

# Epidemiologia dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale. Le esperienze e i risultati italiani

CHRISTA ZIMMERMANN-TANSELLA

## INTRODUZIONE

Le indagini nella popolazione generale iniziano in Italia nella metà degli anni '80, come terzo filone della ricerca epidemiologica in psichiatria, quasi in contemporanea con i primi due, cioè quello relativo agli studi con il registro dei casi (Torre & Marinoni, 1982) e quello dei disturbi psichiatrici nelle medicina di base (Bellantuono *et al.*, 1987). Il punto di forza degli studi di popolazione è che essi permettono di conoscere lo spettro completo della morbidità «reale» presente nella popolazione generale e l'individuazione di gruppi a «rischio», con notevoli vantaggi per l'attività di pianificazione dei servizi e per interventi di prevenzione, in termini di supporto e di riduzione dello stress. Per raggiungere questi obiettivi uno studio di popolazione dovrebbe avere almeno 4 caratteristiche: dovrebbe essere condotto a) in una popolazione con una precisa delimitazione geografica, da usare come denominatore; b) con uno scopo o una ipotesi precisa; c) con un metodo standardizzato per la misurazione della morbidità psichiatrica; d) con metodi appropriati per misurare le variabili che si ritengono causali (Jablensky, 1986; Brown & Craig, 1986; Henderson, 1988).

Ho contato 17 pubblicazioni (riguardanti 10 popolazioni diverse), apparse finora in Italia, che soddisfano in qualche modo i 4 criteri elencati sopra. Non ho incluso in questo elenco gli studi italiani sui

disturbi psichiatrici in gruppi specifici, quali ad esempio, gruppi occupazionali, studenti, emigranti, perché non soddisfano il criterio della precisa delimitazione geografica della popolazione. Inoltre, in questo lavoro, non commenterò i risultati che non riguardano strettamente disturbi di tipo psichiatrico, come per esempio i disturbi cognitivi negli anziani o comportamenti quali il consumo di psicofarmaci o l'abuso di alcool.

I 17 lavori di cui sopra saranno analizzati rispetto ai 4 criteri sopracitati che costituiscono allo stesso tempo l'asse orizzontale della tabella I.

Verranno esaminate le caratteristiche delle popolazioni indagate e quelle dei campioni selezionati e saranno specificati gli obiettivi che le indagini si sono prefissate. Descriverò poi le misure e le procedure usate per l'identificazione dei casi e le variabili di rischio indagate e la loro misurazione. Queste conoscenze delle procedure e delle metodologie usate negli studi italiani faciliteranno i lettori nell'interpretazione ed in una valutazione più differenziata dei risultati ottenuti. La scarsa numerosità delle indagini di popolazione finora compiute in Italia certamente non permette ancora di fornire un quadro esauriente della diffusione dei disturbi psichiatrici nella popolazione italiana, da confrontare con quello di altre situazioni internazionali. Sarebbe altrettanto prematuro, con i dati a disposizione, verificare l'ipotesi di una «specificità italiana» rispetto alla frequenza dei disturbi psichiatrici ed ai fattori di rischio associati, ipotesi che alcuni risultati italiani di fatto suggeriscono. L'obiettivo di questo lavoro è piuttosto quello di fare il punto della situazione: cosa è stato fatto, come è stato fatto e quali risultati sono stati ottenuti.

---

Indirizzo per la corrispondenza: Professor Ch. Zimmermann-Tansella, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.  
Fax (+ 39) 045-585.871.

Tabella I. - Dati descrittivi di 17 studi di popolazione condotti in Italia.

Autori	Popolazione studiata	Caratteristiche dei campioni studiati	Condizione psichiatrica studiata e misure per l'identificazione del caso	Obiettivi
Faravelli & Incerti, 1985	Firenze centro N = 440,000	randomizzato dalla lista di 7 medici di base N = 639 adulti	Disturbi affettivi Intervista strutturata DSM-III SADS	Prevalenza puntuale Prevalenza un anno.
Siciliani <i>et al.</i> , 1984*	Verona-Sud N = 27,484	randomizzato stratificato, 181 famiglie. N = 436 adulti	Disturbi psichiatrici minori, GHQ-30 $\geq$ 4	Prevalenza una settimana. Variabili sociodemografiche e familiari di rischio
Zimmermann-Tansella <i>et al.</i> , 1987*	Verona-Sud N = 27,484	subcampione N = 148 famiglie con dati completi	Disturbi psichiatrici minori, GHQ-30 $\geq$ 4	Variabili familiari di rischio per famiglie "disturbate"
Zimmermann-Tansella <i>et al.</i> , 1988a, b*	Verona-Sud N = 27,484	subcampione randomizzato da 181 famiglie, N = 181 adulti	Disturbi psichiatrici minori, GHQ-30 $\geq$ 4	Variabili sociodemografiche e familiari di rischio
Hinterhuber & Hinterhuber, 1985	Luesen (Alto Adige) Zona rurale N = 1,337	Tutti gli abitanti adulti, N = 1,337	Tutti i disturbi psichiatrici. Intervista semi-strutturata. ICD-9, Cartelle cliniche e informazioni da persone chiave	Prevalenza vita
Politi <i>et al.</i> , 1988	3 province lombarde, ragazzi di 18 anni N = ?	Coorte di nascita, tutti i ragazzi nati nei primi 4 mesi del 1969. N = 2,069	Disturbi psichiatrici minori, MMPI, GHQ-12, intervista clinica	Prevalenza puntuale. Validazione del MMPI e GHQ-12
Lattanzi <i>et al.</i> , 1988**	Verona-Sud N = 25,473	randomizzato da un campione di 185 famiglie, N = 60 adulti	Disturbi psichiatrici minori, CIS, GHQ-30.	Validazione del GHQ-30. prevalenza una settimana
Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1990*	Verona-Sud N = 25,473	randomizzato stratificato, 185 famiglie, N = 451 adulti	Disturbi psichiatrici minori, GHQ-30 $\geq$ 4	Prevalenza una settimana. Variabili esperienziali di rischio (supporto sociale e problemi sociali)
Zimmermann-Tansella <i>et al.</i> , 1991**	Verona-Sud N = 25,473	randomizzato stratificato, N = 541 adulti	Disturbi psichiatrici minori, GHQ-30 $\geq$ 5	Variabili esperienziali di rischio (problemi sociali, salute fisica)
Zimmermann-Tansella & Lattanzi, 1991**	Verona-Sud N = 25,473	subcampione da 185 famiglie, N = 98 coppie sposate	Disturbi psichiatrici minori, Interval GHQ (Surtees & Miller, 1990)	Variabili esperienziali di rischio, rapporti matrimoniali (scambio di affetto e dominanza)

