanza degli utenti in merito al precedente quesito: gran parte di essi concordano sul fatto che in farmacia si possano ritrovare *“educatori professionali che operano sul territorio”* (vedi risultati domanda 23). L’analisi in questione mira ad evidenziare la relazione tra l’età e il quesito considerato.

Analizzando il dato relativo alla possibilità di ritrovare educatori professionali in farmacia, si conferma che la fascia adulta-anziana presenta un forte attaccamento e fiducia nei confronti della farmacia e dei suoi servizi. È da ricordare, che la fascia adulta anziana rappresenta una quota notevole all’interno degli intervistati: essi rappresentano il 79 % del totale (vedi domanda 2).

Relativamente bassa, invece, la frequenza media di concordanza relativa alle fasce under 35 anni: tale dissenso può essere spiegato dalla scarsa utenza degli stessi.



Dom.25 Farmacia come ambiente confidenziale e professionale VS Dom.2 Età

		Dom.2 - Età					
Dom. 25 – Ambiente confidenziale e professionale	Totale	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	> 65 anni
		Non concordo affatto (1)	6,7 %	6,8 %	7,8 %	7,8 %	5,8 %
Concordo in parte (2)	13,0 %	18,5 %	17,7 %	17,5 %	14,1 %	9,1 %	8,9 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	24,4 %	33,6 %	30,8 %	23,0 %	28,4 %	19,3 %	20,1 %
Concordo abbastanza (4)	32,8 %	21,9 %	28,7 %	28,2 %	34,5 %	37,3 %	36,1 %
Concordo pienamente (5)	23,0 %	19,2 %	15,0 %	23,5 %	17,1 %	25,9 %	29,5 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Dalla tabella sopra riportata, si osserva che all'aumentare dell'età, aumenta quasi proporzionalmente la concordanza secondo cui la farmacia risulta un ambiente confidenziale ma allo stesso tempo professionale.

I dati ottenuti, quindi, permettono di evidenziare la scarsa concordanza delle classi giovani, utenti sporadici che però necessitano richieste differenti. È necessario tenere in considerazione che, il segmento degli anziani è destinato ad una crescita continua, oltre che essere la fascia di utenti che usufruiscono maggiormente dei servizi e attività compiuti dalla farmacia. Un coinvolgimento più attivo e partecipe di tutte le fasce d'età incrementerebbe il bacino di utenti che sono realmente a conoscenza dei servizi della farmacia.

Dom.7 Andamento farmaci OsMed VS Dom.4 Livello di istruzione

		Dom.4 – Livello di istruzione			
Dom.7 – Andamento farmaci OsMed	Totale	Licenza scuola elementare	Licenza scuola media	Diploma di maturità	Diploma di laurea
<b><i>Maggiore sensibilità sociale al tema dei disturbi mentali</i></b>	40,3 %	<b>100 %</b>	28,3 %	37,4 %	43,0 %
Minore sensibilizzazione sociale riguardo al tema dei disturbi mentali	8,8 %	0,0 %	6,8 %	9,6 %	9,2 %
Riduzione della stigmatizzazione dei disturbi mentali come ansia o depressione	23,6 %	0,0 %	16,2 %	21,1 %	28,0 %
Maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali	30,6 %	<b>56,6 %</b>	30,4 %	30,8 %	29,5 %
Minore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali	11,2 %	0,0 %	9,0 %	10,8 %	12,5 %
Migliore accuratezza diagnostica	16,7 %	0,0 %	19,2 %	11,6 %	19,8 %
Uso di nuovi principi attivi per il controllo di alcuni disturbi psichici	16,3 %	56,6 %	20,8 %	13,2 %	15,7 %
<b><i>Mutamenti del contesto socioeconomico</i></b>	52,0 %	<b>43,4 %</b>	<b>36,9 %</b>	<b>63,6 %</b>	<b>48,8 %</b>

L'analisi del livello di istruzione dei rispondenti risulta importante in quanto permette di capire la formazione dell'individuo, il quale può influire nel parere del quesito considerato. Dalla seguente analisi è possibile evidenziare le successive incidenze: nonostante la ridotta numerosità appartenente alla fascia di istruzione più bassa, sorprende che il 100 % di loro ha attribuito, l'andamento di tali farmaci, alla *“maggiore sensibilità sociale al tema dei disturbi mentali”*.

Negli ultimi anni l'innalzamento dell'età media ha comportato un corrispondente incremento nello sviluppo delle malattie mentali in età geriatrica<sup>28</sup>. Le ragioni possono essere molteplici, e tra le principali si ritrova la fragilità dei soggetti considerati, la sottovalutazione del problema da parte dei familiari, il contesto socioeconomico, piuttosto che la comorbidità di altre patologie che limitano l'assunzione di ulteriori farmaci per evitare interazioni farmacologiche.

La salute mentale dell'anziano è una complicazione non trascurabile per la salute pubblica, ragione per cui tale trattazione rivendica maggiore attenzione rispetto gli anni passati.

In aggiunta, gli utenti che hanno conseguito la licenza di scuola elementare hanno attribuito la responsabilità di tale incremento d'uso anche alla *“maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale”*, registrando un valore quasi doppio rispetto al totale (56,6 %); tutto ciò conferma la fiducia che questo segmento di popolazione possiede nei confronti dello specialista sanitario.

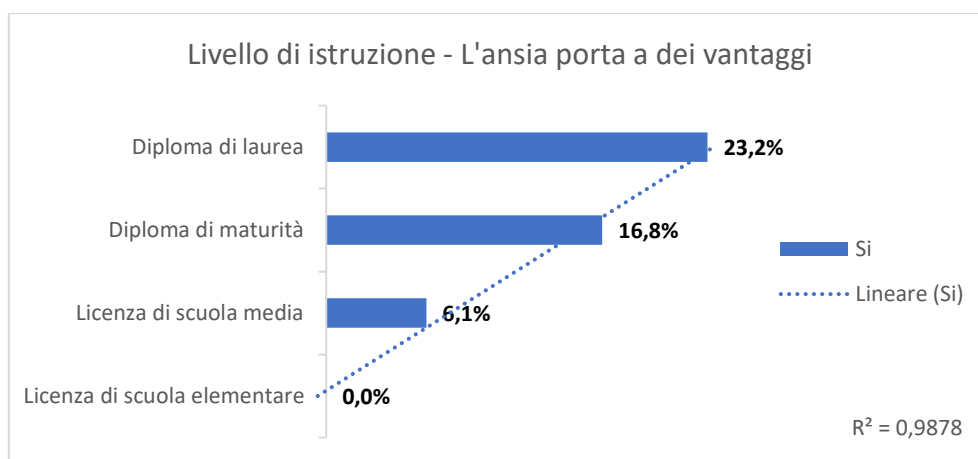
Considerando i rispondenti con livello d'istruzione superiore a quello trattato, è possibile osservare che la ragione che ha maggiormente convinto gli utenti è stato il *“mutamento socioeconomico”*, coerentemente con quanto registrato dai risultati preliminari.

---

<sup>28</sup> (Lucca et al., 2021).

Dom.16 L'ansia porta a dei vantaggi VS Dom.4 Livello di istruzione

		Dom.4 – Livello di istruzione			
Dom.7 – L'ansia porta a dei vantaggi	Totale	Licenza di scuola elementare	Licenza di scuola media	Diploma di maturità	Diploma di laurea
Si	18,4 %	0,0 %	6,1 %	16,8 %	23,2 %
<b>No</b>	81,6 %	<b>100,0 %</b>	<b>93,9 %</b>	<b>83,2 %</b>	<b>76,8 %</b>
Totale	100 %	100 %	100%	100 %	100 %



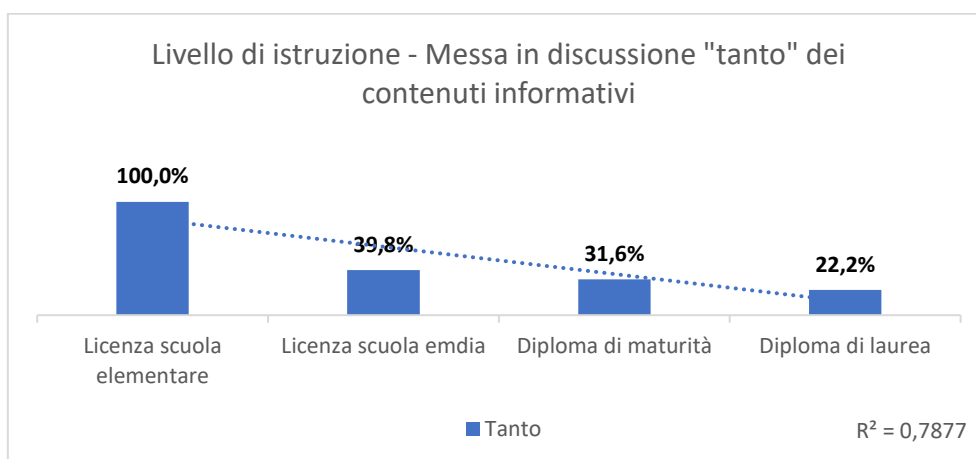
Dalle precedenti indagini è emerso che una conoscenza più approfondita delle tematiche trattate permetterebbe di abbattere il pregiudizio legato alla salute mentale e consentirebbe di avvicinare la cura.

Di seguito si è voluto approfondire la correlazione tra il livello di scolarizzazione e la possibilità di ricollegare l'ansia ad un beneficio. Sebbene solo l'1,9 % del totale dei rispondenti abbia conseguito la sola licenza di scuola elementare, emerge che nessuno di loro ritenga che l'ansia porti a dei vantaggi. Questo dato si trova coerente non solo con il livello di istruzione, ma anche con i risultati precedentemente ottenuti.

Progressivamente al coinvolgimento di livelli di istruzione medio-alti la percentuale cresce sebbene rimanga contenuta, registrando un valore massimo del 23,2 % in coloro che hanno ottenuto il diploma di laurea.

Dom.21 Messa in discussione contenuti informativi VS Dom.4 Livello di istruzione

		Dom.4 – Livello di istruzione			
Dom.21 – Messa in discussione contenuti informativi	Totale	Licenza di scuola elementare	Licenza di scuola media	Diploma di maturità	Diploma di laurea
Per nulla	1,5 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	1,7 %
Poco	21,9 %	0,0%	11,8 %	22,8 %	24,7 %
Abbastanza	47,5 %	0,0 %	48,4 %	43,7 %	51,4 %
<b>Tanto</b>	29,1 %	<b>100,0 %</b>	<b>39,8 %</b>	<b>31,6 %</b>	<b>22,2 %</b>
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Risulta inconfutabile la messa in discussione dei contenuti informativi forniti durante il periodo pandemico. È interessante, però, approfondire tale tematica in relazione al grado di scolarizzazione.

Coerentemente con quanto ipotizzato, si registra una messa in discussione elevata (100 %) per chi ha conseguito la sola licenza di scuola elementare (da considerare il fatto che questa fascia di popolazione rappresenta solo l'1,9 % dei rispondenti).

Decresce in modo lineare la frequenza percentuale con l'incremento del livello di scolarizzazione: è possibile che il maggior potere critico e la conoscenza del linguaggio ottenuti dagli studi, permettano di vagliare le notizie false da quelle veritiere.

Da considerare che, al grado di scolarizzazione è riconducibile anche l'età dell'utente, altro fattore implicato nella selezione dei contenuti informativi.

Dom.11 Stato di maggior ansia, stress o depressione VS Dom.6 Ampiezza centri

		Dom.6 – Ampiezza centri				
Dom.11 - Stato di maggior ansia, stress depressione	Totale	<10.000 ab.	10.000	30.000	100.000	> 250.000 ab.
			<ab.< 30.000	<ab.< 100.000	<ab.< 250.000	
Durante la pandemia non in relazione all'aumentare dei casi e dei contagi	16,6 %	15,0 %	20,4 %	15,5 %	17,7 %	17,0 %
<b><i>Durante la pandemia, in maniera proporzionale all'aumentare dei casi e dei contagi</i></b>	35,3 %	<b>44,9 %</b>	25,4 %	29,9 %	19,9 %	29,2 %
In nessun caso citato	0,7 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %	1,4 %	2,0 %
In tutti i casi citati	32,7 %	26,0 %	41,2 %	38,7 %	29,6 %	35,5 %
<b><i>Subito dopo la pandemia</i></b>	14,7 %	13,5 %	12,6 %	15,2 %	<b>31,3 %</b>	16,2 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

È stato possibile approfondire l'incrocio tra numero di abitanti nel comune di residenza in relazione al momento in cui è stato definito lo stato di maggior ansia, stress o depressione.

Nonostante l'elevata diffusione del virus in zone ad alta densità abitativa, il 44,9 % dei rispondenti appartenenti ad un comune con un numero di residenti inferiore ai 10.000 abitanti afferma che lo stato di maggior ansia, stress o depressione si sia rilevato durante la pandemia in maniera proporzionale all'aumentare dei contagi. Da tale dato si può dedurre che le restrizioni che impedivano gli spostamenti da comune a comune, intensificate con l'aumentare dei contagi o dei decessi, abbia influenzato negativamente lo stato psicologico degli individui. Quest'ultimo, infatti, non viene registrato per i comuni più popolosi in cui la possibilità di spostamento all'interno dell'area comunale era probabilmente più concessiva (basti pensare, ad esempio, alla più vasta presenza di servizi). Per quanto riguarda il periodo post pandemico, si osserva che il luogo di residenza non influisce sul dato incrociato ad eccezione della categoria 100.000<abitanti<250.000 in cui si registra una frequenza del 31,3 %.

È necessario compiere, a tal riguardo, una puntualizzazione: la presente indagine è stata compiuta principalmente nel nord-est Italia, territorio privo di grandi città metropolitane.

## Incroci statistici tra alcune domande del questionario

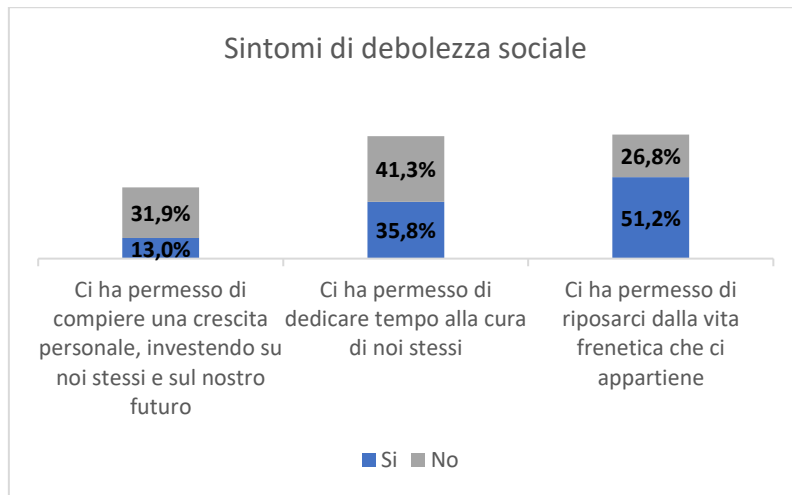
Per diversi esiti ottenuti finora, si dedicherà un ulteriore approfondimento con il quale si evidenzieranno associazioni o divergenze tra le unità e/o i caratteri rilevati. Le seguenti analisi congiunte permetteranno di valutare un'eventuale relazione tra la variabile dipendente ed indipendente considerata.

