



Salute mentale

L'OMS definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (1). Salute, quindi, non solo come assenza di malattia, ma come capacità di sviluppare il proprio potenziale con ricadute positive sul contesto sociale nel quale il soggetto è inserito. In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1-3). Gli indicatori *core* analizzati nel presente Capitolo sono: il consumo di farmaci antidepressivi, il numero di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con una diagnosi di “disturbo mentale” e quello di dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze psicoattive. Sono stati analizzati, inoltre, i tassi di mortalità per suicidio e per omicidio. Gli indicatori sono tra loro strettamente interrelati: la depressione e l'abuso di alcol e droghe costituiscono fattori di rischio sia per il suicidio che per l'omicidio; l'essere esposti ad un ambiente violento (di cui l'omicidio è la massima espressione) costituisce un fattore di rischio anche per il suicidio; non ultimo, il suicidio e l'omicidio hanno, come effetto differito, un impatto negativo sulla salute mentale dei componenti della rete familiare e sociale della vittima (“survivors”) e della società nel suo complesso.

Una lettura complessiva dei risultati relativi ai *core indicators* presentati nel Capitolo evidenzia alcune aree critiche.

La Sardegna, nel Meridione, la Valle d'Aosta e la PA di Bolzano, al Nord, presentano la situazione di maggior criticità, con valori particolarmente elevati per quasi tutti gli indicatori considerati. La Sardegna presenta, inoltre, valori elevati per tutti i *core indicators*, in particolare per gli uomini.

I dati presentati in questa Edizione del Rapporto risentono di alcune criticità: 1. nel corso del 2020 si è rilevata una generale diminuzione del volume di attività erogata dagli Ospedali, con una diminuzione di circa il 20,8% rispetto al 2019 dei ricoveri registrati, diminuzione che però non è attribuibile ad un'effettiva diminuzione dei casi con necessità di cura, piuttosto alla drastica riduzione dei servizi di salute pubblica che sono stati preponderantemente dedicati alla gestione della pandemia e che hanno così sottratto risorse ad altri settori non meno importanti, come quello della salute mentale; 2. non sono, ad oggi, disponibili i dati relativi alla mortalità per violenza auto ed etero diretta successivi alla pandemia da COVID-19 (2021 e 2022).

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, la prevalenza dei sintomi depressivi e ansiosi è notevolmente aumentata, in particolare tra i giovani, così come l'assunzione di almeno uno psicofarmaco (4). L'aver limitato l'accesso delle persone al lavoro, all'istruzione, allo sport, alla cultura, ai trasporti pubblici e alla vita sociale, nonché lo stigma e la polarizzazione sociale associata allo stato di vaccinazione, possono aver determinato un effetto complessivo controproducente e dannoso sulla salute pubblica, impattando negativamente anche sulla salute mentale e sul benessere della popolazione (5). È stato riportato un aumento dell'incidenza di sintomi quali ansia, depressione, sentimenti di angoscia così come di comportamenti suicidari, in particolare nella popolazione giovanile, nonché un peggioramento di sintomi già esistenti (6). A tutto questo si è affiancata una riduzione dell'accesso ai servizi di salute mentale sia per effetto della riduzione dell'offerta che della domanda (7).

La promozione della salute mentale richiede non solo un miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi, ma anche un approccio globale di *Public Health*, attraverso interventi finalizzati alla riduzione di quei fattori di rischio comuni alla violenza (etero e auto diretta) e ai disturbi psichici (come, ad esempio, l'abuso di alcol e droghe), nonché di politiche mirate a favorire la riduzione delle disuguaglianze e delle discriminazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. “Mental health action plan 2013-2020”. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
- (2) World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. WHO, 2018. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>.
- (3) Commissione Europea. “European pact for mental health and well-being”. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (4) Amerio A, Lugo A, Stival C, Fanucchi T, Gorini G, Pacifici R, Odone A, Serafini G, Gallus S. COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults. *J Affect Disord.* 2021 Sep 1; 292: 398-404. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.117. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34139414; PMCID: PMC8777065.
- (5) Bardosh K, de Figueiredo A, Gur-Arie R, et al The unintended consequences of COVID-19 vaccine policy: why mandates,





passports and restrictions may cause more harm than good *BMJ Global Health* 2022; 7: e008684.

(6) Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, Lassi ZS. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 26; 18 (7): 3432. doi: 10.3390/ijerph18073432. PMID: 33810225; PMCID: PMC8038056.