(segue)

(continua) Tabella I

Zimmermann-Tansella <i>et al.</i> , 1993**	Verona-Sud N = 25.473	randomizzato stratificato. 185 famiglie. N = 446 adulti	Disturbi psichiatrici minori. GHQ-30 $\geq 5$	Variabili esperienziali di rischio e fattori protettivi (supporto sociale)
Carpinicillo <i>et al.</i> , 1989	Sardegna 1 zona urbana N = 2.303 2 zone rurali. N = 315	randomizzato. N = 119 anziani $\geq 65$ . N = 183 anziani $\geq 65$	Disturbi affettivi, intervista strutturata, PSE, BDI	Prevalenza puntuale, prevalenza vita
Faravelli <i>et al.</i> , 1989	Firenze centro N = 440.000	randomizzato dalla lista di 6 medici di base. N = 1.100 adulti	Disturbi d'ansia, intervista strutturata, DSM-III	Prevalenza puntuale, variabili sociodemografiche di rischio
Faravelli <i>et al.</i> , 1990	Firenze centro N = 440.000	randomizzato dalla lista di 7 medici di base. N = 1.000	Disturbi affettivi, intervista strutturata, DSM-III, SADS-L	Prevalenza puntuale, prevalenza un anno
Coppo <i>et al.</i> , 1991	Lari (Pisa) campagna urbanizzata N = 7.328	randomizzato. 348 famiglie. N = 860 adulti	Disturbi di ansia e di depressione, intervista clinica, PSE	Prevalenza (non specificata)
Carta <i>et al.</i> , 1991	Sardegna 2 località rurali N = 3.300, N = 1.200	randomizzato stratificato. N = 374	Disturbi di ansia e di depressione, intervista semistrutturata, PSE.	Prevalenza un mese, variabili sociodemografiche di rischio

\*\* indagine di popolazione a Verona-Sud 1980

\*\* indagine di popolazione a Verona-Sud 1987

## LE CARATTERISTICHE DELLE POPOLAZIONI E DEI CAMPIONI

Le popolazioni finora studiate in Italia sono comunità rurali, urbane ed isolate. La maggior parte degli studi italiani privilegia le comunità urbane, tutte situate al nord, come Firenze (Faravelli & Incerpi, 1985; Faravelli *et al.*, 1989; 1990), Verona-Sud (Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1989) o zone urbanizzate della Lombardia (Politi *et al.*, 1988), della Toscana (Coppo *et al.*, 1991) e della Sardegna (Carpiniello *et al.*, 1989; Carta *et al.*, 1991).

Le comunità rurali sono rappresentate da un paese dell'Alto Adige (Hinterhuber & Hinterhuber, 1985) e da tre località rurali della Sardegna (Carpiniello *et al.*, 1989; Carta *et al.*, 1991).

Mancano quindi indagini sulle popolazioni delle grandi città e di città di media grandezza del centro-sud, mentre le due comunità rurali, per le loro caratteristiche specifiche (isolate da una parte e di lingua tedesca dall'altra), difficilmente possono essere considerate rappresentative di altre realtà rurali italiane.

Tra le varie possibilità di selezionare campioni rappresentativi della popolazione sotto esame, il metodo del campione randomizzato stratificato è stato scelto in tre studi (Siciliani *et al.*, 1984; Carta *et al.*, 1991; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991) con numerosità molto simili (da 374 a 451), nei quali sono rappresentati, rispetto alla popolazione di appartenenza, percentuali che variano da 1.6% (Siciliani *et al.*, 1989) a 8.3% (Carta *et al.*, 1991). Questo metodo garantisce che ogni persona della popolazione indagata abbia le stesse probabilità di essere selezionata e permette la massima generalizzazione dei risultati proprio perché il campione si riferisce a precise caratteristiche demografiche della popolazione.