Al fine di garantire una migliore comprensione dei risultati si riporta di seguito il sommario relativo ai confronti ottenuti:

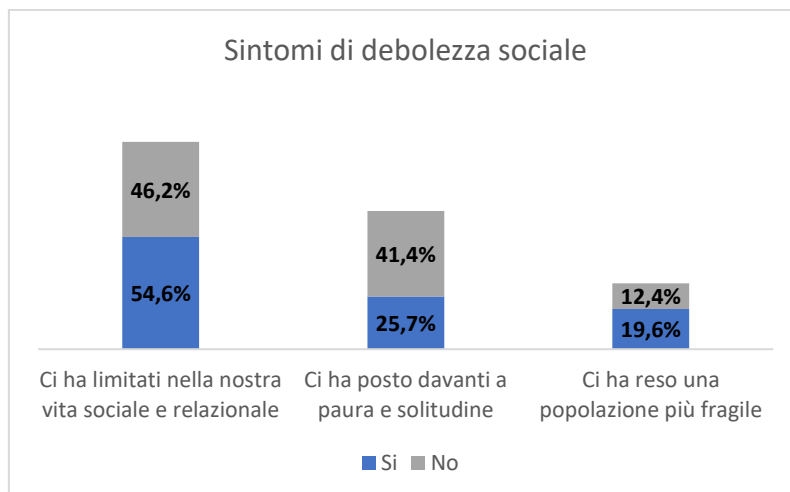
• Dom. 8 Benessere della popolazione	VS	Dom. 14 Sintomi di debolezza sociale
• Dom.11 Stato di maggior ansia, stress o depressione	VS	Dom. 15 Impedimento attività quotidiane
• Dom. 21 Messa in discussione contenuti informativi	VS	Dom. 12 Presenza di due epidemie
• Dom. 14 Sintomi di debolezza sociale	VS	Dom. 13 Quanto crede di saperne su ansia stress o depressione
• Dom. 20 Abbattimento pregiudizio	VS	Dom. 13 Quanto crede di saperne su ansia stress o depressione
• Dom. 19 Assenza di linee guida	VS	Dom. 18 Richiesta di maggior attenzione
• Dom. 24 Farmacia come ambiente di prevenzione e promozione della salute	VS	Dom. 22 Richiesta di azioni pratiche e preventive
• Dom.26 Servizio dello psicologo in farmacia	VS	Dom. 23 Presenza educatori professionali in farmacia

Dom. 14 Benessere popolazione VS Dom.8 Sintomi di debolezza sociale

		Dom.14 - Sintomi di debolezza sociale		
Dom.8 - Benessere popolazione	Totale		Si	No
Positivamente	21,2 %	Ci ha permesso di compiere una crescita personale, investendo su noi stessi e sul nostro futuro	13,0 %	31,9 %
	38,2 %	Ci ha permesso di dedicare tempo alla cura di noi stessi	35,8 %	41,3 %
	40,6 %	Ci ha permesso di riposarci dalla vita frenetica che ci appartiene	51,2 %	26,8 %
Negativamente	50,2 %	<b><i>Ci ha limitati nella nostra vita sociale e relazionale</i></b>	<b>54,6 %</b>	46,2 %
	34,0 %	Ci ha posto davanti a paura e solitudine	25,7 %	41,4 %
	15,9 %	Ci ha reso una popolazione più fragile	19,6 %	12,4 %







L'analisi preliminare dei dati ha consentito di evidenziare che il 96,4 % degli intervistati afferma che la recente pandemia da Covid 19 ha influito negativamente sulla popolazione, in contrasto con il 3,6 % che afferma il contrario. Un dato allarmante è stato precedentemente rilevato circa l'elevata propensione dei rispondenti nell'attribuire ai disturbi citati un sintomo di debolezza sociale.

Attraverso l'analisi congiunta dei due quesiti riportati di seguito, è possibile analizzare le frequenze di distribuzione in merito all'influenza, positiva e negativa, che la pandemia da Covid 19 ha avuto nei confronti del benessere della popolazione.

Si pone l'attenzione sul valore evidenziato. Dall'analisi dei dati si deduce, quindi, che il periodo pandemico ha influenzato negativamente il benessere della popolazione, dovuto alle restrizioni che hanno limitato la vita sociale e relazionale, tutto ciò ha comportato il manifestarsi di sintomi che hanno reso la stessa popolazione più debole.

Dom.11 Stato di maggior ansia, stress o depressione VS Dom.15 Impedimento attività quotidiane

		Dom.15 - Impedimento attività quotidiane				
Dom.11 – Stato di maggior ansia, stress o depressione	Totale	Mai	Occasionalmente	Solitamente	Spesso	Sempre
Durante la pandemia ma non in relazione all'aumentare dei casi e dei contagi	16,6 %	22,1 %	14,6 %	11,5 %	17,7 %	26,8 %
Durante la pandemia, in maniera proporzionale all'aumentare dei casi e dei contagi	35,3 %	7,9 %	53,2 %	35,7 %	28,8 %	27,1%
In nessun caso citato	0,7 %	0,0 %	1,3 %	0,7 %	0,5 %	0,8 %
In tutti i casi citati	32,7 %	60,2 %	15,2 %	39,9 %	36,9 %	34,2 %
Subito dopo la pandemia	14,7 %	9,9 %	15,7 %	12,1 %	16,1 %	11,1 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Come confermato precedentemente, lo stato di maggior ansia, stress o depressione si è rilevato *“durante la pandemia, in maniera proporzionale all'aumentare dei casi e dei contagi”*, ma anche *“in tutti i casi citati”* compreso il momento successivo all'emergenza sanitaria. Questo ha influenzato notevolmente lo svolgimento delle attività quotidiane, come confermato dai successivi dati.

La pandemia da Covid 19 non ha solamente imposto il blocco delle attività sociali o economiche, ma ha impattato l'intera quotidianità della popolazione: il cambiamento delle abitudini imposto dalle restrizioni sui tempi e sugli spazi ha scatenato lo sviluppo di una condizione senza precedenti.

Dal presente grafico si evidenzia che tendenzialmente, la popolazione rispondente associa allo stato di maggior tensione anche l'impedimento di attività quotidiane.

Dom.21 Messa in discussione di contenuti informativi VS Dom.12 Presenza di due epidemie

		Dom. 12 – Presenza di due epidemie				
Dom.21 - Messa in discussione contenuti informativi	Totale	Non concordo affatto	Non concordo in parte	Né in accordo né in disaccordo	Concordo abbastanza	Concordo pienamente
Per nulla	1,5 %	0,0 %	1,3 %	4,1 %	1,4 %	1,3 %
Poco	21,9 %	9,7 %	25,1 %	27,9 %	31,2 %	12,2 %
<b>Abbastanza</b>	47,5 %	60,8 %	33,0 %	30,9 %	<b>49,5 %</b>	<b>48,9 %</b>
<b>Tanto</b>	29,1 %	29,5 %	40,6 %	37,1 %	<b>17,9 %</b>	<b>37,6 %</b>
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Con lo scoppio della pandemia da Covid 19, nel febbraio 2020, è cresciuta in maniera corrispondente la richiesta di informazioni in merito a numerosi temi<sup>29</sup>: il numero di contagi e decessi, le normative da rispettare in merito al distanziamento etc. In linea di massima, la popolazione non si è appoggiata alla consultazione di una sola informazione, ma ha fatto riferimento a più fonti trovandosi, molto spesso, di fronte ad informazioni contrastanti.

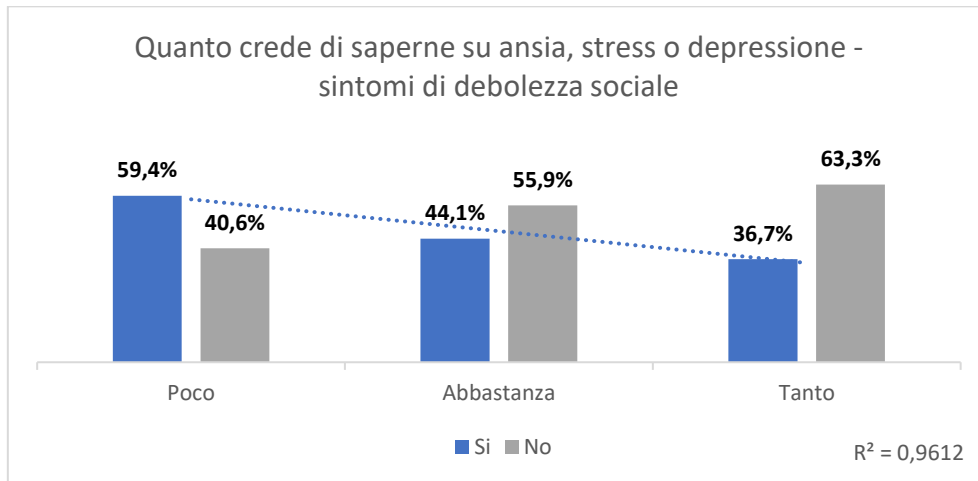
I successivi dati confermano quanto abbia influenzato, nella pandemia infettiva, la messa in discussione di contenuti informativi. L’impatto che le informazioni distorte hanno sulla psicologia è chiaro: più della metà dei rispondenti che hanno confermato la messa in discussione di contenuti informativi, concorda sul fatto che si sia sviluppata una situazione di incertezza e confusione.

Tutto ciò, in una situazione poco rassicurante come quella vissuta con la pandemia, ha implicato la comparsa di un contesto contrassegnato da paura e panico.

<sup>29</sup> (Censis.it, 2021).

Dom. 14. Sintomi di debolezza sociale VS Dom. 13 Quanto crede di saperne su ansia stress o depressione

		Dom.13 - Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione		
Dom.14 – Sintomi di debolezza sociale	Totale	Poco	Abbastanza	Tanto
Si	47,3 %	<b>59,4 %</b>	<b>44,1 %</b>	<b>36,7 %</b>
No	52,7 %	40,6 %	55,9 %	63,3 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %



Secondo alcuni studiosi, alla base del pregiudizio sociale in merito ai disturbi mentali è presente una bassa conoscenza degli stessi<sup>30</sup>. Al fine di approfondire questa trattazione, si è proceduto indagando la relazione tra la conoscenza dei temi considerati e l'accezione che questi possono avere.

I risultati forniti dalla precedente tabella evidenziano come la tendenza alla correlazione di questi sintomi ad una debolezza sociale cresca all'aumentare della presunta conoscenza. Tutto ciò evidenzia una contraddittorietà ma, allo stesso tempo, consente di riflettere sulla necessità di incentivare la corretta conoscenza dei temi della salute mentale. È necessario, in primo luogo, riconoscere tali disturbi, conoscerne i fattori di rischio e le cause, non da ultimo conoscere i trattamenti e le prognosi.

<sup>30</sup> (Jorm et al., 1997).

Dom.20 Abbattimento pregiudizio VS Dom.13 Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione

		<b>Dom.13 - Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione</b>			
<b>Dom.20 – Abbattimento pregiudizio</b>	Totale	Nulla	Poco	Abbastanza	Tanto
Si	29,0 %	16,8 %	15,3 %	<b>33,5 %</b>	<b>39,8 %</b>
No	44,3 %	39,3 %	38,7 %	<b>44,1 %</b>	<b>54,0 %</b>
Non saprei	25,2 %	39,4 %	43,7 %	21,0 %	6,1 %
Non mi sono mai interessato	1,4 %	4,4 %	2,3 %	1,3 %	0,1 %
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Attraverso la presente analisi, è emerso che all'aumentare dello stato di conoscenza dei temi trattati, aumenta in maniera proporzionale la frequenza di individui che non sostiene l'abbattimento relativo ai pregiudizi degli stessi. Quanto appena evidenziato si trova concorde con il precedente quesito: gli esiti ottenuti evidenziano come sia doveroso avanzare verso una corretta conoscenza dei temi riguardanti la salute mentale.

Dom.19 Assenza di linee guida VS Dom.18 Richiesta di maggiore attenzione

		Dom.18 – Richiesta di maggiore attenzione			
Dom.19 – Assenza di linee guida	Totale	Si	No	Non saprei	Non ci ho mai pensato
Non concordo affatto (1)	3,5 %	3,0 %	6,4 %	5,5 %	14,0 %
Non concordo in parte (2)	5,2 %	5,3 %	4,3 %	2,0 %	8,9 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	11,8 %	10,7 %	22,2 %	19,7 %	22,1 %
<b>Concordo abbastanza (4)</b>	49,2 %	<b>48,5 %</b>	30,6 %	68,7 %	47,9 %
<b>Concordo pienamente (5)</b>	30,3 %	<b>32,6 %</b>	36,5 %	4,2 %	7,0 %
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tra gli esiti positivi ottenuti dall'indagine, si ritrova la consapevolezza della popolazione a dover porre una maggiore attenzione in merito ai temi della salute mentale. Tale considerazione deriva, non solo dalle conseguenze provenienti in maniera diretta dalla pandemia, ma anche da quelle indirette: tra queste ultime si menziona il tema della disinformazione, ovvero la divulgazione di informazioni inattendibili e, molto spesso, infondate.

Come si evince dalla precedente tabella, la prevalenza di coloro che richiede una maggiore attenzione ai temi trattati, afferma che "*Spesso un fattore di stress è rappresentato dalla mancanza di informazioni adeguate, come ad esempio l'assenza di linee guida sulle azioni da intraprendere durante la fase di isolamento pandemico*". A tal proposito, la richiesta di maggiore attenzione si ricollega al fatto che durante l'emergenza sanitaria la mancanza presenza di disposizioni adeguate, hanno determinato un contesto di instabilità, che a sua volta ha influenzato il benessere psicologico degli individui.

Dom.24 Farmacia come ambiente di prevenzione e promozione della salute VS Dom.22  
Richiesta di azioni pratiche e preventive

		<b>Dom.22 – Richiesta di azioni pratiche e preventive</b>				
<b>Dom.24 – Ambiente di prevenzione e promozione della salute</b>	Totale	Non concordo affatto (1)	Concordo in parte (2)	Né in accordo né in disaccordo (3)	Concordo abbastanza (4)	Concordo pienamente (5)
Non concordo affatto (1)	9,5 %	13,4 %	6,2 %	10,4 %	<b>7,5 %</b>	<b>10,2 %</b>
Concordo in parte (2)	20,7 %	4,7 %	23,8 %	20,4 %	<b>22,9 %</b>	<b>20,1 %</b>
Né in accordo né in disaccordo (3)	25,5 %	1,0 %	3,6 %	36,8 %	<b>23,1 %</b>	<b>26,2 %</b>
Concordo abbastanza (4)	26,1 %	76,4 %	48,4 %	14,0 %	<b>32,7 %</b>	<b>23,3 %</b>
Concordo pienamente (5)	18,2 %	4,5 %	18,0 %	18,4 %	<b>13,7 %</b>	<b>20,3 %</b>
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

La richiesta di “azioni pratiche, preventive e terapeutiche” è chiara, pertanto è bene soffermarsi su quanto la popolazione, consideri la farmacia come luogo di prevenzione e/o promozione della salute.

Purtroppo, ancora una volta, si evidenziano risultati discordanti e poco polarizzati. Per risolvere questa preoccupazione sarebbe necessario avere una visione più chiara delle attività svolte in farmacia a fine preventivo e promozionale della salute.

Dom.26 Servizio dello psicologo in farmacia VS Dom.23 Presenza educatori professionali in farmacia

		Dom.23 – Presenza educatori professionali in farmacia				
Dom.26 – Servizio dello psicologo in farmacia	Totale	Non concordo affatto (1)	Non concordo in parte (2)	Né in accordo né in disaccordo (3)	Concordo abbastanza (4)	Concordo pienamente (5)
Non concordo affatto (1)	11,3 %	32,8 %	10,6 %	19,3 %	9,5 %	3,0 %
Non concordo in parte (2)	11,7 %	17,7 %	13,0 %	17,1 %	9,7 %	8,5 %
Né in accordo né in disaccordo (3)	28,6 %	17,8 %	39,3 %	34,4 %	36,1 %	15,2 %
Concordo abbastanza (4)	28,2 %	20,4 %	29,5 %	18,5 %	<b>32,4 %</b>	<b>30,9 %</b>
Concordo pienamente (5)	20,1 %	11,3 %	7,5 %	10,7 %	<b>12,2 %</b>	<b>42,4 %</b>
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Infine, si è voluto indagare se il servizio dello psicologo in farmacia rientra, secondo la popolazione di rispondenti, nella sfera degli educatori professionali che possono operare in farmacia.

Dai dati, così ottenuti, è emerso che gran parte di coloro che si trovano concordi almeno “abbastanza” con la prima affermazione, si trovano altrettanto concordi sul fatto che il servizio dello psicologo in farmacia può essere d’aiuto nel consolidamento dei servizi territoriali. Inoltre, come rilevato nel confronto tra età VS presenza educatori in farmacia, è possibile concludere che i maggiori fruitori della farmacia, e quindi dei servizi della farmacia, sono concordi con questa ultima prestazione.



### 4.3 ANALISI MULTIVARIATE

#### Albero di Chaid

L'albero di segmentazione di Chaid, tecnica statistica multivariata, consente di individuare gli elementi che discriminano in misura maggiore l'atteggiamento del campione rispetto ad una variabile obiettivo, ossia ad un fenomeno di interesse.