(7) Delmastro M, Zamariola G. Depressive symptoms in response to COVID-19 and lockdown: a cross-sectional study on the Italian population. *Sci Rep*. 2020 Dec 31; 10 (1): 22457. doi: 10.1038/s41598-020-79850-6. PMID: 33384427; PMCID: PMC7775443.





Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore proposto si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta negli anni di rilevazione 2020 e 2021, con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319). Lo scopo è descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel corso dell'anno,

in base alla fascia di età e alla regione di residenza. Ai fini delle analisi presentate sono stati considerati solo i ricoveri per acuti, in regime ordinario e di DH (escluse, pertanto, le lungodegenze e le riabilitazioni). Sono stati, inoltre, esclusi dalle analisi i ricoveri ripetuti nel corso degli anni in esame relativi allo stesso paziente.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di modalità standardizzate per l'acquisizione delle informazioni utili all'elaborazione di questo indicatore. Tale modalità si basa sul flusso delle SDO compilate da ogni struttura sanitaria. Pertanto, la copertura territoriale della rilevazione è completa, ma occorre sottolineare che i dati SDO possono riflettere una diversità di completezza o di codifica nella registrazione delle informazioni tra le regioni. La standardizzazione dei tassi, che consente di evitare potenziali distorsioni legate alla differente struttura per età della popolazione nelle diverse regioni, permette di confrontare il medesimo indicatore nel tempo e nelle diverse aree geografiche del Paese. Il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana, la rilevazione della popolazione residente e la ricostruzione intercensuaria della popolazione nell'anno 2018. Infine, occorre tener presente che nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo univoco che consente di seguire gli accessi ospedalieri per ogni paziente in tutto il territorio nazionale per tutti gli anni a disposizione; la qualità di questo codice identificativo del paziente è molto alta negli ultimi anni (si attesta attualmente intorno al 99%) e in questa analisi sono state prese in considerazione solo le SDO con codice ritenuto affidabile.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici al netto dei ricoveri ripetuti.

Descrizione dei risultati

Relativamente all'anno 2020, il tasso di dimissione con una diagnosi di disturbo psichiatrico principale o secondaria si è confermato maggiore in Valle d'Aosta, Liguria e PA Bolzano, sia per gli uomini che per le donne. Le regioni con il minor tasso di dimissione per

patologia psichiatrica nel 2020 risultano essere Campania, Lombardia e Basilicata per gli uomini e Campania, Lombardia e Sicilia per le donne. A livello regionale il tasso di dimissione ospedaliere per disturbo psichiatrico è maggiore tra gli uomini (40,06 casi per 10.000 abitanti) rispetto alle donne (36,17 casi per 10.000 abitanti) (Tabella 1, Tabella 2).

Stratificando per fasce di età emergono alcune eccezioni a livello regionale: nella fascia di età 0-19 anni il tasso più alto si è registrato nel Lazio per entrambi i generi, mentre nella fascia di età 75 anni ed oltre, il tasso più alto si è registrato in Emilia-Romagna per gli uomini e in Valle d'Aosta per le donne.

I dati del 2021 si confermano pressoché in linea con quanto evidenziato nel 2020 relativamente alle differenze a livello regionale (Tabella 3, Tabella 4).

Per quanto riguarda l'andamento del tasso nel periodo in esame, esso continua a decrescere nel periodo osservato. Tuttavia, il tasso del 2020 ha fatto registrare il più grande decremento annuo dal 2003 mentre il tasso del 2021, per la prima volta da quando si analizza questo indicatore, è in aumento rispetto all'anno precedente, seppur rimanendo inferiore al dato del 2019 (Grafico 1). Escludendo l'anno 2020, segnato fortemente dalle restrizioni implementate per contrastare la pandemia da COVID-19, il trend si mantiene in discesa.

Stratificando le tendenze per fascia di età, il dato più significativo riguarda le fasce di età 0-19 anni e 75 anni ed oltre: nel 2020, rispetto al 2019, si assiste alla più grande diminuzione del tasso per entrambe queste fasce di età indipendentemente dal genere; nel 2021, rispetto al 2020, l'aumento del tasso è, invece, più marcato per la fascia di età 0-19 anni rispetto alla fascia di età 75 anni ed oltre (Grafico 2, Grafico 3). Le fasce di età 20-64 anni e 65-74 anni seguono la stessa tendenza, ma sia la diminuzione del tasso nel 2020,



sia l'aumento nel 2021, risultano essere meno marcati. Anche in questo caso sono da considerare le misure

messe in atto nell'anno 2020; infatti, escludendo tale anno, si nota come i trend siano in riduzione.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2020