Campioni randomizzati (non stratificati) sono stati utilizzati in 5 studi (Faravelli & Incerpi, 1985; Carpiniello *et al.*, 1989; Faravelli *et al.*, 1989; 1990; Coppo *et al.*, 1991), nei quali le percentuali rispetto alla popolazione di origine decrescono con l'aumento della numerosità della popolazione sotto esame dall'11.7% (Carta *et al.*, 1991) allo 0.14% (Faravelli & Incerpi, 1985). Il metodo del campione randomizzato, soprattutto se il campione rappresenta una bassa percentuale della popolazione, richiede una verifica a posteriori della rappresentatività del campione rispetto al denominatore. Questa verifica è stata riportata in tre studi (Carpiniello *et al.*, 1989; Coppo *et al.*, 1991; Faravelli *et al.*, 1990).

Il problema della rappresentatività evidentemente

non si pone per le indagini che esaminano la popolazione intera (Hinterhuber & Hinterhuber, 1985) e una coorte di nascita (Politi *et al.*, 1988). Questi due approcci, che hanno una lunga tradizione soprattutto nell'Europa del nord, sono però molto dispendiosi in termini di costi, tempi ed impegno dei ricercatori ed il dispendio non sempre è ripagato dai risultati.

Tutte le indagini hanno riguardato persone adulte (14 anni e oltre). In due di queste indagini sono stati selezionati campioni con un'età specifica: anziani sopra i 65 anni (Carpiniello *et al.*, 1989) e ragazzi di 18 anni (Politi *et al.*, 1988). Tre dei 10 campioni sono costituiti non da singoli individui, ma da famiglie (Siciliani *et al.*, 1985; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991; Coppo *et al.*, 1991). In generale, nei campioni basati su famiglie risultano tassi di prevalenza più elevati che nei campioni composti da individui non imparentati, perché la presenza in famiglia di un membro con disturbi emotivi aumenta negli altri membri il rischio di un disturbo emotivo.

## GLI OBIETTIVI DEGLI STUDI DI POPOLAZIONE IN ITALIA

Gli studi possono essere divisi in due gruppi: quelli del primo gruppo si sono interessati prevalentemente della frequenza e diffusione dei disturbi psichiatrici in termini di prevalenza (Faravelli & Incerpi, 1985; Hinterhuber & Hinterhuber, 1985; Politi *et al.*, 1988; Faravelli *et al.*, 1989; 1990); quelli dell'altro gruppo si sono posti invece come principale obiettivo l'identificazione dei fattori associati ad una maggiore vulnerabilità per i disturbi emotivi (Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1989; 1990; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988; 1991; 1993; Carpiniello *et al.*, 1989, Carta *et al.*, 1991).

I disturbi indagati riguardano o singole categorie diagnostiche, come i disturbi affettivi (Faravelli & Incerpi, 1989; Faravelli *et al.*, 1990) e i disturbi d'ansia (Faravelli *et al.*, 1989) o diverse patologie indagate insieme, come l'ansia e la depressione (Carta *et al.*, 1991) o tutti i possibili disturbi psichiatrici (Hinterhuber & Hinterhuber, 1985). Disturbi psichiatrici minori, che comprendono indistintamente sia sintomi di ansia che di depressione, sono stati oggetto di indagine soprattutto da parte di tre gruppi di ricercatori (Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1990; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991; Coppo *et al.*, 1991; Politi *et al.*, 1988).

Le possibili variabili di rischio esaminate riguardano in quasi tutte le indagini variabili sociodemografiche come il sesso, l'età, lo stato civile, la classe sociale, la condizione lavorativa (Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1990; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988; 1991; 1993; Carta *et al.*, 1991; Carpiniello *et al.*, 1989). Le caratteristiche della struttura familiare e fattori esperienziali come eventi di vita, problemi sociali, malattie fisiche (Carpiniello *et al.*, 1989) e supporto sociale sono stati oggetto di studio soprattutto a Verona (Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1990; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988a,b; 1991; 1993).

### LE MISURE E LE PROCEDURE PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CASI

Gli obiettivi delle indagini di popolazione sono strettamente legati alle misure adoperate per l'identificazione dei casi. Le ricerche eziologiche sono più interessate ai sintomi (anche a quelli subclinici) che alle sindromi psichiatriche e preferiscono strumenti standardizzati come la CIS (Goldberg, 1972), sviluppati fuori delle istituzioni psichiatriche, alla PSE o alla SADS che in origine sono state sviluppate con pazienti psichiatrici ricoverati e hanno quindi alte soglie per l'inclusione di particolari sintomi. Ricerche di popolazione che si pongono invece l'obiettivo della pianificazione dei servizi sono maggiormente interessate ad identificare persone con disturbi psichiatrici rilevanti, alle quali dedicare le limitate risorse disponibili.

Anche negli studi italiani si possono differenziare questi due diversi approcci alla definizione di caso.

Il primo approccio che è stato definito anche come «dimensionale» (Brown & Craig, 1986) è stato usato soprattutto negli studi più interessati ai disagi emotivi non ancora sfociati in disturbi psichiatrici conclamati e si basa su strumenti appositamente costruiti per misurare la «morbilità psichiatrica minore» nella popolazione generale. Queste misure sono questionari di screening autosomministrati come il GHQ (Goldberg, 1972) o il BDI (Beck, 1967) seguiti in una fase successiva da interviste cliniche standardizzate come la CIS. L'approccio dimensionale facilita la ricerca di fattori di rischio non ancora contaminati da comportamenti che fanno parte della categoria dell'*illness behaviour*.