Nella presente analisi l'albero è stato impiegato considerando le seguenti variabili obiettivo:

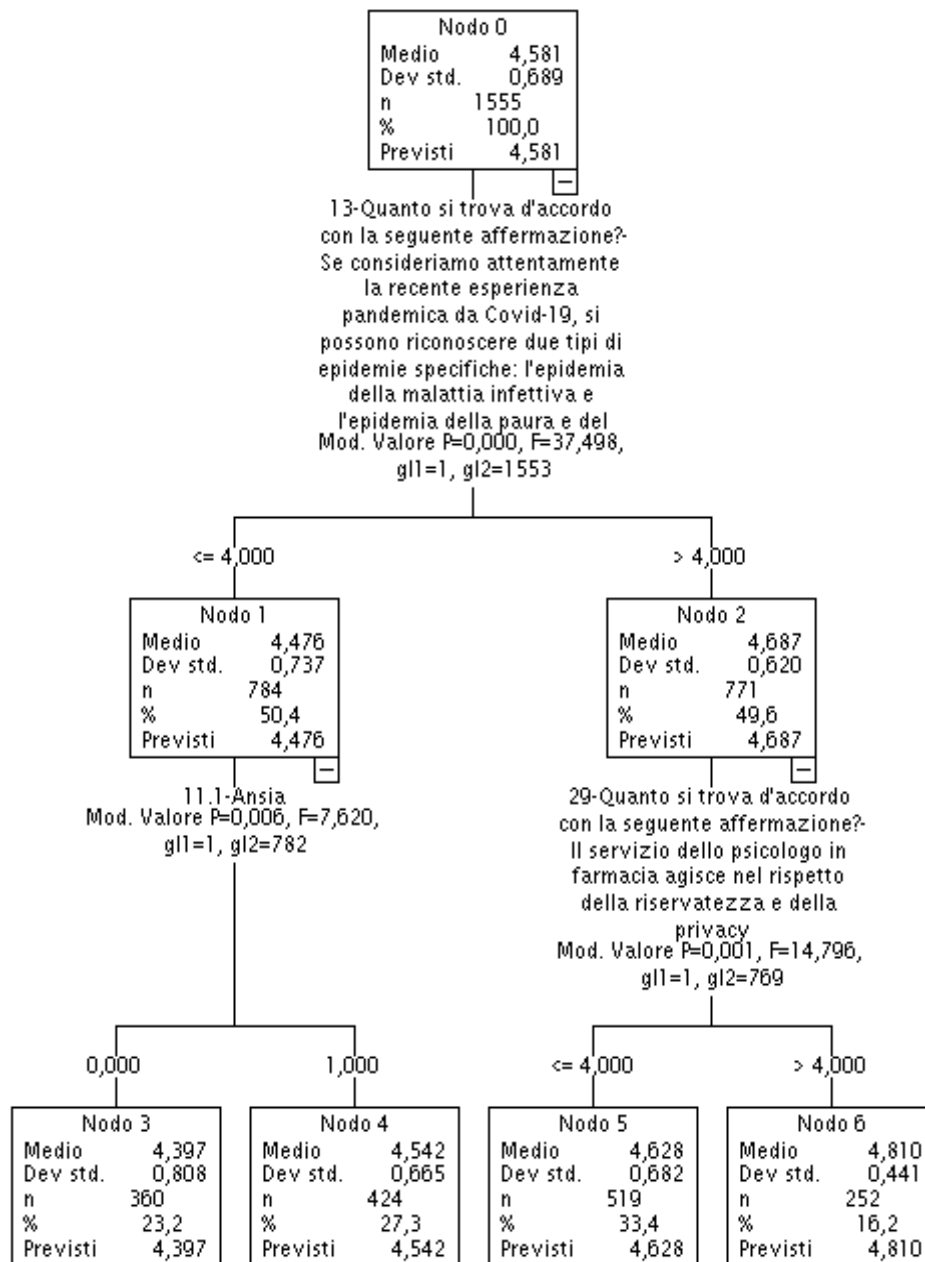
- Domanda 24;
- Domanda 25;
- Domanda 26;
- Domanda 27.

Le variabili obiettivo elencate sono state messe in relazione (una alla volta) con le altre domande del questionario.

Si precisa che l'albero di Chaid non tiene conto della pesatura ex post dei dati. Tuttavia, non si riscontrano differenze statisticamente significative.

Figura 4.3.1: Albero di Chaid Domanda 24.

24-Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?  
 - Nel contesto di un futuro imprevedibile è necessario compiere azioni pratiche, preventive e terapeutiche. Nonché iniziative sociali che rafforzino la solidarietà, la cura reciproca e la respo

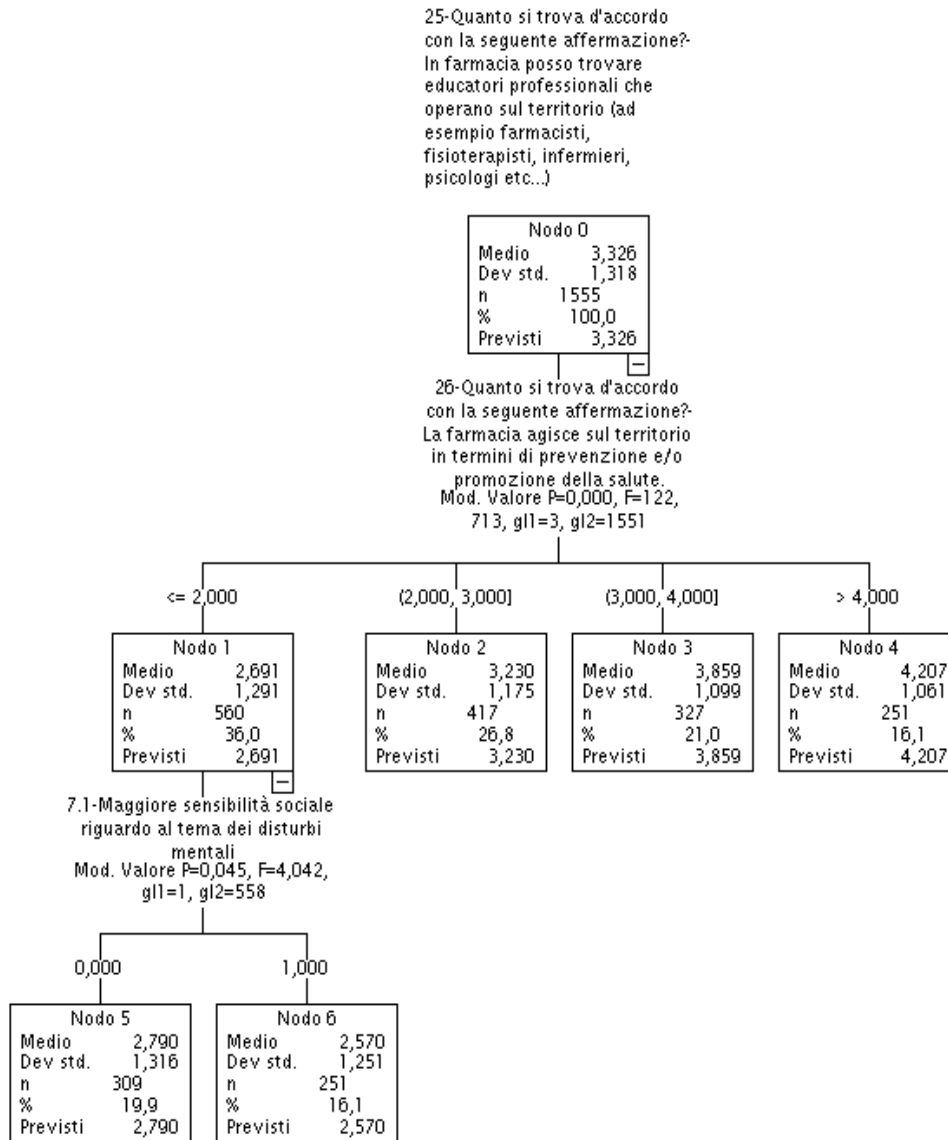


Dall'analisi dell'albero di Chaid si evidenzia che le variabili che discriminano i risultati relativi alla domanda 24 (con media 4,581) sono le domande 11, 13 e 29. In particolare, per la domanda 13, si registra un aumento della media con coloro che hanno risposto "*concordo pienamente*" (> 4), raggiungendo un valore di 4,687. Mentre coloro che hanno dato una valutazione inferiore o uguale a 4 hanno abbassato il valore medio a 4,476.

La seconda variabile, in ordine di importanza, che influenza la variabile obiettivo è la domanda 11, in particolare l'opzione di "*ansia*" tra le risposte fornite. La selezione della variabile "*ansia*" implica una lieve contrazione del valore medio iniziale ( 4,542).

Per la stessa variabile obiettivo si evidenzia che, chi ha espresso la piena concordanza (> 4) in merito alla domanda 29, incrementa il valore medio iniziale a 4,810. Al contrario, chi non esprime la piena concordanza abbassa il valore medio a 4,628.

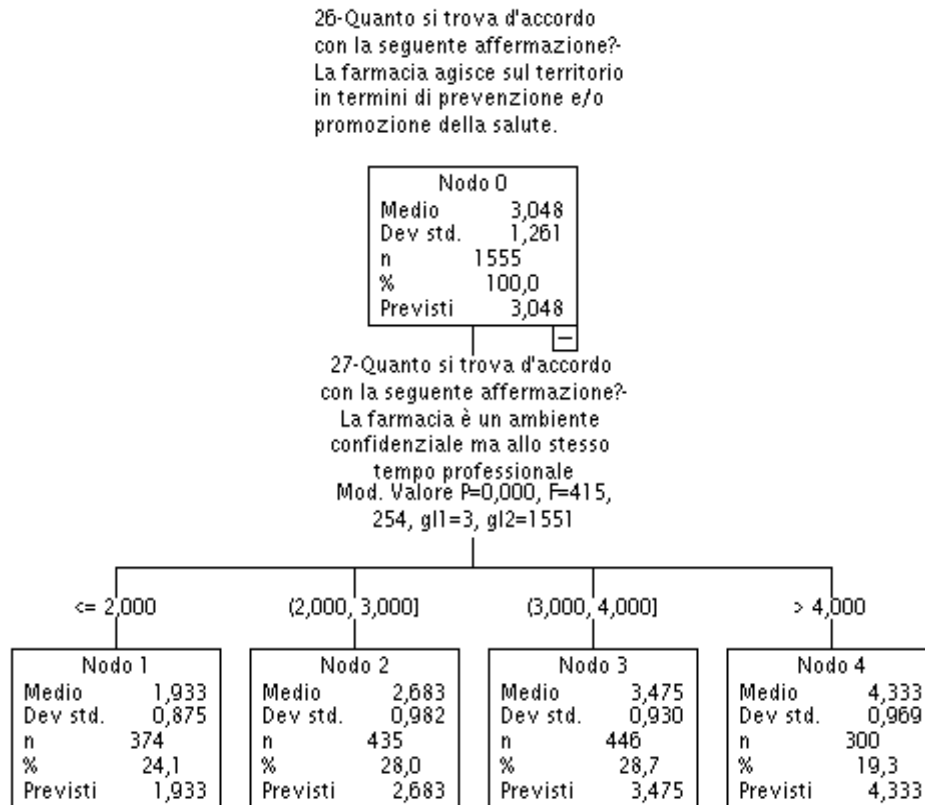
Figura 4.3.2 : Albero di Chaid Domanda 25.



Il primo fattore discriminante per la variabile obiettivo 25 (con valore medio pari a 3,326) è la domanda 26. Coloro che concordano pienamente con questa, alzano il valore medio della prima a 4,207. In modo opposto si evidenzia che coloro che non concordano con l'asserzione 26 abbassano il valore medio della variabile obiettivo a 2,691.

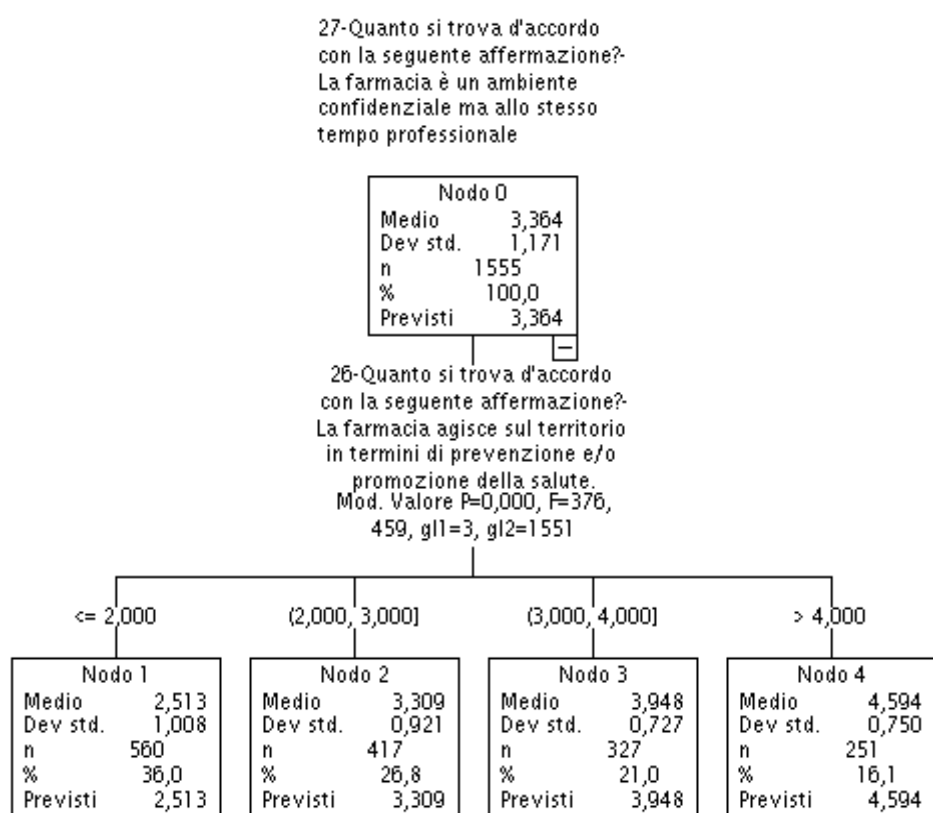
La seconda variabile in ordine di influenza è la domanda 7, in particolare la selezione dell'opzione "Maggiore sensibilità sociale riguardo al tema dei disturbi mentali": la scelta di quest'opzione abbassa il valore medio a 2,570.

Figura 4.3.3: Albero di Chaid Domanda 26.



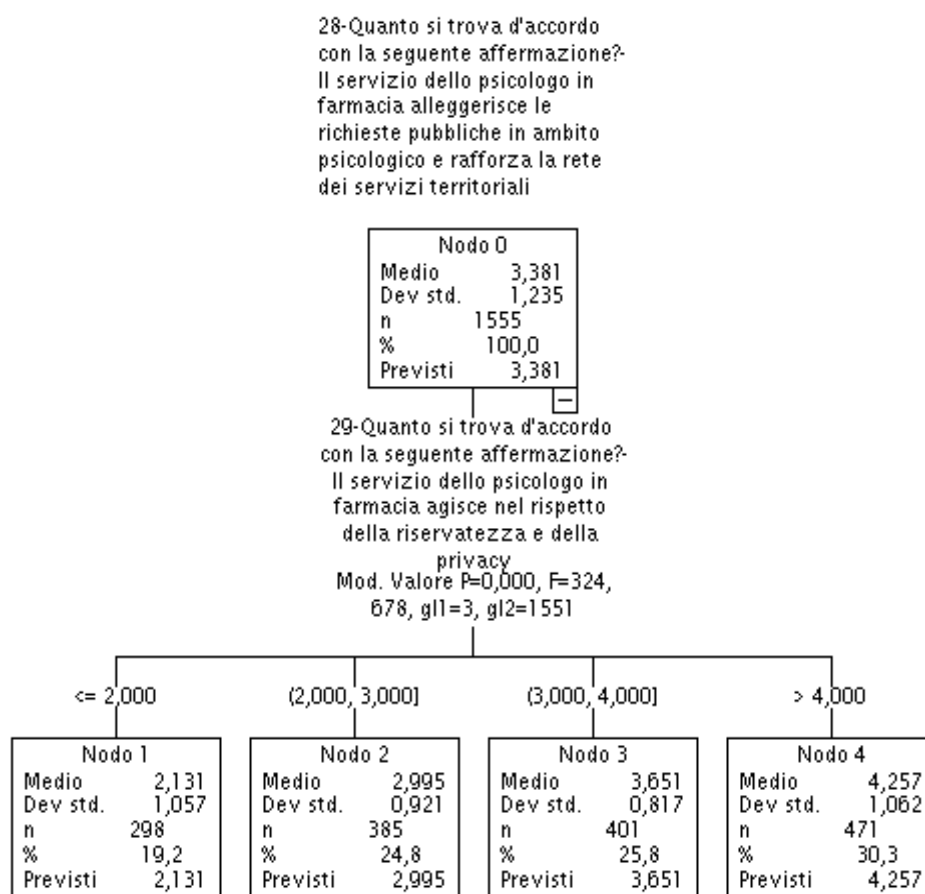
In merito alla variabile obiettivo 26 (con valore medio pari a 3,048) si evidenzia che l'unica domanda discriminante è la 27. La piena concordanza con l'asserzione numero 27 permette di registrare un incremento del valore medio a 4,333. La scelta di non concordanza, invece, provoca un calo raggiungendo il valore medio di 1,933.

Figura 4.3.4: Albero di Chaid Domanda 27.