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	19,66	27,34	42,17	143,12	39,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,15	37,55	60,86	236,98	57,93
Lombardia	17,41	22,54	27,10	100,10	30,08
Bolzano-Bozen	41,24	43,17	70,38	136,48	55,32
Trento	16,34	23,28	45,32	196,80	42,25
Veneto	16,64	22,55	34,25	182,00	39,17
Friuli Venezia Giulia	30,41	22,21	41,24	205,63	44,74
Liguria	53,81	38,99	49,89	169,05	56,39
Emilia-Romagna	20,40	25,89	48,07	249,25	50,30
Toscana	67,87	27,78	37,64	156,02	49,64
Umbria	29,87	23,71	38,13	160,15	40,51
Marche	27,39	31,24	40,35	148,05	43,56
Lazio	86,16	26,29	33,56	102,97	46,27
Abruzzo	65,39	29,94	47,34	117,31	47,49
Molise	37,59	28,73	33,14	106,23	38,88
Campania	41,29	18,10	24,34	61,17	27,58
Puglia	42,60	27,11	33,42	102,29	38,47
Basilicata	45,05	20,62	29,59	95,85	33,95
Calabria	38,35	25,55	35,06	90,20	35,65
Sicilia	45,24	28,44	29,66	68,28	35,86
Sardegna	55,57	29,97	46,20	154,95	49,43
Italia	38,50	25,47	35,48	132,57	40,06

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2020

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	21,18	26,20	36,09	123,66	36,38
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,08	35,56	63,53	269,27	59,39
Lombardia	20,00	19,86	26,26	79,92	26,78
Bolzano-Bozen	43,94	40,73	57,50	170,27	56,50
Trento	17,71	20,25	31,69	154,00	34,81
Veneto	16,94	23,13	37,89	159,03	37,58
Friuli Venezia Giulia	29,17	19,10	35,49	189,70	40,37
Liguria	35,68	34,15	54,02	161,88	49,75
Emilia-Romagna	19,54	23,14	48,78	237,33	47,32
Toscana	38,75	27,60	43,37	151,90	44,22
Umbria	28,72	26,11	40,90	150,53	41,03
Marche	23,02	28,03	44,49	142,52	40,66
Lazio	58,28	23,64	36,60	113,86	40,86
Abruzzo	35,85	23,48	38,03	128,80	38,24
Molise	30,64	26,18	41,16	127,93	39,12
Campania	25,11	16,30	25,89	67,47	24,26
Puglia	26,96	22,51	36,12	105,23	33,33
Basilicata	25,28	20,74	30,66	120,26	32,93
Calabria	25,25	24,33	37,75	99,21	33,66
Sicilia	26,90	24,34	34,06	79,17	31,51
Sardegna	33,44	24,84	44,59	169,01	43,46
Italia	27,96	23,09	36,36	127,12	36,17

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.



SALUTE MENTALE

279

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2021

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	26,80	28,81	44,44	141,60	41,75
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,04	39,09	75,84	283,23	69,15
Lombardia	19,44	22,78	28,41	96,47	30,37
Bolzano-Bozen	43,35	42,80	60,80	174,86	58,46
Trento	16,34	23,69	44,17	182,32	40,87
Veneto	19,97	22,86	36,38	176,81	39,67
Friuli Venezia Giulia	36,54	21,66	45,04	191,76	44,52
Liguria	61,89	41,09	52,04	163,61	58,84
Emilia-Romagna	25,04	25,73	47,67	247,52	50,86
Toscana	80,17	30,48	42,63	170,01	55,55
Umbria	35,80	25,62	44,16	160,83	43,48
Marche	26,28	32,05	39,36	135,78	42,47
Lazio	99,35	27,86	35,06	103,66	49,93
Abruzzo	62,15	32,39	45,73	124,33	48,91
Molise	50,00	27,95	46,00	120,23	43,55
Campania	52,94	19,99	24,96	65,97	31,48
Puglia	58,26	27,11	34,12	101,55	41,42
Basilicata	64,14	24,49	41,93	101,57	41,77
Calabria	50,15	28,41	41,33	93,61	40,61
Sicilia	59,14	31,47	31,80	75,80	41,31
Sardegna	75,02	30,12	45,77	148,85	52,51
Italia	46,84	26,65	37,25	132,80	42,55