Il GHQ come strumento di screening è stato somministrato nelle due indagini di popolazione condotte nel 1980 e nel 1987 a Verona-Sud (Siciliani *et*

*al.*, 1984; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991) e la sua specificità e sensitività sono state calcolate usando la CIS (Lattanzi *et al.*, 1988). Il GHQ è stato somministrato anche a ragazzi diciottenni (Politi *et al.*, 1988), insieme al MMPI; in una seconda fase, esso è stato seguito da una intervista non standardizzata che ha permesso di stabilire la specificità e la sensitività dei due strumenti usati per lo screening.

Coppo *et al.* (1991) hanno usato un questionario di screening da loro sviluppato, ma non indicano la sua specificità e sensitività rispetto alla PSE che è stata somministrata solo ad un subcampione.

Il secondo approccio invece usa interviste psichiatriche strutturate o semistrutturate condotte da psichiatri addestrati al loro uso per arrivare alla formulazione di diagnosi psichiatriche. L'intervista semistrutturata di Hinterhuber & Hinterhuber (1985) indaga sindromi diagnostiche riscontrabili nell'ICD-9, mentre l'intervista strutturata usata per le indagini condotte a Firenze segue le direttive diagnostiche del DSM-III e del RCD per i disturbi d'ansia (Faravelli *et al.*, 1990) e per i disturbi affettivi (Faravelli & Incerpi, 1985; Faravelli *et al.*, 1989). L'uso della PSE invece (Carpiniello *et al.*, 1989; Carta *et al.*, 1991) si basa sui criteri diagnostici dell'ICD-10 per i disturbi d'ansia e i disturbi affettivi (Carpiniello *et al.*, 1989; Carta *et al.*, 1991).

Risulta evidente che le misure standardizzate sulle quali si basano i due diversi approcci non sono sovrapponibili; ci saranno pertanto differenze marcate dovute a un diverso grado di gravità o di durata dei sintomi utilizzati come criteri per l'identificazione dei casi. Tassi di prevalenza simili possono riferirsi a persone diverse come è stato dimostrato addirittura per la PSE (CATEGO) e la SADS (RCD) (Dean *et al.*, 1983).

### LE VARIABILI INDIPENDENTI DI RISCHIO E LA LORO MISURA

Le variabili indipendenti indagate negli studi di popolazione riguardano generalmente alcune componenti dell'ambiente sociale del passato o del presente. Possono essere eziologiche o correlate all'esito. Le più semplici da misurare in modo attendibile sono le variabili sociodemografiche come sesso, età, stato civile, lavorativo ed occupazionale. Queste variabili sono state quasi sempre incluse di routine negli studi, con l'obiettivo di identificare gruppi a rischio (Siciliani *et al.*, 1984; Coppo *et al.*, 1991; Carta *et al.*, 1991; Carpiniello *et al.*, 1989; Zimmer-

mann-Tansella *et al.*, 1991). Altre variabili semplici, ma usate finora solamente nelle indagini di Verona (Siciliani *et al.* 1984; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988a,b; Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1990) riguardano caratteristiche strutturali delle famiglie come la grandezza, il numero delle generazioni conviventi, il numero di figli sotto i 14 anni, il numero di membri conviventi che presentano disturbi emotivi, ecc.

Problemi di misurazione si pongono invece per le variabili esperienziali, come le esposizioni recenti ad avversità. Strumenti standardizzati e diffusi danno la migliore garanzia di attendibilità e di confrontabilità dei risultati. La Scala di Paykel degli Eventi Stressanti (Paykel & Mangen, 1980), il *Social Problem Questionnaire* di Corney & Clare (1985), la *Belloc Health Scale* (Andrews *et al.*, 1977), la scala per la qualità dei rapporti confidenziali (Ingham *et al.*, 1986), il *Marital Patterns Test* (Ryle, 1966) sono stati usati a Verona per identificare eventi indesiderabili, problemi sociali di vario tipo e per quantificare la salute fisica, il supporto sociale e i rapporti di coppia, e hanno fatto parte del *package* somministrato nell'ultima indagine di popolazione a Verona-Sud (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991;1993; Zimmermann & Siciliani, 1990; Zimmermann-Tansella & Lattanzi, 1991). Sarebbe importante poter disporre di standardizzazioni locali di queste misure. Finora questo è avvenuto soltanto per la scala di Paykel (Baratta *et al.*, 1985). Altre misure costruite *ad hoc* con sufficiente validità di contenuto sono state aggiunte per misurare altri aspetti del supporto sociale, contando ad esempio il numero di amici e parenti con cui il soggetto ritiene di potersi confidare.

## RISULTATI

I risultati delle indagini di popolazione vengono riportati di solito in termini di prevalenza (puntuale, periodo, vita), di incidenza e di rischio di morbilità. Prevalenza puntuale è il numero di casi attivi a un dato giorno. Questo indice tende a sottostimare condizioni di breve durata e di decorso episodico. Perciò viene spesso indicata anche la prevalenza periodo o la prevalenza vita. Questi ultimi tassi si ottengono sulla base di informazioni retrospettive date dal soggetto durante l'intervista (prevalenza periodo) o sulla base di informazioni rintracciate in cartelle cliniche od ottenute da persone chiave (prevalenza vita).

L'incidenza è il numero di nuovi casi (di solito per 1000 persone a rischio) durante un periodo defi-

nito, di solito un anno, mentre il rischio di morbilità è un indice che esprime la probabilità che un individuo che appartiene ad un dato gruppo possa sviluppare una sintomatologia psichiatrica particolare.