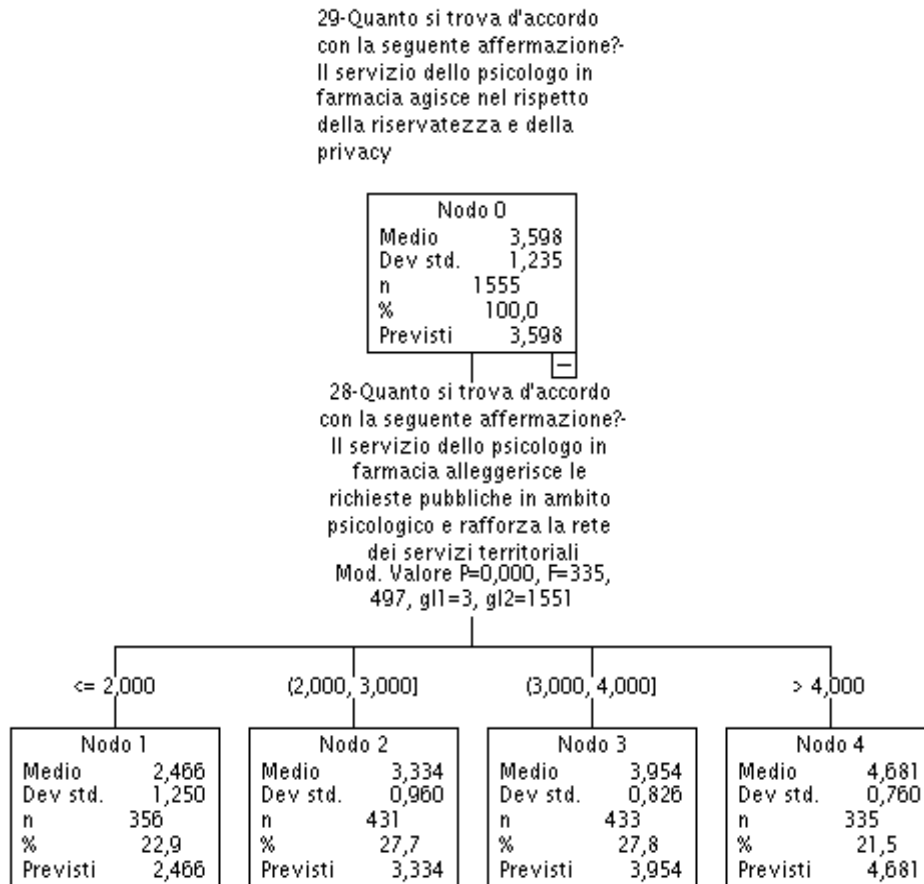
L'analisi dell'albero di Chaid, in merito alla variabile obiettivo 27 (con valore medio pari a 3,364), registra come variabile discriminante la domanda 26: la piena concordanza di questa, permette di raggiungere il valore di 4,594, mentre, la non concordanza abbassa il valore medio a 2,513.

Figura 4.3.5: Albero di Chaid Domanda 28.



La variabile obiettivo 28 (valore medio pari a 3,381) è discriminata dalla domanda numero 29. In particolare, l'analisi permette di evidenziare che chi ha concordato pienamente (> 4) alla domanda 29, ha alzato il valore medio iniziale a 4,257. Coloro che non hanno espresso concordanza (< = 2) abbassano il valore medio a 2,131.

Figura 4.3.6: Albero di Chaid Domanda 29.



Infine, l'analisi mediante albero di Chaid ha messo in luce che la variabile 29 (valore medio = 3,598) è discriminata dalla domanda 28. Il pieno grado di concordanza permette di ottenere un valore medio di 4,681, al contrario, la discordanza con l'asserzione 29 implica un abbassamento del valore medio a 2,466.



## Indici di correlazione

Gli indici di correlazione sono indici statistici utilizzati per esprimere quantitativamente l'intensità del legame tra gli item, presi a due a due. Nel nostro caso si vuole valutare l'intensità e la direzione di una possibile relazione lineare tra due variabili.

I valori degli indici variano tra -1 e +1. Il valore -1 corrisponde ad una perfetta correlazione inversa e 1 ad una perfetta correlazione diretta, 0 alla totale assenza di correlazione. In assoluto, essendo gli indici rilevati dall'indagine quasi sempre compresi tra 0 e 1, più si avvicinano al valore 1, più denotano correlazione tra gli item. Viceversa, più si avvicinano allo 0, più si dimostrano slegati tra loro. Una relazione positiva significa che gli intervistati che assegnano valori elevati ad una variabile, tendono ad assegnare valori elevati alla seconda variabile. Ed è vero anche viceversa, ossia coloro che danno bassi valori ad una voce tendono a dare bassi valori alla seconda. Una relazione negativa indica che a bassi punteggi di un item corrispondono alti punteggi di un altro item.

Di seguito verrà illustrata la tabella relativa agli indici di correlazione. In particolare, sono state prese in considerazione le variabili 13,19,24,25,26,27,28,29.

Tabella 4.3.1: Indici di correlazione di Pearson.

		Dom. 13	Dom. 19	Dom. 24	Dom. 25	Dom. 26	Dom. 27	Dom. 28	Dom. 29
<b>Dom. 13</b>	C. Pearson	1	,190**	,152**	,141**	,106**	,092**	,147**	,096**
	Sign. (a due code)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 19</b>	C. Pearson	,190**	1	,129**	,104**	,069**	0,029	0,026	0,026
	Sign. (a due code)	<,001		<,001	<,001	0,006	0,249	0,312	0,308
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 24</b>	C. Pearson	,152**	,129**	1	0,047	-0,006	0,027	,147**	,074**
	Sign. (a due code)	<,001	<,001		0,066	0,822	0,294	<,001	0,004
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 25</b>	C. Pearson	,141**	,104**	0,047	1	,446**	,403**	,339**	,325**

	Sign. (a due code)	<,001	<,001	0,066		<,001	<,001	<,001	<,001
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 26</b>	C. Pearson	,106**	,069**	-0,006	<b>,446**</b>	1	<b>,735**</b>	<b>,485**</b>	<b>,413**</b>
	Sign. (a due code)	<,001	0,006	0,822	<,001		<,001	<,001	<,001
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 27</b>	C. Pearson	,092**	0,029	0,027	,403**	<b>,735**</b>	1	<b>,450**</b>	<b>,474**</b>
	Sign. (a due code)	<,001	0,249	0,294	<,001	<,001		<,001	<,001
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 28</b>	C. Pearson	,147**	0,026	,147**	,339**	<b>,485**</b>	<b>,450**</b>	1	<b>,586**</b>
	Sign. (a due code)	<,001	0,312	<,001	<,001	<,001	<,001		<,001
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555
<b>Dom. 29</b>	C. Pearson	,096**	0,026	,074**	,325**	,413**	<b>,474**</b>	<b>,586**</b>	1
	Sign. (a due code)	<,001	0,308	0,004	<,001	<,001	<,001	<,001	
	N	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555	1555

\*\* La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Come si evince dalla precedente tabella le correlazioni più alte sono rilevate in grassetto. In particolare, si evidenzia una correlazione tra la domanda 25 (*“In farmacia posso trovare educatori professionali che operano sul territorio (ad esempio farmacisti, fisioterapisti, infermieri, psicologi etc.)”*) e la domanda 26 (*“La farmacia agisce sul territorio in termini di prevenzione e/o promozione della salute”*) con un indice di correlazione pari a 0,446.

La correlazione maggiormente rilevante si riscontra tra la domanda 26 e la domanda 27 (*“La farmacia è un ambiente confidenziale ma allo stesso tempo professionale”*) registrando un indice di correlazione pari a 0,735.

La domanda 26 si trova, inoltre, correlata con la domanda 28 (*“Il servizio dello psicologo in farmacia alleggerisce le richieste pubbliche in ambito psicologico e rafforza la rete dei servizi territoriali”*) mediante un indice di correlazione di 0,485.

Segnalato con un indice di correlazione pari a 0,450 tra la domanda 27 e la domanda 28.

La stessa domanda 27, inoltre, evidenzia un indice di correlazione pari a 0,474 con la relativa domanda 29 (*“Il servizio dello psicologo in farmacia agisce nel rispetto della riservatezza e della privacy”*).

Infine, la seconda relazione più significativa (sign. 0,586) è quella che correla la domanda 28 e la domanda 29.

#### 4.4 SINTESI DELLE EVIDENZE EMERSE NELLA RICERCA QUANTATIVA

L'analisi dei dati relativi all'indagine permette di evidenziare che la pandemia da Covid 19 ha influenzato negativamente la vita della popolazione (confermato dal 96,4 % degli utenti). Tuttavia, l'emergenza sanitaria può essere considerata come un'opportunità di riordino dell'intero sistema di tutela della salute mentale.

Il periodo pandemico ha di fatto suscitato intense emozioni negative (ansia, insicurezza, depressione e paura) a causa delle limitazioni imposte alla vita sociale e relazionale. È però emerso che tali sintomi fossero già presenti in precedenza facendo sì che la pandemia non abbia agito in maniera diretta su questi, ma abbia funzionato da catalizzatore nello sviluppo degli stessi. Viene rilevato che la distribuzione delle problematiche riconducibili alla salute mentale, e delle relative cause associate, segue un andamento eterogeneo tra la popolazione di rispondenti in relazione a fattori socioeconomici e demografici.

È noto che una buona condizione di benessere psicologico consenta alle persone di svolgere il proprio ruolo sia nella famiglia che nella società<sup>31</sup>. Più della metà dei rispondenti dichiara che il manifestarsi di sintomi quali ansia, stress o depressione impedisca di svolgere le normali attività quotidiane. Tutto ciò è confermato uniformemente dalle diverse fasce d'età.

Dalla raccolta dei dati emerge l'impronta di un'educazione basata sul pregiudizio e sull'ideologia legata alle differenze di genere. Tuttavia, sorprende osservare una leggera inclinazione alla depressione da parte del genere maschile rispetto a quello femminile (37,6 % maschile VS 33,7 % femminile), segnale importante di un possibile punto di svolta nella mentalità della società moderna, a favore di un pensiero più disposto alla conoscenza e all'inclusione di questi disturbi.

Il mutamento socioeconomico, la maggiore sensibilità sociale e la maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale sono i motivi che hanno indotto la maggior parte degli utenti a giustificare il consistente incremento d'uso di farmaci ansiolitici e antidepressivi registrati dai rapporti OsMed precedentemente analizzati.

---

<sup>31</sup> (Oglodek, 2021).

Si è proceduto con un'indagine relativa alla conoscenza delle tematiche considerate. Risulta interessante rilevare come più della metà degli intervistati, a prescindere da fattori socioeconomici e demografici, ritenga di conoscere almeno abbastanza questi temi.

Contrariamente a quanto si poteva immaginare, si segnala che la metà degli intervistati è convinta che tali disturbi siano sinonimi di debolezza sociale (convinzione ugualmente sostenuta da entrambi i generi). Oltre a ciò, si è registrata una relazione lineare tra il grado di conoscenza e questa convinzione.

Relativamente al fatto che l'ansia possa portare a dei vantaggi si è ottenuta una risposta estremamente polarizzata: il 18,4 % dei rispondenti dichiara che l'ansia porta a dei vantaggi. Analizzando nel dettaglio la relazione tra quest'ultimo quesito e il livello di istruzione, si osserva un aumento della correlazione nel momento in cui vengono coinvolti livelli di istruzione medio-alti.

Il Covid 19 è stato anche "*sindemia*"<sup>32</sup>: più della metà degli intervistati lo conferma. Un fattore di stress, durante il periodo pandemico, è riconducibile alla mancanza di informazioni e di linee guida adeguate. È rilevante inoltre precisare che la messa in discussione di contenuti informativi è inversamente proporzionale al livello di scolarizzazione: la conoscenza del linguaggio e il maggior potere critico aiutano a valutare le informazioni.

Contrastare il pensiero radicato nella popolazione significa educare. Sebbene i servizi, le competenze e i finanziamenti disponibili per la salute mentale continuino a scarseggiare, la richiesta di maggiore attenzione a questi temi raggiunge una percentuale quasi del 90,0 %, assieme alla richiesta di azioni pratiche preventive e terapeutiche.

Conoscere è il primo passo per ridurre il pregiudizio radicato nella popolazione moderna. Nonostante l'avanzamento delle conoscenze e della quantità di informazioni disponibili, la richiesta di maggiore chiarezza persiste e si trova coerente con quanto evidenziato successivamente: sembrerebbe che la pandemia da Covid 19 abbia scalfito il pregiudizio relativo alla salute mentale, i risultati sono discrepanti e poco polarizzati, pertanto è ragionevole concludere che il tema sia ancora di aperta interpretazione.

Ed è proprio nel contesto dell'emergenza pandemica e post pandemica che la farmacia ha assunto un nuovo ruolo nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza territoriale. La figura del farmacista è stata essenziale ma, nonostante ciò, c'è un segmento di rispondenti (principalmente under 35 anni) che non si trova concorde con l'affermazione per la quale in farmacia è possibile ritrovare educatori professionali.

Dall'analisi condotta mediante indici di correlazione, è emerso che il fatto di ritrovare degli educatori professionali in farmacia aiuta la popolazione a considerarla come un luogo di prevenzione e/o promozione della salute. Inoltre, il fatto di agire in termini di prevenzione

---

<sup>32</sup> (Di Guardo Giovanni, 2020).

e/o promozione della salute in farmacia permette di creare un ambiente confidenziale ma allo stesso tempo professionale.

In linea generale, i risultati ottenuti da questa ricerca evidenziano che la pandemia da Covid 19 ha favorito la creazione di circostanze di squilibrio, le quali hanno portato al peggioramento di alcuni stati psicologici. Il tutto ha permesso di mettere in luce temi finora poco considerati. Come già affermato, in un contesto come quello della farmacia risulta doveroso prendere in carico queste considerazioni, adottando canali alternativi di supporto al cittadino come il servizio dello psicologo in farmacia. Il servizio dello psicologo in farmacia permette di alleggerire le richieste pubbliche e di rafforzare la rete dei servizi territoriali nel momento in cui si aumenta la garanzia del rispetto della privacy e della riservatezza.

## 5 CONCLUSIONI E INDIRIZZI STRATEGICI GENERALI

---

Si procederà di seguito con la fase di elaborazione di strategia.

Per procedere all'elaborazione di questa strategia è necessario considerare tutte le informazioni emerse, includendo i dati ottenuti dai rapporti OsMed, gli esiti ricavati dalle interviste compiute agli esperti e i risultati ottenuti dall'indagine di mercato. Si riassumono di seguito i punti chiave ottenuti:

- Il periodo pandemico ha influito negativamente sul benessere della popolazione, creando circostanze di squilibrio che hanno comportato il peggioramento di alcuni disagi psicologici, precedentemente esistenti e confermati dal costante incremento d'uso di farmaci ansiolitici e antidepressivi (OsMed);
- Nonostante il risultato evidenziato nel punto precedente, la scarsa conoscenza riguardo i temi della salute mentale è dominante nella popolazione;
- La società moderna presenta ancora radicato il pregiudizio relativo ai temi della salute mentale;
- Non si valuta la farmacia come luogo e/o ambito idoneo a trattare queste tematiche;

Dichiarata ufficialmente dall'OMS come pandemia nel marzo del 2020, il Covid-19 ha trasformato la vita di tutti i giorni con conseguenze rilevabili in tutti gli ambiti. La salute mentale della popolazione è diventata il fulcro dei discorsi politici sanitari a livello non solo nazionale ma anche globale, questo perché non c'è stata una categoria sociale che non abbia subito conseguenze. Il periodo pandemico ha di fatto influenzato negativamente la vita della popolazione a causa principalmente delle limitazioni imposte alla vita sociale e relazionale impedendo, in questa maniera, alle persone di prendere parte al proprio ruolo sia dal punto di vista sociale che relazionale.

I dati ottenuti dalle indagini considerate, evidenziano che i disturbi mentali colpiscono gran parte della popolazione, dalle fasce più giovani a quelle anziane, spesso con cause e

in modi differenti. Senza dubbio è possibile affermare che una delle principali concause nel peggioramento della salute mentale, è stata la stessa pandemia. Il Covid-19, quindi, ha riorganizzato i valori di interesse della società e dell'economia, ponendo in primo piano il benessere della popolazione.

L'aumento delle manifestazioni di ansia, stress o depressione assieme alla costante crescita di utilizzo di farmaci ansiolitici e antidepressivi registrata dai rapporti OsMed, sono il punto di partenza di una nuova visione mirata alla prevenzione, alla conoscenza e all'avvicinamento alle cure. In questo senso, è necessario avere un preciso profilo dell'utente: conoscerlo e creare un rapporto di fiducia con esso, costituiscono gli obiettivi di questo approccio. Classificare dettagliatamente la popolazione (impiegando più variabili socioeconomiche, geografiche, demografiche e psicografiche) permette successivamente una migliore interazione specifica con ogni segmento individuato.

In questo contesto assume un valore chiave lo *storytelling*, il quale non si basa solo sull'ascolto, ma si incentra sulla trasparenza ed empatia, valori sempre più richiesti dall'utenza dopo aver evidenziato la scarsa fiducia di essi nei confronti dei contenuti informativi. Ed è proprio sulla base della trasparenza che si instaura un rapporto di fiducia, il quale a sua volta permette di compiere un intervento mirato.

Come detto in altre parti del lavoro, l'analisi compiuta ha messo in evidenza la scarsa conoscenza delle tematiche relative alla salute mentale, descrivendo così una società che è permeata ancora da forme di pregiudizio più o meno esplicite. In questo contesto la comunicazione medico scientifica riveste un ruolo fondamentale.

L'era digitale ha modificato i rapporti tra esperti e pazienti, i risultati dell'indagine, però, confermano ancora la fiducia della popolazione nei confronti del professionista sanitario, principalmente, come era di facile previsione, nelle fasce d'età adulto-anziane. La loro autorevolezza, quindi, rimane un fattore determinante. Nelle fasce più giovani sono in forte crescita i contenuti condivisi tramite i social network come, ad esempio, podcast in ambito medico-scientifico o video (meglio se brevi) condivisi sulle piattaforme social.

Sia per quanto riguarda il mondo digitale che quello reale è necessario puntare alla comunicazione efficace. Utilizzare un linguaggio ed uno stile plasmato sulle caratteristiche e capacità del ricevente è il primo passo per compiere un'adeguata comunicazione, e quindi un'adeguata educazione.