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

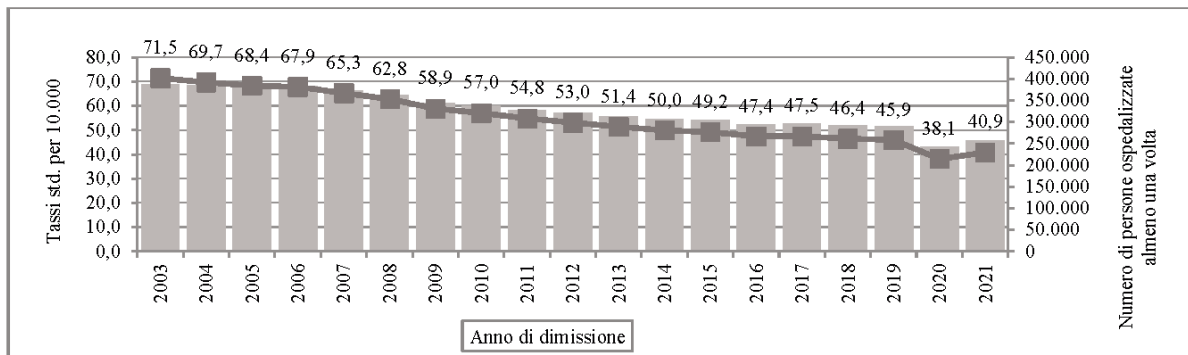
Tabella 4 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2021

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	30,26	29,42	42,82	123,01	40,67
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,75	35,41	79,61	261,34	62,93
Lombardia	25,40	21,03	25,61	78,01	28,23
Bolzano-Bozen	54,37	40,36	67,66	175,22	59,82
Trento	18,94	20,48	27,59	150,97	34,44
Veneto	25,47	24,27	38,86	153,95	39,45
Friuli Venezia Giulia	39,52	20,47	36,86	172,31	41,50
Liguria	52,07	39,52	58,11	176,84	58,05
Emilia-Romagna	27,63	23,54	47,32	237,96	49,00
Toscana	55,67	28,94	47,17	163,82	49,85
Umbria	36,44	25,50	39,33	161,10	43,05
Marche	27,01	29,26	43,69	143,23	42,15
Lazio	74,99	23,50	35,23	112,30	43,62
Abruzzo	37,58	25,23	46,08	128,21	40,40
Molise	28,29	25,21	42,92	125,61	38,04
Campania	35,98	17,86	28,45	68,39	27,61
Puglia	40,66	24,32	37,73	106,74	37,34
Basilicata	42,77	22,25	36,32	106,06	36,27
Calabria	34,51	29,43	43,25	98,81	39,02
Sicilia	36,95	26,62	41,75	86,88	36,39
Sardegna	54,59	25,96	50,85	172,15	49,10
Italia	38,22	24,57	38,58	127,88	39,31