Tutti gli studi italiani selezionati riportano indici di prevalenza, nessuno invece di incidenza. L'incidenza, soprattutto nelle indagini di popolazione, è difficile da determinare per le incertezze relative alla definizione di «inizio» dei disturbi e al modo di scoprirlo. L'approccio più accurato richiederebbe ripetuti follow-up dopo un primo *census day*: un metodo molto costoso e comunque di difficile realizzazione.

Il rischio di morbilità, espresso come rischio relativo, *odds ratio* o rischio attribuibile viene riportato in quasi tutti gli studi italiani che indagano variabili di rischio (Carpiniello *et al.*, 1989; Carta *et al.*, 1991; Siciliani *et al.*, 1984; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991).

### Prevalenza dei disturbi affettivi

I tassi di prevalenza puntuale per persone adulte a Firenze variano da 3.8% per la depressione maggiore a 0.31% per le depressioni minori (Faravelli & Incerpi, 1985) e risultano 5 anni dopo rispettivamente 2.6% e 1.6% (Faravelli *et al.*, 1990). Tutti i disturbi affettivi considerati insieme risultano in una percentuale del 6.5% nel 1985 e del 10.7 nel 1990. La prevalenza puntuale di disturbi affettivi (non differenziati) in persone sarde oltre i 65 anni d'età è risultata del 17% nelle zone urbanizzate e del 6% in quelle rurali (Carpiniello *et al.*, 1989).

La prevalenza mensile per disturbi affettivi (non differenziati) riportata per la popolazione adulta di località rurali della Sardegna (Carta *et al.*, 1991) è del 10.2%. Nella popolazione di Firenze la prevalenza annuale nel 1985 per la depressione maggiore è stata del 5.2% e, per la depressione minore, del 4.5%, con un tasso di 15.4% per tutti i disturbi affettivi globalmente considerati (Faravelli & Incerpi, 1985). Cinque anni più tardi i tassi corrispondenti sono risultati del 6.3%, 4.8% e 32.1% (Faravelli *et al.*, 1990).

L'unico studio italiano che riporta un tasso di prevalenza vita per la depressione maggiore (psicosi affettive) è quello di Hinterhuber & Hinterhuber (1985); la prevalenza per gli abitanti di lingua tedesca di un paese dell'Alto Adige è del 12.6%. Non vengono riportati tassi per gli altri disturbi affettivi.

### Prevalenza dei disturbi d'ansia

La prevalenza puntuale dei disturbi d'ansia per le varie categorie proposte dal DSM-III varia per la popolazione adulta fiorentina da 0.27% per gli attacchi di panico a 2.79% per i disturbi di ansia generalizzata. La prevalenza puntuale per tutte le categorie diagnostiche di ansia globalmente considerate è stata del 8.46% (Faravelli *et al.*, 1990).

La prevalenza mensile di disturbi d'ansia (non differenziati) per la popolazione adulta sarda invece è risultata del 4% (Carta *et al.* 1991). La prevalenza vita per la popolazione di Firenze varia per le diverse categorie diagnostiche da 0.36% (agorafobia) a 5.41% per i disturbi di ansia generalizzata; la prevalenza vita per tutti i disturbi d'ansia è invece del 17.2% (Faravelli *et al.*, 1989).

Hinterhuber & Hinterhuber (1985) non riportano tassi per i disturbi d'ansia, ma per le nevrosi, che dovrebbero comprendere i vari stati d'ansia. La prevalenza vita di questi disturbi per gli abitanti del paese alto atesino è stata del 10.9%.

### Prevalenza di tutti i disturbi psichiatrici

Basandosi sulla intervista clinica e riferendosi a categorie diagnostiche tradizionale (ICD-9) Hinterhuber & Hinterhuber (1985) hanno trovato una prevalenza vita per la popolazione alto atesina da loro considerata del 22.9%.

### Fattori di rischio per i disturbi affettivi e d'ansia

Due degli studi che hanno indagato disturbi d'ansia e disturbi affettivi si sono proposti di identificare i fattori di rischio. Per i disturbi affettivi l'urbanizzazione è risultata associata ad un maggiore rischio di una sintomatologia depressiva negli anziani del campione sardo (OR di 3.16), così come lo status di vedovo(a) (OR di 2.3), la cattiva salute (OR di 3.9) e il vivere insieme ad estranei (OR di 4.4). Nella popolazione sarda adulta invece il rischio è risultato maggiore per il sesso femminile (OR di 3.6), per chi è vedovo(a), per chi appartiene al gruppo d'età 45-64 (OR di 2.3), per gli uomini disoccupati (OR di 3.8) e per le donne pensionate (OR di 2.6) (Carta *et al.*, 1991).

Per i disturbi d'ansia il sesso femminile è risultata l'unica variabile associata in modo significativo a un maggiore rischio (OR di 3.6) nella popolazione sarda adulta (Carta *et al.*, 1991).

### Prevalenza dei disturbi psichiatrici minori

Ci si aspetta che i tassi di prevalenza ottenuti con questionari di screening, che si riferiscono a disturbi emotivi tipici per la popolazione generale e non ancora paragonabili per severità e durata a quelli riscontrati in pazienti psichiatrici in contatto con i servizi siano maggiori di quelli riportati da studi che si basano sulle categorie diagnostiche ufficiali.