In questo senso, il contenuto e la veridicità delle informazioni sono irrinunciabili per intraprendere un percorso basato sull'educazione sanitaria. Le informazioni, quindi, devono essere comprese da tutti, sfruttando tutti i canali comunicativi a disposizione, in maniera tale da raggiungere diverse tipologie di pubblico.

Una buona comunicazione porta in primo luogo la conoscenza dei fattori di rischio e le cause, i trattamenti e le prognosi collegati a questi disturbi. Inoltre, visto l'elevato utilizzo di psicofarmaci rilevato dai rapporti OsMed, è di fondamentale importanza procedere verso una semplificazione del rapporto mentale-farmaco: le evidenze accertate in merito agli psicofarmaci devono essere:

- Efficaci;
- Chiare;
- Argomentate .

Bisognerebbe dire addio al “Fenomeno Prozac”, farmaco antidepressivo (è a base di Fluoxetina, appartenente alla categoria degli SSRI, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) autorizzato per la prima volta negli Stati Uniti nel 1987. Veniva chiamato “La pillola della felicità” in quanto antidepressivo sembrava essere riduttivo.

Questo farmaco ha rivoluzionato la medicina psichica, risultando essere selettivo, efficace e con scarsi effetti collaterali. La pillola della felicità, come tutti i farmaci, ha un grande lato oscuro e non è legittimo promettere benessere esagerato.

Non da ultimo, è necessario ricordare l’importanza della sensibilizzazione.

Lo scopo della sensibilizzazione è dare un maggiore approccio umano a questi disturbi: è fondamentale considerare che la clientela è fatta da esseri umani (considerazione elementare ma niente affatto banale) nonché pazienti molto spesso malati gravi. Le conseguenze per la salute non sono poche: la ricerca, ad esempio, ha dimostrato che lo stress può essere associato a malattie cardiovascolari, malattie muscolo-scheletriche, problemi al sistema nervoso e condurre un peggioramento della salute mentale finendo in ansia e depressione.

Vivere con un forte senso di disagio e vergogna è tutt’oggi ancora una realtà, proprio per questo motivo molte persone devono convivere con un’etichetta sociale. Queste condizioni contribuiscono ad aumentare la sofferenza non solo di chi è colpito, ma anche dei loro familiari. Sensibilizzare le persone significa anche conoscerle, e a sua volta conoscere le persone significa che le decisioni d’acquisto non dipendono solo dalla qualità e funzionalità del farmaco ma anche dalle storie che riflettono, dal vissuto e dalle loro emozioni.

È possibile agire di prevenzione costruendo una cultura del benessere:

- Tramite misure preventive, eliminando e riducendo fattori di stress;
- Cambiando le modalità di risposta ai fattori di stress;
- Attuando e migliorando le misure di gestione delle forme di benessere conclamato;
- Guardare al futuro con lungimiranza.

Sebbene i servizi, le competenze e i finanziamenti disponibili per la salute mentale continuano a scarseggiare, la richiesta di maggiore attenzione a questi temi raggiunge percentuali notevoli. Attualmente in Italia vi sono diverse iniziative che aiutano a sensibilizzare questi argomenti: sono necessari investimenti ed in questo senso è fondamentale la variabile tempo. L’arco temporale deve essere tale per cui si possa valorizzare al meglio l’investimento compiuto.

In Europa il tema dei disturbi mentali assume una posizione rilevante da tempo, basti pensare al Piano d’azione Europeo definito nel 2016. Tutto ciò conferma che il tema della salute mentale, ancora prima della pandemia, sussisteva. Tra i punti cardine si ritrovano *“la promozione della salute mentale, la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali*

*[...] fondamentali per la salvaguardia e il miglioramento della qualità della vita, del benessere e della produttività degli individui, delle famiglie, dei lavoratori e delle collettività”<sup>33</sup>.*

Uno studio francese compiuto nel 2015 ha esaminato il rapporto costo/beneficio del trattamento di ansia e depressione: è emerso che la popolazione considerata ha un risparmio medio di 1,57 euro speso in queste cure<sup>34</sup>. Si conclude dallo studio che il trattamento farmacologico, se necessario, è un investimento non solo al fine della guarigione ma anche finanziario.

Nelle diverse realtà europee le strategie mirate all’investimento e trattamento dei disturbi mentali “... hanno trovato una reale applicazione ma in questi contesti già prima della pandemia da Sars-Cov-2, la salute mentale rappresentava una componente principale e non accessoria”<sup>35</sup>.

Come in precedenza definito, durante l’emergenza pandemica le farmacie hanno assunto una carica essenziale, la quale ha permesso il continuo accesso al farmaco e la costante garanzia dei servizi di prima necessità. Il tutto ha comportato una rapida evoluzione nei servizi e attività ricollegate ad essa. Di fronte a questo cambiamento sociale e culturale, il farmacista, esperto, e la farmacia, presidio sanitario, assumono un ruolo chiave.

In questo ambito l’esperienza pandemica, considerata finora come una minaccia, può diventare il punto di partenza per attuare servizi mirati alla prevenzione e cura di questi disturbi.

La presa in carico di nuovi servizi e mansioni, considerate provvisorie durante il periodo pandemico, devono consolidarsi nella realtà post pandemica. Il ruolo del farmacista deve essere sempre più specializzato: deve permettere una maggiore comprensione e conoscenza dell’utenza, agendo secondo una cultura mirata al paziente. Conoscere il paziente significa garantirsi la sua fiducia e la fidelizzazione. L’instaurarsi di un rapporto confidenziale ma allo stesso tempo professionale consente la corretta educazione sanitaria e aumenta la concezione per cui, la farmacia può essere considerata come un luogo di prevenzione e/o promozione della salute.

Sebbene il numero di farmacie cresca costantemente<sup>36</sup>, l’accessibilità “umana” è quella maggiormente richiesta. Fondamentale è migliorare l’accessibilità alle consulenze per il paziente. Non sempre il rapporto tra il farmacista ed il paziente risulta produttivo, sono molteplici i fattori che possono impedire una giusta accessibilità al richiedente. In questo senso, riveste un ruolo fondamentale il mondo digitale e le tecnologie annesse, le quali possono essere sfruttate non solo per far conoscere i diversi servizi che la farmacia propone all’utenza, ma anche come modo più efficiente per raggiungere le richieste del paziente in modo confidenziale ma allo stesso tempo professionale.

Con il D. lgs. N. 153/2009 la farmacia, da dispensatrice di farmaci è diventata farmacia dei servizi perseguendo un approccio di prevenzione e cura della salute individuale e

---

<sup>33</sup> (Ministero della Salute, 2016).

<sup>34</sup> (Dezetter & Briffault, 2015).

<sup>35</sup> (Placito, 2022).

<sup>36</sup> (Federfarma, s.d.).



pubblica. I dati ottenuti dall'indagine dimostrano la scarsa conoscenza che la popolazione ha nei confronti delle prestazioni erogate dalla farmacia. È necessario potenziare la diffusione di questi servizi utilizzando una comunicazione efficace che raggiunga tutti i possibili profili demografici e socioculturali, sfruttando anche le nuove tecnologie. L'utilizzo di queste prestazioni da parte dell'utenza permetterebbe di sfruttare la potenzialità delle risorse già presenti sul territorio, migliorare il profilo di cura attraverso la consapevolezza e la collaborazione del cittadino e perseguire le crescenti esigenze della popolazione.

In epoca pandemica la farmacia ha dimostrato di poter rafforzare la rete dei servizi territoriali. La presenza di educatori professionali in farmacia contribuisce a rendere la farmacia un presidio sanitario mirato alla prevenzione e/o promozione della salute.

È necessario far comprendere che in farmacia si trovano educatori professionali: di fatto lo stesso farmacista è un educatore professionale sociosanitario ed insieme a lui molti altri, come i sopraccitati infermieri, fisioterapisti o psicologi, contribuiscono ad un unico obiettivo.

Secondo i dati raccolti le farmacie non sono esplicitamente coinvolte nel processo di prevenzione e/o promozione della salute, tuttavia, la presenza di professionisti come infermieri, fisioterapisti o psicologi in farmacia, garantirebbero un servizio di prossimità al cittadino rispondendo alle richieste pubbliche.

Tra le prestazioni erogate dalla farmacia si pone l'attenzione sul servizio dello psicologo in farmacia. La bassa approvazione del servizio sembrerebbe ricollegata alla questione della privacy e riservatezza dei dati, ma non solo. Tutto ciò potrebbe essere argomento di ulteriore approfondimento. Una maggiore chiarezza su questo servizio di prima consultazione garantirebbe una maggiore fruizione oltre che una preziosa opportunità per abbattere i pregiudizi collegati ai temi della salute mentale. Non da meno, l'attuazione di questo servizio consentirebbe un significativo vantaggio terapeutico per il paziente ma anche una decongestione dei presidi ospedalieri.

In conclusione, l'esperienza pandemia ha consentito una vera e propria evoluzione della farmacia dei servizi, rendendola di fatto un presidio del sistema sanitario nazionale. Tale mutamento necessita di nuovi approcci imprenditoriali che permettano un rafforzamento della rete assistenziale territoriale e un maggiore accessibilità all'utenza.

L'investimento a lungo termine dei servizi proposti dalla farmacia, accompagnata ad una continua formazione professionale potrebbe essere la chiave di volta per uno dei settori trainanti l'economia italiana: il settore farmaceutico.

L'impatto che la pandemia ha avuto sulla salute mentale è stato ampiamente trattato e, alla luce dei risultati ottenuti dalle indagini compiute, è possibile confermare la tesi iniziale: la pandemia da Covid 19 ha influenzato negativamente il benessere della popolazione agendo da catalizzatore nello sviluppo di alcuni disturbi mentali. Tutto ciò è stato confermato non solo dai dati oggettivi ricavati dai rapporti OsMed, ma anche dal contributo fornito dalle opinioni ricavate dagli opinion leader.

La farmacia ha assunto un ruolo cruciale nell'assistenza sanitaria, ponendosi in prima linea nel contrastare la pandemia e nell'assistenza al cittadino. In questo contesto cambia quindi la visione della stessa, chiamata ad un'innovazione nel suo servizio, assumendo un ruolo sempre più vicino alla visione di impresa e presidio sanitario.

## 6 BIBLIOGRAFIA

---

- Abc depressione. (s.d.). *Depressione maschile: Un fenomeno ancora trascurato, nascosto dietro alle "norme di mascolinità*. Recuperato 7 febbraio 2024, da <https://www.janssenconte.it/it-it/abcdepressione/news/depressione-maschile-un-fenomeno-ancora-trascurato-nascosto-dietro-alle-norme-della-mascolinita>
- Adibi, S., Griffin, P., Sanicas, M., Rashidi, M., & Lanfranchi, F. (2022). *Frontiers of COVID-19: Scientific and clinical aspects of the novel coronavirus 2019*. Springer Nature Switzerland AG.
- AIFA. (2014). *Aderenza alle terapie e strategie per migliorare l'uso sicuro ed efficace dei farmaci*. <https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>
- AIFA. (2023). *Principio Attivo | Banca Dati Farmaci dell'AIFA*. <https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/cerca-per-principio-attivo>
- Amerio, A., Lugo, A., Stival, C., Fanucchi, T., Gorini, G., Pacifici, R., Odone, A., Serafini, G., & Gallus, S. (2021). COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults. *Journal of Affective Disorders*, 292, 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.117>
- Babore, A., Laurentiis, M. D., Troiano, S., Cavallo, A., Trumello, C., & Bramanti, S. M. (2020). Rischio depressivo in adolescenza. Fattori predittivi e differenze di genere. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1/2020. <https://doi.org/10.1449/95802>
- Battaglini, D., & Pelosi, P. (2022). *COVID-19 critical and intensive care medicine essentials*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-94992-1>

Battini, V., Guarnieri, G., Cammarata, G., Mosini, G., Leoni, C., Carnovale, C., Radice, S., & Gringeri, M. (2021). *Impatto della pandemia da Covid-19 sulla gestione terapeutica dei pazienti pediatrici affetti da patologie croniche e sull'aderenza al trattamento. Impact of the COVID-19 pandemic on therapeutic management and adherence of paediatric patients affected by chronic conditions* (4).

<http://www.sefap.it/web/index.php?class=Comp&className=Content&op=Show&param=cid,3846,preview,0>

Bozzetti, A., & Luigi, N. D. (2021). Il benessere degli studenti universitari durante la pandemia di Covid-19: Servizi e misure per una popolazione eterogenea. *Autonomie locali e servizi sociali*, 3/2021. <https://doi.org/10.1447/101952>

BRAGAZZI, N. L., PALOMBO-FERRETTI, F., CARBONE, R., RE, T. S., & PsyChOVID WORKING GROUP. (2023). Community pharmacist-and psychologist-led program of neuropsychological screening in the aftermath of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL SCIENCES*, 8(2), 142. <https://doi.org/10.19204/2023/cmmn6>

Cartabellotta, A., & Iacono, C. (2016). Il sotto-utilizzo dei farmaci equivalenti in Italia. *Evidence*, 10. <https://doi.org/10.4470/e1000153>

Cattaneo, D., & Gervasoni, C. (2020). *Il monitoraggio terapeutico del farmaco. Therapeutic Drug Monitoring* (2).

<http://www.sefap.it/web/index.php?class=Comp&className=Content&op=Show&param=cid,3624,preview,0>

Cecchini, C. (2022, giugno 17). *Comunicazione sanitaria e digital marketing farmaceutico: Oltre il campo minato delle regole.* Polk&Union.

<https://www.polkandunion.com/news/comunicazione-sanitaria-digital-marketing-farmaceutico-regole/>

Censis.it. (2021). *Disinformazione e fake news durante la pandemia: Il ruolo delle agenzie di comunicazione* [1]. Censis. <https://www.censis.it/comunicazione/disinformazione-e-fake-news-durante-la-pandemia-il-ruolo-delle-agenzie-di>

Cheng, H., Peng, Z., Luo, W., Si, S., Mo, M., Zhou, H., Xin, X., Liu, H., & Yu, Y. (2021). Efficacy and Safety of COVID-19 Vaccines in Phase III Trials: A Meta-Analysis. *Vaccines*, 9(6), 582. <https://doi.org/10.3390/vaccines9060582>

Clinica San Martino. (s.d.). *Ansia e prestazione*. Recuperato 6 febbraio 2024, da <https://www.clinicasanmartino.it/blog/ansia-e-prestazione/>

Cohen, J. (2022). *Migliorare il rapporto paziente-farmacista in quattro semplici passaggi*. <https://www.pharmacytimes.com/view/improving-the-patient-pharmacist-relationship-in-four-easy-steps>

Colonna, R. (2020). *PharmaCare 2018*. FedOA - Federico II University Press.

de Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet (London, England)*, 396(10255), 898–908. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)

Dezetter, A., & Briffault, X. (2015). [Costs and benefits of a funding program for psychotherapies for French people suffering from depressive or anxious disorders]. *Sante Mentale Au Quebec*, 40(4), 119–140.

- Di Guardo Giovanni. (2020, dicembre 14). *CoViD-19, una “sindemia” ancor prima che una pandemia—Quotidiano Sanità*. [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=90871](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=90871)
- EVIDENCE. (2016). *Evidence*. <https://evidence.it/>
- Federfarma. (s.d.). *Federfarma*. Recuperato 9 febbraio 2024, da <https://www.federfarma.it/>
- Ferrone, M. (2017). *Epidemiologia dei disturbi dell'umore*. <https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/disturbi-dell-umore/epidemiologia-dei-disturbi-dell-umore>
- Foye, W. O., Roche, V. F., Zagotto, G., Chilin, A., & Amoroso, R. (2021). *Foye's Principi di chimica farmaceutica / Victoria F. Roche ... [Et al.]* (7. ed. italiana sulla 8. americana / a cura di Adriana Chilin e Giuseppe Zagotto ; con la collaborazione di R. Amoroso ... [et al.]). Piccin.
- Goldenberg, D. (2023). *Unravelling long COVID*. John Wiley & Sons, Inc.
- Goodman, L. S., & Gilman, A. (2019). *Le basi farmacologiche della terapia / Goodman & Gilman ; a cura di Laurence L. Brunton ; con la collaborazione di Randa Hilal-Dandan, Björn C. Knollmann* (13. ed). Zanichelli.
- Goodman, M. L., Molldrem, S., Elliott, A., Robertson, D., & Keiser, P. (2023). Long COVID and mental health correlates: A new chronic condition fits existing patterns. *Health Psychology & Behavioral Medicine*, *11*(1), 2164498–2164498. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2164498>
- Guest, P. C. (A c. Di). (2021). *Clinical, Biological and Molecular Aspects of COVID-19* (Vol. 1321). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59261-5>

Hallstrom, C. (1996). Ansia depressione: Domande e risposte / Cosmo Hallstrom. In *Ansia depressione: Domande e risposte*. Momento medico.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). «Mental health literacy»: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

Liu, P., Xiao, G., He, K., Zhang, L., Wu, X., Li, D., Zhu, C., Tian, Y., Hu, P., Qiu, B., Ji, G.-J., & Wang, K. (2020). Increased Accuracy of Emotion Recognition in Individuals with Autism-Like Traits after Five Days of Magnetic Stimulations. *Neural Plasticity*, 2020, 9857987. <https://doi.org/10.1155/2020/9857987>

Lucca, G., Caselli, I., Cenci, D., & Callegari, C. (2021, luglio 13). I disturbi psichiatrici comuni in età geriatrica: Implicazioni diagnostiche e terapeutiche. *MR – Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*. <https://springerhealthcare.it/mr/archivio/i-disturbi-psichiatrici-comuni-in-eta-geriatrica-implicazioni-diagnostiche-e-terapeutiche/>

Mckeown, B., Poerio, G. L., Strawson, W. H., Martinon, L. M., Riby, L. M., Jefferies, E., McCall, C., & Smallwood, J. (2021). The impact of social isolation and changes in work patterns on ongoing thought during the first COVID-19 lockdown in the United Kingdom. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(40), e2102565118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2102565118>

Medicina delle Dipendenze. (2013). *Benzodiazepine: Uso, abuso e dipendenza*. <https://www.medicinadipendenze.it/pubblicazioni/benzodiazepine-uso-abuso-e-dipendenza/>

Ministero della salute. (2023). *Ministero della Salute.*

<https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Ministero della Salute, M. della. (2016). *Piano d'azione europeo per la salute mentale.*

[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2447](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2447)

Moustafa, A. A. (2021). *Mental health effects of COVID-19.* Academic Press.