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

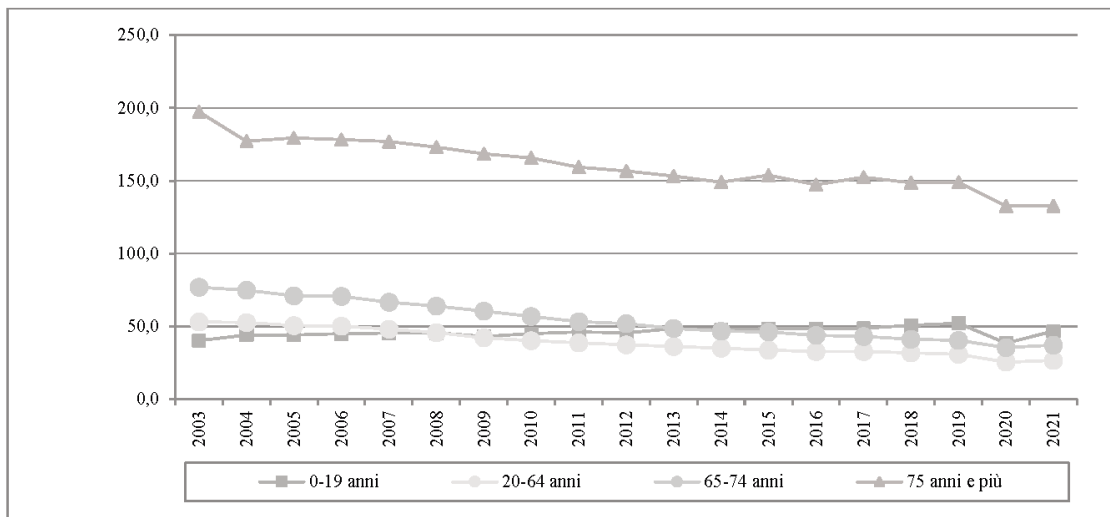


Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico - Anni 2003-2021



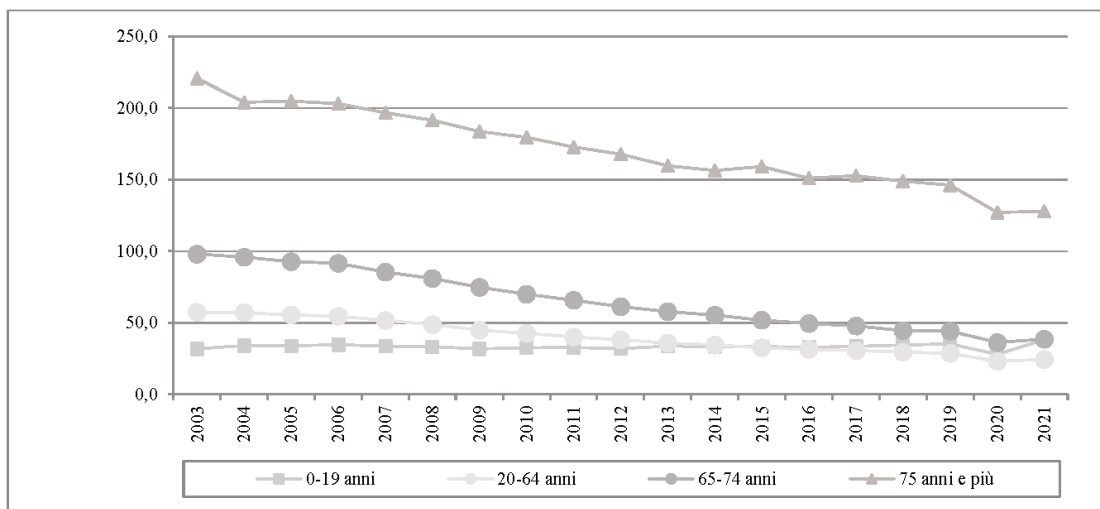
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Maschi - Anni 2003-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Femmine - Anni 2003-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati relativi ai tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, nel periodo 2003-2021, confermano una netta e costante riduzione dei ricoveri. Tuttavia, i dati del 2020 e del 2021 sono influenzati dall'impatto della pandemia da COVID-19. In primo luogo, la netta diminuzione di ricoveri con diagnosi di dimissione di disturbo psichico nel 2020 è da attribuire al minor numero di prestazioni in regime di ricovero effettuate dal SSN, diminuite del 20% nel 2020 rispetto al 2019 (2). Nel 2021, si è poi osservato un aumento del numero di ricoveri per patologia psichica, in controtendenza con i dati degli ultimi 10 anni, che hanno sempre fatto registrare una riduzione di questo indicatore. Nonostante ciò, il dato relativo al 2021 rimane comunque inferiore rispetto a quello del 2019, non invertendo, quindi, il trend in riduzione da 20 anni. Le cause di questo aumento sono ipoteticamente attribuibili, sia al recupero di prestazioni di ricovero non erogate nell'anno 2020 a causa delle misure emergenziali adottate, sia all'impatto della pandemia sulla salute mentale, che può aver causato un aumento dei ricoveri per patologia psichica primaria o secondaria.

Stratificando i dati per fascia di età, è evidente come la fascia di età più a rischio sia quella che comprende persone di età 75 anni ed oltre, anche se il numero di ricoveri nel 2021, dopo la diminuzione del 2020, non è aumentato in maniera rilevante. Questo potrebbe anche essere dovuto al perpetuarsi della difficoltà nell'accesso alle prestazioni di ricovero, così come alla maggiore resilienza delle persone anziane rispetto agli effetti della pandemia sulla salute mentale. La fascia di età 0-19 anni, invece, ha fatto registrare dati

allarmanti relativamente a questo indicatore. Anche in questo caso, sarà fondamentale la valutazione del dato relativo al 2022, con cui si potrà meglio indagare in che misura l'aumento del 2021 sia dovuto al recupero di prestazioni non effettuate nello stesso anno o se una parte di questi ricoveri possano essere ricondotti agli effetti della pandemia sulla salute mentale dei più giovani (3).

Lo scenario descritto evidenzia l'importanza dell'implementazione di strategie di promozione della salute mentale e di interventi di prevenzione in tutte le fasce di età, concentrando gli sforzi soprattutto verso la fascia di età 0-19 anni che è risultata essere la più vulnerabile. Inoltre, il potenziamento dell'assistenza primaria e dell'integrazione Ospedale-Territorio, una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali per la tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti, potrebbe ulteriormente ridurre il numero di ospedalizzazioni.

Riferimenti bibliografici

(1) Progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf.

(2) Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Direzione Generale della programmazione sanitaria, luglio 2022. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3277_allegato.pdf.