Questionari di screening come il GHQ non solo considerano unitariamente le sintomatologie di tipo depressivo ed ansioso senza differenziarle, ma usano criteri di inclusione più ampi di quelli delle interviste standardizzate. La PSE, ad esempio, non considera molti sintomi individuabili come reazioni comprensibili a circostanze o ad eventi stressanti, il che spiega perchè la ricerca eziologica sia meno promettente quando l'identificazione dei casi avviene mediante la PSE o la SADS, che escludono molti disturbi emotivi che sono reattivi ad eventi.

Per il campione di ragazzi diciottenni della Lombardia è stato riportato un tasso di prevalenza puntuale del 14% (Politi *et al.*, 1988), mentre per la popolazione adulta della campagna urbanizzata di Lari (Coppo *et al.*, 1991) è riportata una prevalenza (non specificata) del 12.6%. Questa percentuale, relativamente bassa rispetto ad altri studi, fa dubitare gli stessi ricercatori sulla validità ed attendibilità del questionario di screening (costruito *ad hoc* da loro) nell'identificare disturbi emotivi minori.

La prevalenza una settimana della morbidità psichiatrica minore stimata a Verona-Sud, tenendo conto della quota di falsi negativi e positivi del GHQ (Lattanzi *et al.*, 1988), è stata del 19.3% nell'indagine del 1980 e del 22.7% in quella del 1987 (Tansella, 1993). La percentuale delle donne con un punteggio al GHQ superiore al *cutting score* è sempre significativamente più alta: nel 1980 la prevalenza mensile era del 30.2% e nel 1987 del 32.1%, mentre le rispettive percentuali per gli uomini erano 14.7% e 16.2%. Questa differenza tra i sessi ci ha spinto a considerare, nelle analisi più recenti, uomini e donne separatamente.

### Fattori di rischio per i disturbi psichiatrici minori

L'identificazione di gruppi a rischio nella popolazione generale è stato l'obiettivo principale degli studi di Verona. La relativa scarsa numerosità dei campioni rispetto al numero delle variabili indipendenti indagate ci ha costretto a dividere queste ultime in gruppi ed ad eseguire analisi separate e ripetute. Con alcune eccezioni (Zimmermann-Tansella & Siciliani,

1990) si è voluto testare modelli predittivi del disagio emotivo, considerando l'effetto delle variabili sotto esame nel loro insieme, utilizzando per questo scopo metodi statistici come le analisi di regressione multipla o di regressione logistica. Il peso predittivo delle singole variabili cambia perciò in relazione alle altre variabili incluse nel modello. Sono stati esaminati 2 modelli per l'indagine del 1980 e 6 modelli (per ogni sesso) per quella del 1987.

### Fattori sociali

Lo status civile «nubile/celibe» è risultato una variabile con un contributo significativo al rischio di disagio emotivo in 2 modelli, sia per gli uomini che per le donne (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988a, b). I modelli della seconda indagine del 1987 (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991) invece non hanno confermato il ruolo predittivo dello stato civile, anche se nei confronti univariati lo stato di «vedovo(a), separato(a), divorziato(a)» era associato ad un maggiore disagio emotivo negli uomini.

Lo stato lavorativo «disoccupato» è risultato predittivo solo in un modello (Zimmermann-Tansella & Lattanzi, 1991) ed è associato a un maggiore disagio in termini di sintomi depressivi del GHQ negli uomini.

L'età è stata inclusa in tutti modelli testati, ma non ha mai dato contributi significativi. La classe sociale, definita in termini di status occupazionale, e il livello di istruzione, definito come numero di anni di scuola, sono stati testati in diversi modelli (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988a, b; 1991) ma non sono risultate variabili significative.

Rispetto alle caratteristiche strutturali delle famiglie, né la numerosità della famiglia, né il numero di figli sotto i 14 anni hanno dato un contributo significativo al disagio emotivo, mentre la presenza in famiglia di un membro con disagio emotivo e la convivenza di 3 generazioni sono emerse in due distinti modelli come variabili che aumentano significativamente il rischio del disagio emotivo, sia nelle donne che negli uomini (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1987; 1988b).

### Fattori esperienziali

Una delle variabili che emerge in tutti i modelli testati, indipendentemente dal tipo delle altre variabili incluse, con contributi significativi al rischio di disagio emotivo è quella degli eventi indesiderati (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1987; 1988 a, b; 1991; 1993). Confronti univariati (Zimmermann-Tansella

*et al.*, 1991) suggeriscono che eventi di lutto (OR di 3.2) ed eventi relazionali (OR di 9.8) sono particolarmente importanti nelle donne, mentre negli uomini eventi connessi con il lavoro e con le finanze (OR di 7.8), oltre che i lutti (OR di 6), sono associati in modo significativo al disagio emotivo.

Insieme agli eventi indesiderati anche i problemi sociali (difficoltà di lunga durata) conservano in tutti i modelli che li comprendono il loro potere predittivo rispetto al disagio emotivo degli uomini e delle donne (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991; 1993). Negli uomini una varietà di problemi sociali è associata ad un maggiore rischio di disagio con rischi relativi che variano da 2.6 per problemi relazionali, a 4.5 per problemi della casa (sfratti, affitto, superficie abitativa, ecc.), mentre nelle donne l'unica area problematica associata ad un maggiore rischio è quella dei problemi relazionali (OR di 8.3) (Zimmermann-Tansella & Siciliani, 1990; Zimmermann-Tansella *et al.*, 1991).