Musso, P., & Cassibba, R. (2020). Adolescenti in tempo di Covid-19: Dalla movida alla responsabilità. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2/2020. <https://doi.org/10.1449/97612>

Niolu, C., Troisi, A., Balestrieri, M., Siracusano, A., Maj, M., & Rubino, A. I. (2014). *Manuale di psichiatria / coordinatore Alberto Siracusano ; curatori: Matteo Balestrieri ... [et al.] ; curatori associati: Cinzia Niolu, I. Alex Rubino, Alfonso Troisi ; presentazione di Mario Maj* (2. ed). Il pensiero scientifico.

Oglodek, E. A. (2021). [Mental health protection associated with COVID-19]. *Polski Mercuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 49(291), 235–237.

OsMed. (2019). *L'uso dei farmaci in Italia—Rapporto OSMed 2018.* AIFA.

OsMed. (2020a). *L'uso dei farmaci in Italia—Rapporto OsMed 2019.* AIFA.

OsMed. (2020b). *Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19 Anno 2020.* AIFA.

OsMed. (2021). *L'uso dei farmaci in Italia—Rapporto OSMed 2020.* AIFA.

OsMed. (2023). *L'uso dei farmaci in Italia—Rapporto OSMed 2022.* AIFA.

Oz, S., & Russell, R. (2022). *Life in the Time of a Pandemic Social, Economic, Health and Environmental Impacts of COVID-19-Systems Approach Study—Sistema Bibliotecario Padovano.* MDPI - Istituto Multidisciplinare per l'Editoria Digitale.



[https://galileodiscovery.unipd.it/discovery/fulldisplay?docid=alma9939455662106046&context=L&vid=39UPD\\_INST:VU1&lang=it&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jse\\_arch\\_slot](https://galileodiscovery.unipd.it/discovery/fulldisplay?docid=alma9939455662106046&context=L&vid=39UPD_INST:VU1&lang=it&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jse_arch_slot)

Petrosillo, G. (s.d.). *IL RUOLO DEL FARMACISTA NELL'AMBITO DEL PROGETTO CREG*.

Pirotta, A. (2022, aprile 14). Marketing farmaceutico: I 4 trend del 2022. *Digital for Business*.

<https://www.digitalforbusiness.com/marketing-farmaceutico-i-4-trend-del-2022/>

Placito, M. (2022, febbraio 28). Assistenza psicologica e salute mentale: Un'analisi comparata delle strategie di intervento in Europa per l'emergenza pandemica. *State of Mind*.

<https://www.stateofmind.it/2022/02/salute-mentale-covid-europa/>

Raitano, A. (1994). *Farmacoeconomia: Elementi gestionali prospettici in ospedale / Antonino Raitano*. Il pensiero scientifico.

Ramella, F., & Sciarrone, R. (2021). Immaginare l'Italia oltre la pandemia. *il Mulino*, 4/2021.

<https://doi.org/10.1402/102229>

Reggio, S., & Capri, S. (2001). *Economia del farmaco: I costi, il mercato e l'efficacia dei farmaci / Stefano Capri, Stefano Reggio (a cura di)*. F. Angeli.

Roccella, M. (2022). *The Impact of the COVID-19 Emergency on the Quality of Life of the General Population*. MDPI - Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Schweiger, G. (A c. Di). (2022). *The Global and Social Consequences of the COVID-19 Pandemic: An Ethical and Philosophical Reflection* (Vol. 1212). Springer International Publishing.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-97982-9>

SEPAF. (2012). *SEFAP* - *GIFF* 2012; 4(3).

<http://www.sefaf.it/web/index.php?class=Comp&className=Content&op=Show&param=cid,449,preview,0>

Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 78–89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>

Stefania Azzolini. (s.d.). *Enzimi di restrizione*. Recuperato 4 febbraio 2024, da [https://www.treccani.it/enciclopedia/enzima-di-restrizione\\_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/enzima-di-restrizione_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/)

Sun, J., Gao, X., Hua, Q., Du, R., Liu, P., Liu, T., Yang, J., Qiu, B., Ji, G.-J., Hu, P., & Wang, K. (2022). Brain functional specialization and cooperation in Parkinson's disease. *Brain Imaging and Behavior*, 16(2), 565–573. <https://doi.org/10.1007/s11682-021-00526-4>

Sun, J., Ji, G.-J., Xing, F., Tian, Y., Liu, H., Hu, P., & Wang, K. (2021). Rapid relief of severe freezing of gait after accelerated high-dose magnetic stimulations. *Brain Stimulation*, 14(6), 1573–1575. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2021.10.389>

Visconti, F., & Pellegata, A. (2021). Giudicare la performance del governo al tempo della COVID-19. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2/2021. <https://doi.org/10.1483/101690>

Wells, A. (2012). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione / Adrian Wells ; edizione italiana a cura di Gabriele Melli*. Eclipsi.

Wikipedia. (2022a). Sistema di classificazione ATC: Il sistema di classificazione anatomico, terapeutico e chimico, sigla ATC dall'inglese Anatomical Therapeutic Chemical classification system, viene usato per la classificazione sistematica dei farmaci ed è controllato dall'Organizzazione mondiale della sanità. In *Wikipedia*.

[https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema di classificazione anatomico, terapeutico e chimico&oldid=127666085](https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_di_classificazione_anatomico_terapeutico_e_chimico&oldid=127666085)

Wikipedia. (2022b). Sostanza P. In *Wikipedia*.  
[https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Sostanza P&oldid=129816905](https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Sostanza_P&oldid=129816905)

Wikipedia. (2023a). ICD-10. In *Wikipedia*.  
[https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Classificazione ICD&oldid=136055580](https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Classificazione_ICD&oldid=136055580)

Wikipedia. (2023b). Microarray di DNA. In *Wikipedia*.  
[https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Microarray di DNA&oldid=136897598](https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Microarray_di_DNA&oldid=136897598)

Wikipedia. (2024a). Elettroencefalogramma. In *Wikipedia*.  
<https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Elettroencefalografo&oldid=137442294>

Wikipedia. (2024b). Esketamine. In *Wikipedia*.  
<https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Esketamine&oldid=1199410963>

## 7 APPENDICE

---

### 7.1 APPROFONDIMENTO INTERVISTE

Si riporta per ogni singolo intervistato il ruolo e la relativa intervista.

#### 7.1.1 Intervistato

Nicola Ferri, professore ordinario di farmacologia presso il Dipartimento di Medicina dell'Università di Padova.

Laureato in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche si specializza successivamente in farmacologia sperimentale presso l'Università degli Studi di Milano. Consegue il dottorato di ricerca in tossicologia dell'ambiente e dell'alimentazione con conseguente Master di secondo livello in farmacia e farmacologia oncologica presso l'Università degli studi di Milano.

#### Intervista

1. *Nell'affrontare e nel manifestarsi di questi disturbi, che influenza ha avuto il contesto sociale?*

Secondo il professore il contesto sociale sicuramente ha influenzato, basti pensare a come la gente veniva condizionata dalle piattaforme social. Esso ha portato in alcuni casi alla proliferazione spontanea e rapida di mala informazione generale, seguita dalla diffusione di informazioni errate e molto spesso contrastanti tra loro.

Secondo l'esperto anche la scarsa cultura personale ha influito nella creazione di aspettative errate e divulgazione di informazioni poco attendibili.

2. *Il contraccolpo che la pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote?*

Secondo l'esperto la pandemia ha fatto emergere delle problematiche nuove, le quali presentano delle condizioni di scatenamento e caratteristiche differenti rispetto a quelle viste fino ad ora.

3. *Quali sono le prospettive, riguardo il tema della salute mentale, nell'epoca post Covid 19?*

"La gente dimentica facilmente" afferma, se non ci dovessero essere più pandemie come quelle passate, la popolazione riprenderà la sua vita quotidiana.

Tutti siamo a conoscenza del fatto che non siamo più in fase pandemica, nonostante questo la gente ha ancora paura dell'infezione. Pensiamo a chi, per esempio, utilizza ancora le mascherine in luoghi pubblici; queste persone presentano un senso di forte angoscia e paura dovuta alla possibile infezione e alle conseguenze legate ad essa.

In Italia, ricorda, non saremo però in grado di superare un'altra volta una pandemia del genere.

Durante l'intervista viene fatta una piccola digressione, confrontando la realtà del post Covid 19 con quella antecedente ad esso. Il professore evidenzia come nella realtà post Covid 19 si stia manifestando un forte senso di egoismo, il quale è dovuto al fatto che la pandemia ha fatto emergere il valore della vita di ogni individuo, rendendolo così individualista e tutt'altro che generoso nei confronti degli altri individui. Questo potrebbe essere all'origine delle molteplici guerre, femminicidi, e conflitti di ogni tipo che si sono manifestati e si stanno manifestando tutt'ora nel mondo.

4. *Vi è una correlazione tra Covid 19 e disturbo mentale?*

"Sì", non tanto il Covid 19 ma la situazione pandemica in sé".

5. *Le risorse attuali per affrontare questo tipo di problematiche sono sufficienti?*

Secondo il professore, in Italia siamo stati molto tutelati in confronto ad altri Paesi. Si è compiuto un enorme lavoro di ricerca e sviluppo a discapito di altre patologie.

Le stesse risorse finanziarie si sono concentrate tutte per mettere a punto, a livello mondiale e nazionale, un vaccino capace di stimolare una risposta del sistema immunitario nei confronti dello stesso virus.

Ad alcune persone la pandemia ha comportato una situazione di disagio dal punto di vista sanitario in quanto si è trovata ad affrontare uno stato di emergenza in alcuni casi privi del medico di base e del supporto sanitario necessario.

Ricordiamo inoltre che "il servizio sanitario nazionale è una grandissima risorsa, la quale deve essere preservata nel tempo sebbene le sue complicità".

6. *Secondo Lei è stato attuato un piano, a livello nazionale, per permettere al cittadino di accedere a terapia e supporto? Mi può fare degli esempi?*

Sì, sono stati investiti molti soldi a riguardo, pensiamo al lavoro compiuto dagli assistenti sociali o lo stesso bonus psicologo.

7. *Perché è importante intervenire in questi tipi di disturbi ora?*

È importante agire in questo momento per "limitare l'ignoranza, per far conoscere alla gente che esistono questi tipi di disturbi".

### 7.1.2 Intervistato

Miriam Bortignon medico di medicina generale presso gli ambulatori di Pieve del Grappa (ULSS 2).

#### Intervista

*1. Ci sono stati gruppi di individui più vulnerabili nella popolazione?*

Per rispondere a questa domanda è necessario compiere una precisazione. I pazienti seguiti dalla Dott.ssa non coprono in maniera omogenea tutte le fasce d'età, per cui bisogna considerare il suo punto di vista in relazione ad una popolazione non omogenea.

Ad ogni modo, le fasce di popolazione maggiormente colpite sono state sicuramente la fascia dei giovani (dai 15 ai 20 anni) e gli anziani.

*2. Come è quanto ha influito nel suo lavoro il meccanismo di isolamento dall'affetto di sofferenza dei pazienti?*

L'esperta afferma che è stato difficile trovarsi in alcune circostanze proprio perché non vi era mai stato nessun tipo di formazione a riguardo. I medici di base e gli altri professionisti del campo non erano preparati a questa situazione emergenziale e di conseguenza hanno gestito il tutto con gli strumenti che avevano e seguendo le metodiche utilizzate fino a quel momento.

*3. L'uso di antidepressivi e/o ansiolitici può essere considerato un indicatore del problema?*

Considerare la vendita di antidepressivi/ansiolitici come indicatore del problema sicuramente può risultare utile ma può avere una validità del 60,0 % -70,0 % rispetto alle condizioni reali.

A tal proposito, emerge la problematica della vendita di farmaci (normalmente dispensati con obbligo di prescrizione) tramite la cosiddetta "vendita sottobanco". Molto spesso, infatti, l'esperto come altri suoi colleghi, riscontrano delle incongruenze per quanto riguarda il rinnovo di alcune ricette mediche, le quali non vengono rinnovate come da prassi ogni trenta giorni. Il tutto lascia molti dubbi a riguardo, questa mancata richiesta di rinnovo avviene perché il paziente non ha più bisogno della terapia (anche se le terapie dovrebbero essere continuative) oppure perché il malato si rifornisce comunque senza necessità di richiedere il rinnovo della ricetta medica?

*4. Il Covid 19 ha permesso di stabilire nuovi approcci alla diagnosi e terapia di disturbi mentali?*

No, il Covid 19 ha confermato gli stessi approcci alla diagnosi e terapia utilizzati fino ad ora. A tal proposito la dottoressa ci fornisce uno strumento da loro utilizzato per la diagnosi ed approfondimento di alcuni stati depressivi.

La scala utilizzata permette infatti, mediante la risoluzione di alcune domande, di determinare una possibile problematica depressiva e ricavare a che stadio essa si trovi.

*5. Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo sono sufficienti?*

Le risorse attuali non sono abbastanza. La sanità pubblica al tempo del Covid 19 e del post Covid 19 ha fornito aiuto alla popolazione in maniera disomogenea: l'aiuto veniva fornito molto spesso alle persone più sofferenti, giustamente, trascurando persone fragili che si trovavano in una situazione borderline. Questo concetto va contro l'idea di sanità pubblica, la quale dovrebbe raggiungere tutti.

A riguardo la dottoressa compie un piccolo approfondimento per evidenziare quanto sia importante la sanità pubblica, la quale ultimamente sta venendo meno essendo sostituita da quella privata.

Figura 7.1.1: Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9). Materiale fornito dalla dottoressa Bortignon.

**PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)**

Il presente questionario è importante perché ci consente di fornirLe la miglior assistenza possibile. Le Sue risposte ci aiuteranno a capire i problemi che Lei può avere. La preghiamo, perciò, di rispondere con la massima precisione possibile.

	MAI	ALCUNI GIORNI	PIÙ DI METÀ DEI GIORNI	QUASI TUTTI I GIORNI
1) Durante le ultime due settimane, per quanti giorni..				
1a) ..ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose ?	0	1	2	3
1b) .. si è sentito/a giù di morale, depresso/a, senza speranze ?	0	1	2	3
1c) .. ha avuto problemi nell'addormentarsi, o nel rimanere addormentato, o ha dormito troppo ?	0	1	2	3
1d) .. ha avuto sensazione di stanchezza o di poca energia ?	0	1	2	3
1e) .. ha avuto poco appetito o mangiato troppo ?	0	1	2	3
1f) .. si è sentito arrabbiato con se stesso, o di essere un fallito, o di avere danneggiato se stesso o la sua famiglia?	0	1	2	3
1g) ... ha avuto difficoltà a concentrarsi su qualcosa, ad esempio leggere il giornale o guardare la TV ?	0	1	2	3
1h) .. ha avuto movimenti o parole talmente lenti da poter essere stati notati dagli altri. O, al contrario, è stato talmente irrequieto e instancabile, da muoversi molto più del solito ?	0	1	2	3
1i) ha pensato che sarebbe meglio essere morto, di farsi del male in qualche modo ?	0	1	2	3
	—	+	—	+
			—	=
				—

2) Se il paziente riporta uno o più disturbi, chiedere quanto questi problemi abbiano reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa, stare insieme agli altri :

<b>per niente difficile</b>	<b>abbastanza difficile</b>	<b>molto difficile</b>	<b>estremamente difficile</b>
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]



### PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) è una breve scala specifica per la Medicina Generale (Spitzer et al., 1999) ed è utilizzato per la diagnosi, il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione. Il PHQ-9 è adatto sia per lo screening che per il case-finding: può essere somministrato sia da personale medico o addestrato che autosomministrabile.

Il PHQ-9 è composto da due domande.