(3) "Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi", ISS e Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, maggio 2022. Disponibile sul sito: www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore si riferisce all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente e intende sia descrivere eventuali variazioni nel tempo del consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai

professionisti sanitari afferenti al SSN che, in maniera indiretta, stimare la prevalenza e la variabilità dei disturbi psichici che richiedono trattamenti basati sull'uso di tali farmaci.

Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in <i>Defined Daily Dose</i> *	
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365	x 1.000

*Il calcolo del totale delle DDD utilizzato è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

Validità e limiti. L'indicatore in studio fornisce dei dati che vanno interpretati con cautela considerando i limiti di seguito esposti.

Un primo elemento da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Un'ulteriore limitazione è legata al fatto che i dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi considerano i farmaci prescritti e non i farmaci effettivamente consumati dalla popolazione. Infatti, non è possibile quantificare la discrepanza tra i due dati in quanto potrebbe essere causata, ad esempio, da scarsa *compliance* o dalla conclusione anticipata della terapia. Inoltre, l'indicatore include soltanto i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

Nei confronti regionali è stata utilizzata la popolazione pesata che viene calcolata sulla base del sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) allo scopo di limitare l'influenza di talune variabili socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere ed età.

La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con la DDD (1), una metodologia standard internazionale. Sebbene la DDD sia riconosciuta come metodo standardizzato, utilizzato proprio per comparare i dati di differenti aree geografiche, da un punto di vista epidemiologico la lettura del dato deve tenere in considerazione alcuni fattori per l'interpretazione dei risultati: la DDD costituisce, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; in aggiunta, rappresenta la dose media di un farmaco assunto giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e

non quella di terapia iniziale.

Inoltre, va considerato che la DDD è soggetta a periodiche revisioni da parte del *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo (1) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro. Per tale motivazione, la serie storica dei dati viene ricalcolata in base all'ultimo aggiornamento disponibile (1).

I dati di consumo dei vari gruppi di farmaci si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata sia all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (distribuzione diretta e per conto ed erogazione ospedaliera).

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del consumo di farmaci antidepressivi nell'anno considerato.

Descrizione dei risultati

Il trend relativo al volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi dopo gli anni 2011-2012 (38,5 DDD/1.000 ab die del 2011 e 38,6 DDD/1.000 ab die del 2012) ha presentato un aumento, dapprima lieve (da 39,0 DDD/1.000 ab die del 2013 a 39,7 del 2016, +1,8%) e poi di maggiore entità (da 40,4 DDD/1.000 ab die del 2017 a 44,6 del 2021, +10,4%), registrando nel 2021 un aumento del 2,4% rispetto al 2020 e, dal 2011, una variazione media annua dell'1,5% (Tabella 1).

Nel 2021 il consumo dei farmaci antidepressivi è aumentato in tutte le regioni e, come negli anni precedenti, è stata confermata una elevata variabilità regionale con una differenza quasi doppia tra la Toscana (66,3 DDD/1.000 ab die) e la Basilicata (34,9 DDD/1.000 ab die). Consumi elevati di farmaci antidepressivi per l'ultimo anno di riferimento (2021) si sono registrati anche in Liguria, Umbria, PA di Bolzano ed Emilia-Romagna (rispettivamente, 58,7; 57,6; 57,1 e 55,1 DDD/1.000 ab die), aree geografiche che hanno registrato il maggior consumo di farmaci

antidepressivi anche l'anno precedente (2020). Inoltre, come nel 2020, i valori di consumo più bassi si confermano, principalmente, nelle regioni del Sud e nelle Isole. Nello specifico, oltre alla Basilicata, in Campania, Sicilia e Puglia (rispettivamente, 34,9; 35,1, 35,7 e 35,8 DDD/1.000 ab die) si registrano livelli di consumo molto più bassi rispetto alla media nazionale. Il più elevato incremento si è registrato in Friuli Venezia Giulia (da 35,3 DDD/1.000 ab die nel 2020 a 37,8 nel 2021; +7,3%) ed il minore in Calabria (da 41,3 DDD/1.000 ab die nel 2020 a 41,4 nel 2021; +0,3%) (Tabella 1).