La cattiva salute fisica ha comportato, nei confronti univariati un rischio relativo di disagio emotivo di 2.3 per gli uomini: il suo ruolo predittivo è stato confermato nel modello che include le variabili di supporto sociale (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1993) ma, considerata insieme ad eventi e problemi sociali, perde la sua significatività (Zimmermann-Tansella *et al.* 1991).

Il supporto sociale in termini di qualità del rapporto confidenziale col partner non ha dato contributi significativi al rischio di disagio in nessuno dei rispettivi modelli (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1993), probabilmente perché solo pochi intervistati ritenevano di avere una cattiva qualità del rapporto confidenziale; la variabile perdeva così la sua capacità discriminante. Il numero di amici confidenti invece ha mantenuto in tutti i tre diversi modelli considerati il suo potere predittivo; per le donne, un numero maggiore di amici confidenti è risultato associato ad un maggiore disagio emotivo (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1993). Sembra quindi che il supporto sociale, contrariamente alle aspettative, nel contesto italiano non sia un fattore protettivo nella popolazione generale indagata.

L'analisi del 1987 su 98 coppie sposate, che facevano parte del campione della popolazione generale di Verona-Sud, ha permesso di accertare se diversi modi relazionali tra i partner in termini di scambio di affetto e di dominanza comportavano un maggiore rischio di sintomi (rilevati attraverso il GHQ) di ansia e di depressione. Si è così accertato che maggiore è lo scambio di affetto nelle valutazioni di en-

trambi i coniugi, minore è il disagio della moglie, in termini di ansia e depressione, e del marito, in termini di ansia. Invece, sintomi depressivi nei mariti sono risultati associati alla loro percezione di ricevere dalle mogli meno affetto di quanto esse ricevano e alla convinzione delle mogli di essere i partner dominanti.

## CONCLUSIONI

Indipendentemente dalla diversità di procedure e metodi utilizzati per l'identificazione dei casi, dalla diversa lunghezza dei periodi di osservazione e dalle finalità delle indagini, i risultati permettono di fare alcune considerazioni conclusive.

Gli studi italiani evidenziano grande attenzione alla rappresentatività dei campioni, all'uso di strumenti standardizzati e al training degli intervistatori e i risultati sono quindi da considerare come attendibili. La generalizzabilità dei risultati, soprattutto rispetto alle popolazioni rurali, è invece limitata, principalmente per la scarsa numerosità delle indagini e per il fatto che i campioni sono molto caratterizzati sul piano sociodemografico.

I tassi di prevalenza ottenuti indicano che nelle popolazioni indagate da 6 a 32 persone su 100 soffrono, in un qualsiasi momento, di disturbi affettivi rilevanti e che da 4 a 17 persone su 100 soffrono di disturbi d'ansia. I disturbi affettivi, come suggeriscono i dati di Firenze, sono raddoppiati dal 1985 al 1990 e pongono importanti quesiti di tipo organizzativo-assistenziale. Non ci sono dati sui trend temporali dei disturbi d'ansia, che comunque, rispetto ai disturbi affettivi, hanno una diffusione minore nelle popolazioni finora indagate. Mancano indagini condotte nelle stesse popolazioni a distanza di tempo e non ci sono studi sulla co-morbilità di ansia e depressione. Se si esclude lo studio della comunità altoatesina, mancano anche indagini sulla prevalenza di tutti i possibili disturbi psichiatrici presenti nella popolazione generale.

La prevalenza dei disturbi psichiatrici minori varia dal 12.6% al 22.7%. Dal 1980 al 1987 è stato osservato a Verona-Sud solo un modesto aumento di questa patologia, con tassi simili a quelli riportati nelle letterature internazionali.

I fattori di rischio associati ai disturbi affettivi rilevanti riguardano alcuni fattori sociodemografici, identificati già in precedenti ricerche internazionali. Gli studi italiani confermano come fattori di rischio il sesso femminile, la condizione di vedovo(a), la di-

soccupazione, il pensionamento e l'appartenenza al gruppo d'età 45-60 anni. Non sono state identificate variabili di rischio associate a disturbi d'ansia di rilievo, se si esclude il sesso femminile, che prevale in quasi tutte le condizioni psichiatriche. Mancano comunque studi italiani che affrontino quest'area di ricerca.