La prima indaga la presenza "nelle ultime due settimane" dei 9 sintomi della depressione secondo il DSM-IV ripresi anche nel DSM-5. Solo questa domanda determina il punteggio del PHQ-9. Ogni sintomo viene valutato con una scala a 4 punti :

MAI	ALCUNI GIORNI	PIÙ DI METÀ DEI GIORNI	QUASI TUTTI I GIORNI
0	1	2	3

La seconda domanda valuta la compromissione funzionale che la depressione causa sul normale svolgimento della vita del paziente. Questa domanda non concorre al punteggio del PHQ-9.

Il punteggio del PHQ-9 ha un range compreso tra 0 e 27. I punteggi compresi tra 5 e 9 indicano la presenza di una depressione sottosoglia. Il punteggio di 10 è il cut-off ottimale per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007) con tre diversi livelli di gravità a seconda del punteggio (MacArthur & MacArthur, 2009).

0-4 = Assente  
5-9 = Depressione sottosoglia  
10-14 = Depressione maggiore lieve  
15-19 = Depressione maggiore moderata  
≥ 20 = Depressione maggiore severa

#### Bibliografia essenziale

- Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med* 2010 8:348-353.
- Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *Brit J Gen Pract*. 2007;57:650-652.
- MacArthur JD, MacArthur CT, MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999;282:1737-44.

[Http://www.depression-primarycare.org/images/pdf/macarthur\\_toolkit.pdf](http://www.depression-primarycare.org/images/pdf/macarthur_toolkit.pdf)

### 7.1.3 Intervistato

Giada Brianese è assistente sociale e responsabile del progetto "Entriamo in contatto".

Il progetto mira a compiere un supporto ai cittadini anziani in termini di prevenzione e non. Insieme alla fascia dei giovanissimi, gli anziani sono stati tra i più colpiti e proprio per questo motivo il servizio ha lo scopo di aiutare le persone in difficoltà.

Perché proprio gli anziani e non i giovani? L'adolescente spesso è accompagnato e aiutato da figure mature, figure di riferimento, mentre l'anziano molto spesso si trova ad affrontare situazioni complicate in totale solitudine.

#### Intervista

*1. Considera che le problematiche sulla salute mentale fossero sottovalutate precedentemente alla pandemia da Covid 19?*

Secondo l'esperta le problematiche in merito alla salute mentale sono sempre esistite ma si trovavano in forma latente. Successivamente, con la pandemia e le circostanze del caso, sono "esplose".

*2. Quali potrebbero essere gli interventi psicologici efficaci nel prevenire o ridurre i disturbi mentali nell'epoca post Covid 19?*

Potrebbero essere efficaci servizi offerti dal comune di residenza, i quali mirano ad attivare una prevenzione riguardo gli stessi disturbi ma anche la definizione di un primo approccio terapeutico.

*3. Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo sono sufficienti?*

Le risorse attuali, economiche e non, non essendo mai abbastanza implicano delle scelte. Per quanto riguarda il progetto sono stati compiuti dei passi avanti che hanno portato a buoni risultati.

*4. Secondo Lei è stato attuato un piano, a livello nazionale, per permettere al cittadino di accedere a terapie di supporto? Mi può fare degli esempi?*

*Sì, questo progetto ne è un esempio.*

*5. Perché è importante intervenire ora in questi tipi di disturbi?*

È importante intervenire ora perché, come abbiamo detto precedentemente, il Covid 19 ha messo in luce situazioni latenti che poi sono "esplose". Gli anziani, come le altre fasce d'età, ne hanno risentito e proprio per questo motivo è necessario mobilitarsi ora. A maggior ragione perché alcuni disagi e disturbi esistevano già prima della pandemia, i quali ora sono ancora più presenti.

#### 7.1.4 Intervistato

Intervista compiuta a Laura Sartor, psicologa specializzata in psicoterapia sistemica, attualmente dirigente psicologa dell'Azienda ULSS 2.

L'intervista è avvenuta presso la sede di psichiatria dell'ospedale di Montebelluna (TV).

##### Intervista

1. *Il contraccolpo che la pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote?*

La situazione pandemica ha comportato la creazione di circostanze caratterizzate da una mancanza di equilibrio, il quale ha implicato a sua volta il peggioramento di alcuni psicologici stati già precari per poi diventare veri e propri stati patologici.

2. *Considera che le problematiche sulla salute mentale fossero sottovalutate precedentemente alla pandemia da Covid 19?*

Le problematiche sulla salute mentale erano sottovalutate nella fase antecedente il Covid 19 in quanto erano meno evidenti e diffusi. A confermare il tutto è stato lo scarso supporto sociale nei confronti dei più bisognosi, il quale risultava precario rispetto alle reali richieste della società.

3. *Ci sono stati gruppi di individui più vulnerabili?*

Risulta difficile stabilire con certezza le classi più vulnerabili in quanto non tutte le fasce d'età sono state prese in considerazione dall'esperta.

Ad ogni modo, è certo che la classe dei giovani ne ha risentito maggiormente in quanto si sono ritrovati a cercare la loro identità in una situazione alterata e tutt'altro che confortevole.

Secondo l'esperta anche le persone fragili ne hanno risentito: la fase centrale della pandemia, in cui era obbligatorio l'isolamento in casa, ha comportato un blocco dei servizi sociali rivolti alle persone con maggiori difficoltà. Questo sicuramente ha influito nell'aggravamento nella situazione, tanto da dover ricominciare da capo trattamenti e terapia iniziate tempo prima.

4. *Come e quanto ha influito nel suo lavoro il meccanismo di isolamento dall'affetto di sofferenza dei pazienti?*

L'esperta sottolinea come sia stato difficile gestire alcune situazioni senza esserne realmente coinvolti.

Sicuramente, ricorda l'esperta, tra i momenti più difficili da considerare vi sono i colloqui le figure genitoriali o di riferimento per i più piccoli. Molti genitori risentivano una forte difficoltà nella gestione della situazione con i propri figli. L'argomento ha scatenato una forte riflessione nell'esperta in quanto, essendo anche lei genitore, comprendeva la sofferenza provata.

Inoltre, è stato molto arduo anche accettare i fallimenti terapeutici, dovuti alle stesse restrizioni, che si sono manifestati in molti individui durante la fase pandemica.

5. *Il Covid 19 ha permesso di stabilire nuovi approcci alla diagnosi e terapia di disturbi mentali?*

No, sono stati utilizzati sempre gli stessi approcci alla diagnosi e terapia, focalizzandosi però su alcuni disturbi rispetto che altri. In particolare, si sono registrati molti più casi di ansia e depressione. Riguardo ciò, sono state approfondite alcune ricerche.

6. *Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo sono sufficienti?*

No, le risorse attuali non sono sufficienti molto semplicemente perché sono state incentrate esclusivamente nella fase pandemica. L'esperta ci spiega come molti contratti di lavoro, in particolare nel caso di psicologi e psicoterapeuti, abbiano una scadenza annuale, comportando quindi un servizio per il cittadino temporaneo e non continuativo nel tempo.

7. *Perché è importante intervenire in questi tipi di disturbi ora?*

È necessario intervenire ora perché è fondamentale compiere una riflessione sulla pandemia e le implicazioni che ha portato. Capita tra le persone che la fase pandemica venga ad essere dimenticata in quanto ricorda esclusivamente immagini complesse. "La pandemia ha acceso il faro su alcuni aspetti, e questo faro non deve spegnersi da qui a poco".

### 7.1.5 Intervistato

Intervista a Fabio Specchiulli, psicoterapeuta e responsabile del Servizio Psicosociale della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana mette a disposizione di tutti i cittadini italiani un supporto psicologico gratuito che mira al sostegno e ascolto di chiunque stia affrontando un momento di difficoltà o di disagio legato alla sfera psicologica, emotiva e relazionale.

Il servizio, completamente gratuito, è accessibile alle persone maggiorenni chiamando il numero 1520.

Il supporto psicologico telefonico della Croce Rossa ha lo scopo di prendersi cura delle persone tramite l'ascolto professionale in un numero di colloqui che varia da 1 a 5 (in relazione alla disponibilità dell'equipe).

L'esperto afferma che il fine ultimo di questo servizio è quello di essere un servizio di prossimità.

L'intervista è avvenuta tramite una videochiamata.

#### Intervista

*1. Il contraccolpo che la pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote?*

L'esperto fin da subito chiarisce che a riguardo è necessario distinguere tre tipologie di pazienti: coloro che durante la pandemia hanno sofferto di angoscia di morte ricollegata alla continua paura di infezione, coloro che precedentemente alla pandemia già soffrivano di alcuni disturbi/ disagi, i quali si sono manifestati in forma acuta negli anni pandemici ed infine coloro che con la pandemia hanno visto intensificare i loro disturbi, resi cronici negli stessi anni pandemici e post pandemici.

Secondo l'esperto la pandemia è stata "un'occasione" per creare servizi ai quali le persone possono aderire sentendosi a proprio agio: con la pandemia si è parlato maggiormente e più chiaramente di disturbi come ansia stress e depressione, lo stigma è venuto meno e di conseguenza è più facile prenderli in considerazione e trattarli.

*2. Il Covid 19 ha permesso di stabilire nuovi approcci alla diagnosi e terapia di disturbi mentali? La vostra associazione ha utilizzato nuovi strumenti/approccia nella fase emergenziale e post emergenziale?*

Il servizio, ci ricorda l'esperto, è attivo dal giugno del 2019 e fin da subito ha utilizzato gli strumenti tipici di una psicologia d'emergenza. Lo stesso è stato fatto nel periodo pandemico: il numero di psicologi e psicoterapeuti è aumentato, in totale l'equipe era composta da 20 esperti i quali purtroppo sono diminuiti attualmente a 7.

*3. Essendo un servizio attivo su tutto il territorio italiano, avete riscontrato disuguaglianza geografica nelle richieste di aiuto?*

Questo, ci ricorda lo specialista, è un terreno "molto scivoloso" in quanto vi sono molti fattori che entrano in gioco tra cui, il più importante, la densità di popolazione relativa ad una determinata area geografica.

Ad ogni modo, l'esperto sottolinea che le regioni in cui vi è stata maggior richiesta sono state il Lazio e la Sicilia.

In generale, si è riscontrato che un numero elevato di richieste proveniva dalle grandi metropoli (Roma, per l'appunto ma anche Milano) oppure dai piccoli "paesini sperduti".

4. *Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo sono sufficienti?*

Secondo lo specialista le risorse investite "sono poche, finiranno a breve se non sono già finite".

Le risorse economiche sono state gestite male a livello centrale e questo ha comportato una mancata assistenza a livello territoriale.

L'esperto approfondisce questo argomento ricordandoci che ci sono stati episodi in cui alcuni consultori hanno contattato questo servizio per chiedere aiuto e supporto in quanto loro stessi non erano in grado di prendere in carico alcune persone in difficoltà.

5. *Perché è importante intervenire ora in questi tipi di disturbi? Lei, come esperto, come agirebbe?*

È necessario intervenire ora perché il problema è attuale ed è riconosciuto.

Lo specialista propone uno "sviluppo dei servizi di prossimità, i quali devono loro stessi andare incontro a chi ha bisogno di aiuto" non attendere "dietro una scrivania" che le persone bisognose vengano da loro.

Una proposta è anche quella di mettere in campo gli allievi/ colleghi psicologi già iscritti all'albo che stanno frequentando scuole di specializzazione: potrebbero essere attivati dei tirocini in cui gli stessi specializzandi, seguiti dai relativi tutor, seguono le persone in difficoltà.

Questo sarebbe un metodo per avere un "guadagno" da entrambi le parti. Tutto ciò, ci spiega però risulta difficile in quanto compiere un progetto del genere è macchinoso dal punto di vista burocratico.

Conclude dicendo che sono necessari dei servizi immediati, "una sorta di attivismo" per far sì che lo Stato, in primis, si attivi su questi temi.

### 7.1.6 Intervistato

Il centro per le relazioni e le famiglie è un servizio rivolto alle famiglie residenti a Bassano del Grappa con lo scopo di rappresentare un punto di riferimento territoriale per tutti coloro che incontrano difficoltà legate alla sfera individuale, di coppia oppure genitoriale.

All'interno dello stesso centro sono disponibili lo sportello per la famiglia e per il cittadino.

Tra i diversi servizi che il centro offre, ritroviamo il servizio di sportello di ascolto gratuito e consulenza psicologica durante la fase di crisi dovuta all'emergenza sanitaria da Covid 19.

Questo servizio di consulenza è aperto a persone di tutte le fasce d'età.

#### Intervista

1. *Il contraccolpo che la pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote?*

Secondo l'esperta la pandemia ha agito da "acceleratore" sullo sviluppo di alcuni disturbi mentali.

La popolazione, nel periodo precedente alla pandemia, presentava già delle fragilità dovute a molteplici fattori tra cui il fatto di trovarsi in una società estremamente competitiva, il disorientamento, o il fatto che molto spesso i genitori non presentano strumenti adeguati a crescere i figli.

A queste fragilità si è associato il Covid 19 il quale ha peggiorato la situazione accelerando l'aggravamento di queste stesse situazioni.

2. *Considera che le problematiche sulla salute mentale fossero sottovalutate precedentemente alla pandemia da Covid 19?*

No, non erano sottovalutate, esistevano già e molto spesso le persone non avevano gli strumenti adatti per affrontarle, come accade attualmente.

3. *Come ha influito nel suo lavoro il meccanismo di isolamento dall'affetto di sofferenza dei pazienti?*

L'esperta, assistente sociale, ci ricorda come la formazione accademica si attivi fin da subito nell'insegnare ai propri studenti di mantenere il distacco professionale rispetto ad alcune circostanze che si possono incontrare nella carriera lavorativa. Questo sicuramente aiuta ad essere meno coinvolti in alcune circostanze, ma allo stesso tempo non permette di stringere una relazione con le persone.

È quindi importantissimo stabilire una relazione con la persona che si trova in difficoltà.

4. *Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo sono sufficienti?*

Le risorse attuali per affrontare problemi di questo tipo non sono sufficienti e anche la stessa gestione non è adeguata.

Il centro per le relazioni e le famiglie, ad esempio, è finanziato da fondi europei, i quali molto spesso non sono continuativi comportando in questa maniera la definizione di un servizio irregolare.

5. *Perché è importante intervenire ora in questi tipi di disturbi?*

È importante intervenire ora perché la gente si trova in difficoltà, perché anche la stessa mancanza di relazione sociale deve essere scardinata.



### 7.1.7 Intervistato

Dottoressa Fiorella Palombo Ferretti è psicologa e psicoterapeuta oltre che essere presidente e fondatrice di ANPIF (Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia).

Docente per la formazione per professioni sanitarie accreditata ECM al Miur, in particolare rivolta a psicologi psicoterapeuti e farmacisti. Ideatrice del Modello di aiuto in farmacia, ha creato le linee guida in collaborazione con Federfarma Veneto. Si occupa di diffondere la cultura psicologica e le buone pratiche per i servizi sanitari di primo livello.

#### Intervista

1. *La farmacia dei servizi è un'evoluzione dell'attività professionale in termini di cure primarie destinate al cittadino. Quanto questi servizi possono migliorare l'aspetto economico e sociale della farmacia stessa?*

In primis questi servizi migliorano "l'immagine" della farmacia, inoltre sono anche in grado di fidelizzare i clienti portando ad un buon margine di guadagno economico e non.

2. *La figura del farmacista, nel corso degli anni, ha subito delle evoluzioni. Come cambierebbe o migliorerebbe la figura attuale del farmacista?*

Il farmacista deve appassionarsi del suo lavoro, deve specializzarsi e nutrire questo suo sentimento nel corso della sua carriera professionale lavorativa.

3. *Qual è il principale vantaggio del servizio psicologico in farmacia?*

Il servizio dello psicologo in farmacia porterebbe a molteplici vantaggi: in primis , promuovendo e diffondendo la cultura del benessere e della salute psicologica, rende la farmacia un presidio sociosanitario.

Inoltre, come già detto precedentemente il servizio dello psicologo in farmacia fidelizzerebbe la clientela portando un vantaggio economico alla farmacia ma allo stesso tempo garantirebbe beneficio anche al cliente in quanto sarebbe in grado di assisterlo istantaneamente.

Il servizio mira alla prevenzione, e il grande punto a favore di questo servizio è il fatto che le persone non si recano solo ed esclusivamente al momento in cui viene a galla il problema, ma quando si presentano i primi sentori.

Infine, il servizio renderebbe e confermerebbe la farmacia un posto sicuro.

4. *Il contraccolpo che la pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad ora ignote?*

La pandemia ha fatto emergere problematiche che non presentano nessuna familiarità (questo nel 60,0 % dei casi definiti) e questo come mai? In una pandemia capita sempre qualcosa di inaspettato il quale colpisce tutte le persone allo stesso modo. C'è chi ne esce con un trauma, il quale verrà poi elaborato e superato, e chi invece non sarà in grado di superarlo e lo cronicizza.

5. *Quali sono state le conseguenze del ritiro estremo, durante la fase di isolamento della pandemia da Covid 19? È possibile rintracciare dei vantaggi/svantaggi riguardo lo stesso isolamento?*

La fascia di popolazione maggiormente colpita è stata la categoria dei giovani e delle giovani coppie, portando in loro sintomi quali ansia, stress ma anche disturbi alimentari indefiniti.