La tendenza nazionale ascendente negli ultimi anni (Grafico 1) può attribuirsi a numerose concause: una maggiore sensibilità sociale riguardo ai disturbi depressivi, con riduzione dunque della “stigmatizza-

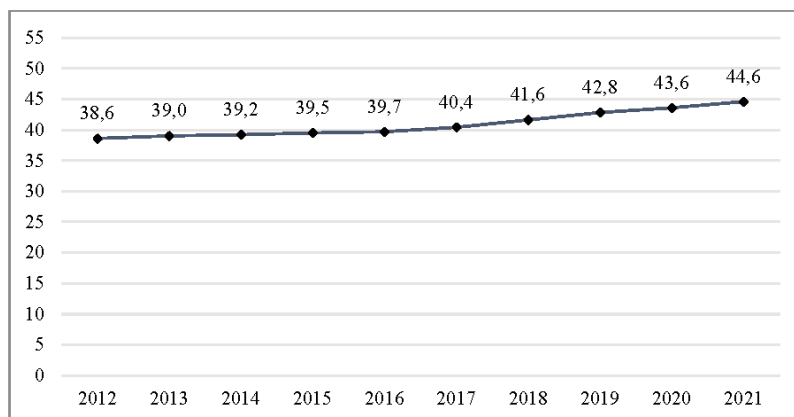
zione”; una maggiore attenzione da parte del MMG nei confronti della patologia depressiva, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'uso di nuovi principi attivi per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi, come i disturbi di ansia; la prescrizione di antidepressivi per condizioni cliniche non psichiatriche quali la disassuefazione dall'abuso di sostanze psicoattive o altre patologie neuro-reumatologiche (ad esempio, la fibromialgia); una maggiore durata della terapia; un impiego più esteso degli antidepressivi come supporto terapeutico a quei soggetti affetti da patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, mutamenti del contesto socio-economico, come la crisi economica e la situazione pandemica, possono aver contribuito all'aumento del consumo dei farmaci in oggetto.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2021

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2020)
Piemonte	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3	48,8	49,2	50,4	2,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0	41,5	42,1	43,6	3,4
Lombardia	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5	40,0	40,7	42,3	3,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,1</i>	<i>51,8</i>	<i>51,7</i>	<i>52,1</i>	<i>53,0</i>	<i>53,5</i>	<i>53,6</i>	<i>54,5</i>	<i>56,0</i>	<i>56,1</i>	<i>57,1</i>	<i>1,7</i>
<i>Trento</i>	<i>36,8</i>	<i>37,2</i>	<i>37,5</i>	<i>38,1</i>	<i>38,4</i>	<i>38,9</i>	<i>39,6</i>	<i>41,5</i>	<i>42,4</i>	<i>43,2</i>	<i>45,1</i>	<i>4,3</i>
Veneto	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3	41,4	42,2	43,1	1,9
Friuli Venezia Giulia	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4	35,7	36,5	35,3	37,8	7,3
Liguria	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2	56,9	57,9	58,7	1,4
Emilia-Romagna	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1	53,3	53,6	55,1	2,7
Toscana	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2	63,6	65,2	66,3	1,7
Umbria	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9	55,1	57,1	57,6	0,9
Marche	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6	45,0	45,6	46,7	2,5
Lazio	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7	38,3	38,7	39,5	2,0
Abruzzo	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1	41,6	42,9	43,6	1,8
Molise	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4	35,7	36,8	37,5	1,9
Campania	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1	33,3	34,2	35,1	2,6
Puglia	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6	34,2	35,2	35,8	1,4
Basilicata	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9	33,2	34,1	34,9	2,4
Calabria	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8	40,2	41,3	41,4	0,3
Sicilia	32,1	31,5	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0	34,4	35,2	35,7	1,3
Sardegna	44,3	44,1	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1	45,6	47,1	48,2	2,4
Italia	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4	41,6	42,8	43,6	44,6	2,4

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2022.

Grafico 1 - Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2012-2021



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Questo indicatore definisce parzialmente entità e frequenza dei disturbi psichiatrici trattabili con antidepressivi; le DDD possono variare, dipendendo esse dal numero di soggetti affetti, dall'aderenza al trattamento, dall'appropriatezza prescrittiva dei diversi sistemi sanitari regionali, dall'efficienza organizzativa del sistema socio-assistenziale di ciascuna regione e dalle modalità di trattamento.