La ricerca sui modelli predittivi dei disturbi psichiatrici minori ha messo in evidenza il ruolo importante delle variabili esperienziali come fattori di rischio e ha ridimensionato quello dei fattori sociodemografici. I fattori sociodemografici, che nei confronti univariati emergono come variabili predittive, perdono la loro significatività, se considerati insieme a fattori esperienziali come eventi stressanti, problemi sociali e relazioni interpersonali problematiche. Il ruolo protettivo del supporto sociale non è stato confermato dai dati italiani finora disponibili e questa discrepanza, rispetto a precedenti osservazioni riportate nella letteratura internazionale, meriterebbe ulteriori indagini sulla funzione del supporto sociale nella popolazione generale italiana.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrews G., Tennant C., Hewson D. & Schonell M. (1978). The relation of social factors to physical and psychiatric illness. *American Journal of Epidemiology* 108, 27-35.
- Baratta S., Colorio C. & Zimmermann-Tansella Ch. (1985). Interrater reliability of the Italian version of the Paykel Scale of Stressful Life Events. *Journal of Affective Disorders* 8, 279-282.
- Beck A.T. (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper & Row: New York.
- Bellantuono C., Fiorio R., Zanotelli R. & Tansella M. (1987). Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ. *Social Psychiatry* 22, 113-117.
- Brown G.W. & Craig T.K.J. (1986). Psychiatric cases in community studies: how important an issue? *Social Science and Medicine* 22, 173-183.
- Carpiniello B., Carta M.G. & Rudas N. (1989). Depression among elderly people. A psychosocial study of urban and rural populations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, 445-450.
- Carta M.G., Carpiniello B., Morosini P.L. & Rudas N. (1991). Prevalence of mental disorders in Sardinia: a community study in an inland mining district. *Psychological Medicine* 21, 1061-1071.
- Coppo P., Morosini P. & Gallevi M. (1991). Disturbo mentale e ricerca di cure in una comunità. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 115, 64-73.
- Corney R.G. & Clare A.W. (1985). The construction, development and testing of a self report questionnaire to identify social problems. *Psychological Medicine* 15, 637-649.
- Dean C., Surtees P.G. & Sashidharan S.P. (1983). Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *British Journal of Psychiatry* 142, 243-256.

- Faravelli C. & Incerpi G. (1985). Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, 331-333.
- Faravelli C., Guerrini Degl'Innocenti B. & Giardinelli L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79, 308-312.
- Faravelli C., Guerrini Degl'Innocenti B., Aiazzi L., Incerpi G. & Pallanti S. (1990). Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *Journal of Affective Disorders* 20, 135-141.
- Goldberg D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Henderson A.S. (1991). *Psichiatria Sociale ed Epidemiologia Psichiatrica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Hinterhuber H. & Hinterhuber S. (1985). Malattie psichiatriche in regione rurale alpina: una indagine epidemiologica. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 461, 412-427.
- Ingham J.G., Kreitman N.B., Miller Mc C., Sashidharan S.P., Surtees P.G. (1986). Self-esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community. *British Journal of Psychiatry* 148, 375-385.
- Jablensky A. (1986). Epidemiologic surveys of mental health of geographically defined populations in Europe. In *Community Surveys of Psychiatric Disorders* (ed. M.M. Weissman, J.K. Myers and E.C. Ross), pp 257-313. Rutgers University Press: New Brunswick.
- Lattanzi M., Galvan U., Rizzetto A., Gavioli I. & Zimmermann-Tansella Ch. (1988). Estimating psychiatric morbidity in the community. *Social Psychiatry* 23, 267-272.
- Paykel E.S. & Mangen S.P. (1980). *Interview for Recent Life Events*. Unpublished manuscript.
- Politi P.L., Prato Previdi G. & Torre E. (1988). Procedure multiple di individuazione del caso. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 5, 904-913.
- Ryle A. (1966). Marital Patterns Test for use in psychiatric research. *British Journal of Psychiatry* 129, 248-251.
- Siciliani O., Burti L., Garzotto N., Siani R. & Zimmermann-Tansella Ch. (1984). *Salute Mentale e Disagio Sociale e Familiare a Verona-Sud*. Rivista Sperimentale di Freniatria 108, Supplemento al fasc. 3, 1123-1252.
- Surtees P.G. & Miller P. McC. (1990). The Interval General Health Questionnaire (I-GHQ). *British Journal of Psychiatry* 157, 697-693.
- Tansella M. (1993). The Research Unit of the Servizio di Psicologia Medica at the Institute of Psychiatry of the University of Verona, 1980-1991. *Psychological Medicine* 23, 239-247.
- Torre E. & Marinoni A. (1982). Un registro dei casi psichiatrici e la sua utilizzazione per studi valutativi. In *Servizi Sanitari e Psichiatria* (ed. D. Kemali, P.L. Morosini e A. Amati), pp. 139-152. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Zimmermann-Tansella Ch. & Lattanzi M. (1991). The Ryle Marital Patterns Test as a predictor of symptoms of anxiety and depression in couples in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26, 221-229.
- Zimmermann-Tansella Ch. & Siciliani O. (1990). Social problems, social support and emotional distress in the community. In *The Public Impact of Mental Disorder* (ed. D. Goldberg and D. Tantam), pp. 129-137. Hogrefe and Huber: Toronto.
- Zimmermann-Tansella Ch., Garzotto N., Williams P. & Siciliani O. (1987). Psychological ill-health in families: a study in an Italian urban population. In *Psychiatric Epidemiology. Progress and Prospects* (ed. B. Cooper), pp. 120-135. Croom Helm: London.
- Zimmermann-Tansella Ch., Donini S., Ciommei A.A. & Siciliani O. (1988a). Social factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse and minor psychiatric morbidity in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, 14-21.
- Zimmermann-Tansella Ch., Donini S., Ciommei A.M. & Siciliani O. (1988b). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse and minor psychiatric morbidity in the community. *Comprehensive Psychiatry* 29, 460-466.
- Zimmermann-Tansella Ch., Donini S., Lattanzi M., Siciliani O., Turrina C. & Wilkinson G. (1991). Life events, social problems and physical health status as predictors of emotional distress in men and women in the community. *Psychological Medicine* 21, 505-513.
- Zimmermann-Tansella Ch., Donini S., Galvan U., Rizzetto A., Turrina C., Siciliani O. & Wilkinson G. (1993). Social support, adversities and emotional distress in an Italian community sample. *Journal of Clinical Epidemiology* 46, 65-75.