6. *Le risorse economiche attuali per affrontare problemi di disturbi mentali sono sufficienti?*

No, non sono sufficienti e quelle avute in passate sono state utilizzate male: l'esperto spiega come siano necessari delle convenzioni fornite dal governo, capaci di supportare questi servizi in farmacia.

Viene fatta una piccola digressione approfondendo il tema del bonus psicologo, un aiuto volto a sostenere persone con fragilità psicologica, che però per colpa di una burocrazia troppo pesante non ha portato i benefici promessi.

7. *Perché è importante ora, intervenire in questi tipi di disturbi?*

È necessario intervenire ora perché il disagio psicologico non è più "ghettizzato" come un tempo, ora è un problema molto più diffuso. A peggiorare la situazione vi è il crollo delle figure di riferimento come le autorità (pensiamo alla figura dei medici o delle stesse istituzioni), l'emergere del terrorismo psicologico giornalistico e il maggiore egoismo e crescita di bisogni delle persone. Il tutto porta ad effetti più eclatanti.

### 7.1.8 Intervistato

Carlo Giacomelli, farmacie Più

#### Intervista

1. *Le risorse attuali sono sufficienti per supportare uno sviluppo nelle farmacie e renderle "farmacia dei servizi"?*

Per poter diventare farmacia dei servizi una farmacia ha bisogno in primis di spazi, strumentazioni e formazione.

Gli spazi sono molto importanti e non sempre la farmacia ha la possibilità di estendere gli ambienti: pensiamo ad esempio alle farmacie presenti nei centri storici, le cui ubicazioni non possono essere più di tanto modificate. Inoltre, per diventare farmacia dei servizi è necessario che siano rispettati le norme stabilite dalla legge, le quali molto spesso ostacolano lo sviluppo del tutto.

2. *Perché è importante intervenire ora? Sarebbe utile promuovere un servizio di consulenza psicologica?*

Il servizio dello psicologo in farmacia potrebbe essere utile sicuramente per favorire la presa di coscienza del cittadino e agire di prevenzione. È altrettanto utile perché è un guadagno di immagine per la farmacia stessa. Sicuramente dal punto di vista economico non sempre è un buon investimento.

3. *Su quali servizi investirebbe maggiormente?*

I servizi a cui l'esperto investirebbe sono servizi rivolti principalmente al settore dell'alimentazione ed al benessere estetico.

4. *La farmacia è un presidio sociosanitario di prima istanza (rientra nella definizione di farmacia dei servizi), le persone sono consapevoli di cosa è diventata la farmacia?*

Le persone, i clienti hanno avuto una buona reazione nei confronti della farmacia dei servizi e sono consapevoli del fatto che molto spesso può essere un luogo di prevenzione.

## 7.2 DETTAGLI METODOLOGICI DELLA RICERCA DI MERCATO QUANTITATIVA

**Periodo di svolgimento** dal 27.11.2023 al 22.12.2023.

**Tipologia di ricerca:** ricerca quantitativa condotta mediante interviste online (CAWI - Computer Assisted Web Interviewing) con somministrazione di un questionario strutturato: software utilizzato Google Forms.

**Numerosità campionaria:** campione di 1.555 interviste nette.

**Rappresentatività del campione:** con intervallo di confidenza del 95%:

- Margine minimo di errore: +/- 0,9% ;

- Margine massimo di errore: +/- 7,1% ;

Per aumentare la rappresentatività statistica della popolazione, le interviste sono state successivamente pesate per genere ed età uniformando la composizione percentuale del campione a quella della popolazione italiana maggiorenne: fonte dati utilizzata, demostat con aggiornamento al 1° gennaio 2023.

Dettaglio margine di errore per singola domanda.

	Dom. 1	Dom. 2	Dom. 3	Dom. 4	Dom. 5	Dom. 6	Dom. 7.1	Dom. 7.2	Dom. 7.3
<b>Varianza</b>	0,19	1,99	1,30	0,42	1,16	1,82	0,25	0,10	0,22
<b>Dev. statistica</b>	0,434	1,409	1,142	0,646	1,076	1,348	0,498	0,309	0,470
<b>Errore std.</b>	0,011	0,036	0,029	0,016	0,027	0,034	0,013	0,008	0,012
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-2,2%	-7,0%	-5,7%	-3,2%	-5,3%	-6,7%	-2,5%	-1,5%	-2,3%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	2,2%	7,0%	5,7%	3,2%	5,3%	6,7%	2,5%	1,5%	2,3%

	Dom. 7.4	Dom. 7.5	Dom. 7.6	Dom. 7.7	Dom. 7.8	Dom. 9	Dom. 10	Dom. 11.1	Dom. 11.2
<b>Varianza</b>	0,20	0,13	0,12	0,14	0,25	0,03	0,77	0,46	0,24
<b>Dev. statistica</b>	0,451	0,362	0,353	0,373	0,500	0,166	0,878	0,675	0,492
<b>Errore std.</b>	0,011	0,009	0,009	0,009	0,013	0,004	0,022	0,017	0,012
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-2,2%	-1,8%	-1,8%	-1,9%	-2,5%	-0,8%	-4,4%	-3,4%	-2,4%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	2,2%	1,8%	1,8%	1,9%	2,5%	0,8%	4,4%	3,4%	2,4%

	Dom. 11.3	Dom. 11.4	Dom. 11.5	Dom. 11.6	Dom. 11.7	Dom. 11.8	Dom. 11.9	Dom. 11.10	Dom. 11.11
<b>Varianza</b>	0,23	0,14	0,02	0,17	0,20	0,23	0,10	0,15	0,14
<b>Dev. statistica</b>	0,476	0,373	0,133	0,416	0,445	0,478	0,321	0,381	0,375
<b>Errore std.</b>	0,012	0,009	0,003	0,011	0,011	0,012	0,008	0,010	0,010
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-2,4%	-1,9%	-0,7%	-2,1%	-2,2%	-2,4%	-1,6%	-1,9%	-1,9%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	2,4%	1,9%	0,7%	2,1%	2,2%	2,4%	1,6%	1,9%	1,9%

	Dom. 11.12	Dom. 11.13	Dom. 11.14	Dom. 11.15	Dom. 11.16	Dom. 11.17	Dom. 11.18	Dom. 12	Dom. 13
<b>Varianza</b>	0,21	0,10	0,07	0,04	0,21	0,08	0,14	2,06	0,64
<b>Dev. statistica</b>	0,463	0,323	0,271	0,188	0,454	0,280	0,374	1,434	0,798
<b>Errore std.</b>	0,012	0,008	0,007	0,005	0,012	0,007	0,009	0,036	0,020
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-2,3%	-1,6%	-1,3%	-0,9%	-2,3%	-1,4%	-1,9%	-7,1%	-4,0%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	2,3%	1,6%	1,3%	0,9%	2,3%	1,4%	1,9%	7,1%	4,0%

	Dom. 14	Dom. 15	Dom. 16	Dom. 17	Dom. 18	Dom. 19	Dom. 20	Dom. 21	Dom. 22
<b>Varianza</b>	0,56	0,23	0,76	0,20	1,68	0,39	1,00	0,57	0,59
<b>Dev. statistica</b>	0,747	0,476	0,870	0,445	1,297	0,624	0,999	0,755	0,766
<b>Errore std.</b>	0,019	0,012	0,022	0,011	0,033	0,016	0,025	0,019	0,019
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-3,7%	-2,4%	-4,3%	-2,2%	-6,4%	-3,1%	-5,0%	-3,8%	-3,8%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	3,7%	2,4%	4,3%	2,2%	6,4%	3,1%	5,0%	3,8%	3,8%

	Dom.23	Dom.24	Dom. 25	Dom. 26	Dom. 27	Dom. 28
<b>Varianza</b>	0,48	1,74	1,59	1,37	1,52	1,53
<b>Dev. statistica</b>	0,689	1,318	1,261	1,171	1,235	1,235
<b>Errore std.</b>	0,017	0,033	0,032	0,030	0,031	0,031
<b>Marg. Errore camp. +</b>	-3,4%	-6,5%	-6,3%	-5,8%	-6,1%	-6,1%
<b>Marg. Errore camp. -</b>	3,4%	6,5%	6,3%	5,8%	6,1%	6,1%

**Software utilizzato:** analisi statistica dei risultati effettuata con software Pspg e Spss.

**Questionario: “Indagine sul nuovo immaginario dei disturbi mentali”.**

Gentilissima/o,

La ringrazio per aver preso in considerazione la mia indagine. Mi chiamo Nicole Orsingher e sono una studentessa del corso di laurea magistrale in Farmacia presso l'Università degli Studi di Padova.

Di seguito troverà un questionario che è parte di un elaborato di ricerca relativo al mio progetto di tesi sperimentale.

Il contraccolpo che la recente pandemia ha avuto sulla salute mentale ha fatto emergere problematiche già esistenti o fino ad allora ignote?

La presente ricerca online si pone l'obiettivo di raccogliere le opinioni dei cittadini in merito al cambiamento subito dal benessere psicologico in epoca moderna, argomento che sta ricevendo considerevoli attenzioni da parte di organi istituzionali e non.

La compilazione garantisce risposte anonime dalle quali non è possibile ricondursi ai singoli intervistati.

Si specifica che la compilazione è riservata esclusivamente a soggetti maggiorenni. Tempo di compilazione massimo: 10 minuti.

La ringrazio ancora per la sua fattiva e attenta partecipazione al progetto di ricerca.

---

1. Con quale genere si identifica?

- Femmina
- Maschio
- Non specificato/non binario

2. Quale delle categorie indicate di seguito include la sua età?

- 18-24 anni
- 25-34 anni
- 35-44 anni
- 45-54 anni
- 55-64 anni
- >65 anni

3. Numerosità nucleo familiare di appartenenza:

- 1 componente
- 2 componenti
- 3 componenti
- 4 componenti
- > 4 componenti

4. Qual è il livello di istruzione più alto che ha conseguito tra quelli elencati?

- Nessun livello di istruzione conseguito
- Licenza di scuola elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma di maturità
- Diploma di laurea

5. Quale delle seguenti categorie descrive meglio la sua occupazione?

- Studentessa/studente
- Disoccupata/disoccupato o in cerca di prima occupazione
- Occupata/occupato
- Casalinga/casalingo
- Ritirata/ritirato dal lavoro (pensionata/pensionato)
- Altra condizione non professionale

6. Quali delle seguenti categorie include approssimativamente il numero di abitanti del suo comune di residenza?

- < 10.000 abitanti
- 10.000<abitanti<30.000
- 30.000<abitanti<100.000
- 100.000<abitanti<250.000
- > 250.000 abitanti



7. I rapporti OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali) hanno evidenziato che sempre più persone in Italia fanno uso di farmaci antidepressivi o ansiolitici. Secondo Lei, da cosa può essere giustificato l'andamento di utilizzo di questi farmaci?

*Selezioni al massimo tre voci.*

- Maggiore sensibilità sociale riguardo al tema dei disturbi mentali
- Minore sensibilità sociale riguardo al tema dei disturbi mentali
- Riduzione della stigmatizzazione dei disturbi mentali come ansia o depressione
- Maggiore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali
- Minore attenzione da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei disturbi mentali
- Migliore accuratezza diagnostica
- Uso di nuovi principi attivi per il controllo di alcuni disturbi psichici
- Mutamenti del contesto socioeconomico

8. Durante la recente pandemia da Covid-19 gli individui sono stati costretti all'isolamento e al distanziamento, portando ad una riduzione del supporto e sostegno sociale. Questo, secondo Lei, come ha influito sul benessere della popolazione?

- Positivamente. Prosegua alla domanda 9
- Negativamente. Prosegua alla domanda 10

*In base alla risposta data, andare direttamente alla domanda indicata.*

9. Perché positivamente?

*Contrassegni solo una risposta.*

- Ci ha permesso di dedicare tempo alla cura di noi stessi. *Prosegua alla domanda 11*
- Ci ha permesso di compiere una crescita personale, investendo su noi stessi e sul nostro futuro. *Prosegua alla domanda 11*
- Ci ha permesso di riposarci dalla vita frenetica che ci appartiene *Prosegua alla domanda 11*

10. Perché negativamente?

*Contrassegni solo una risposta.*

- Ci ha reso una popolazione più fragile. *Prosegua alla domanda 11.*
- Ci ha limitati nella nostra vita sociale e relazionale. *Prosegua alla domanda 11.*
- Ci ha posto davanti a paura e solitudine. *Prosegua alla domanda 11.*

11. A distanza di qualche mese dallo sviluppo della pandemia, quali sono i maggiori sintomi che ricollegerebbe al periodo pandemico?

*Selezioni al massimo quattro voci.*

- Ansia
- Depressione
- Diminuzione della concentrazione
- Felicità
- Frustrazione
- Impotenza
- Insicurezza
- Insonnia
- Noia
- Perdita di energia
- Paura
- Rabbia
- Ruminazione
- Serenità
- Stress
- Tranquillità
- Tristezza

12. Secondo Lei, nella popolazione lo stato di maggior ansia, stress o depressione si è rilevata:

- Durante la pandemia, in maniera proporzionale all'aumentare dei casi e dei contagi
- Durante la pandemia ma non in relazione all'aumentare dei casi e dei contagi
- Subito dopo la pandemia
- In tutti i casi citati
- In nessun caso citato

13. Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?

"Se consideriamo attentamente la recente esperienza pandemica da Covid-19, si possono riconoscere due tipi di epidemie specifiche: l'epidemia della malattia infettiva e l'epidemia della paura e del panico".

- Concordo pienamente
- Concordo abbastanza
- Né in accordo né in disaccordo
- Non concordo in parte
- Non concordo affatto

14. Quanto crede di saperne su ansia, stress o depressione?

- Tanto. Prosegua alla domanda 15 .
- Abbastanza. Prosegua alla domanda 15.
- Poco. Prosegua alla domanda 15.
- Nulla. Prosegua alla domanda 16.

*In base alla risposta data, andare direttamente alla domanda indicata.*

15. Secondo Lei disturbi come ansia, stress o depressione sono sinonimi di debolezza sociale?

- Sì
- No

16. Secondo Lei, i sintomi di ansia, stress o depressione possono impedire alle persone di svolgere attività quotidiane?

- Mai
- Occasionalmente
- Solitamente
- Spesso
- Sempre

17. Crede che l'ansia porti a dei vantaggi?

- Sì. Prosegua alla domanda 19.
- No. Prosegua alla domanda 18.

*In base alla risposta data, andare direttamente alla domanda indicata.*

18. Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?  
"Superare l'impatto psicologico di un trauma è molto simile al processo di guarigione dopo una lesione, come ad esempio un taglio".
- Concordo pienamente
  - Concordo abbastanza
  - Né in accordo né in disaccordo
  - Non concordo in parte
  - Non concordo affatto
19. Ritieni che nella società post-pandemica sia emerso che ansia, stress o depressione richiedano maggiore attenzione?
- Sì
  - No
  - Non saprei
  - Non ci ho mai pensato
20. Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?  
"Spesso un fattore di stress è rappresentato dalla mancanza di informazioni adeguate, come ad esempio l'assenza di linee guida sulle azioni da intraprendere durante la fase di isolamento pandemico".
- Concordo pienamente
  - Concordo abbastanza
  - Né in accordo né in disaccordo
  - Non concordo in parte
  - Non concordo affatto
21. La pandemia, secondo Lei, ha permesso di abbattere il pregiudizio relativo ad ansia, stress o depressione?
- Sì
  - No
  - Non saprei
  - Non mi sono mai interessato
22. Quanto, durante la pandemia, ha messo in discussione i contenuti informativi forniti da Tv, radio, quotidiani ed Internet?
- Tanto
  - Abbastanza
  - Poco
  - Per nulla

23. Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?

"Nel contesto di un futuro imprevedibile è necessario compiere azioni pratiche, preventive e terapeutiche. Nonché iniziative sociali che rafforzino la solidarietà, la cura reciproca e la responsabilità".

- Concordo pienamente
- Concordo abbastanza
- Né in accordo né in disaccordo
- Non concordo in parte
- Non concordo affatto

24. Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione?

"In farmacia posso trovare educatori professionali che operano sul territorio (ad esempio farmacisti, fisioterapisti, infermieri, psicologi etc.)".

- Concordo pienamente
- Concordo abbastanza
- Né in accordo né in disaccordo
- Non concordo in parte
- Non concordo affatto

25. Quanto si trova d'accordo con le seguenti affermazioni?

Esprima una valutazione per ciascun aspetto assegnando un punteggio da 1 a 5, dove 1 rappresenta il minimo grado di concordanza e 5 il massimo grado di concordanza.

La farmacia agisce sul territorio in termini di prevenzione e/o promozione della salute.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

La farmacia è un ambiente confidenziale ma allo stesso tempo professionale.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Il servizio dello psicologo in farmacia alleggerisce le richieste pubbliche in ambito psicologico e rafforza la rete dei servizi territoriali.

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5

Il servizio dello psicologo in farmacia agisce nel rispetto della riservatezza e della privacy

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5