La depressione rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nel mondo (2) ed in Italia si stima una prevalenza del 5,6% nelle persone di età 15 anni ed oltre (3, 4), mentre aumentano globalmente le patologie trattabili con antidepressivi (2). Il consumo di antidepressivi durante il 2021 potrebbe essere stato influenzato dalla pandemia e dalle sue conseguenze a medio-lungo termine come, ad esempio, restrizioni ed isolamento sociale, diminuzione della qualità della vita, peggioramento di sintomi depressivi esistenti, a causa anche della sospensione di interventi e servizi psichiatrici ripresi poi nel corso del 2021, così come dalla rinuncia alle cure per il timore di contrarre il SARS-CoV-2 (5). A conferma di ciò, un'indagine dell'OMS, riporta un peggioramento globale, a causa del COVID-19, dei servizi di salute mentale, parallelamente a un deterioramento dello stato di salute mentale della popolazione (6). Gli effetti a medio-lungo termine della pandemia potrebbero avere influenzato l'incidenza di depressione soprattutto nella fascia di popolazione al di sotto dei 45 anni di età, con un aumento del 12,6% nel 2021 rispetto all'anno precedente, dato meritevole di particolare attenzione (7). Per valutare l'effetto della graduale riduzione e delle restrizioni legate alla pandemia sulla continuità terapeutica, è stata valutata l'aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi. Nel 2021 è stata riscontrata una percentuale di alta aderenza nel 38,5% dei pazienti, in aumento del 3,0% rispetto al 2020, mentre la

percentuale di bassa aderenza è stata del 27,0%, in diminuzione del 2,0% rispetto all'anno precedente. Tali dati hanno evidenziato, pertanto, che il parziale ritorno alla normalità post pandemica ha avuto un effetto positivo sulla continuità terapeutica (7). Inoltre, a livello internazionale, alcuni studi hanno riportato una riduzione del consumo di antidepressivi durante la pandemia (5). In Italia, il fenomeno appare più complesso poiché a fronte di un incremento nazionale del 2,4% del consumo di antidepressivi, vi sono rilevanti disomogeneità dovute alla variabilità sanitaria regionale, alla ridotta accessibilità ai servizi e ad un possibile differente ruolo della Medicina Generale nelle diverse aree del Paese durante la pandemia (7). La scarsa qualità dei servizi psichiatrici potrebbe essere identificabile come un potenziale responsabile sia della mancata identificazione dei pazienti da trattare o della ottimizzazione terapeutica, determinando un calo del consumo di antidepressivi, sia dell'aumento indiscriminato dei consumi non adeguatamente supportato da approcci complementari compresi trattamenti non farmacologici.

La valutazione di qualità delle cure territoriali, preposte alla cura dei pazienti psichiatrici, va supportata per limitare l'inappropriatezza prescrittiva e la conseguente spesa per i farmaci antidepressivi. Appare cruciale monitorare gli indicatori di salute mentale della popolazione generale, al fine di migliorare la qualità dei servizi attualmente garantiti, implementando le soluzioni complementari alla farmacoterapia, nonché per pianificare strategie atte a promuovere la resilienza della popolazione, per cui sarà imprescindibile monitorare nei prossimi anni l'impatto e le conseguenze della pandemia sulla salute mentale (8, 9). Pertanto, un potenziamento dei flussi informativi regionali e nazionali è necessario per la corretta valutazione di questo fenomeno.

**Riferimenti bibliografici**

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2022. Oslo, 2021.

(2) WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginevra, 2017.

(3) Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Il disagio mentale - un problema da arginare. 9 ottobre 2019. Disponibile sul sito: www.osservatoriosulla-salute.it/news/disagio-mentale.

(4) Istat. La salute mentale nelle varie fasi della vita. 26 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.

(5) Estrela M, Silva TM, Gomes ER, et al. Prescription of anxiolytics, sedatives, hypnotics and antidepressants in out-patient, universal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: a nationwide, interrupted time-series approach. *J Epidemiol Community Health* Published Online First: 08 October 2021. doi: 10.1136/jech-2021-216732.

(6) WHO, COVID-19 disrupting mental health services in

most countries, WHO survey, 5 ottobre 2021. Disponibile sul sito: www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey.

(7) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021. Rapporto Nazionale. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022. Disponibile sul sito: www.aifa.gov.it/documents/20142/1542390/Rapporto-OsMed-2020.pdf.

(8) Rabeea SA, Merchant HA, Khan MU, Kow CS, Hasan SS. Surging trends in prescriptions and costs of antidepressants in England amid COVID-19. *Daru*. 2021; 29 (1): 217-221. doi:10.1007/s40199-021-00390-z.

(9) Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G et al. Monitoring the impact of COVID-19 pandemic on mental health: a public health challenge? Reflection on Italian data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2020;2020;1-3. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01971-0>.



Ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Significato. Molti studi scientifici hanno dimostrato che il rischio di morbilità e mortalità aumenta congiuntamente all'abuso di alcol (1) e di sostanze (1-3), confermando inoltre la correlazione tra disturbi mentali ed abuso di sostanze (4). I disturbi mentali e comportamentali, derivanti dall'uso di sostanze psicoattive, includono disturbi causati dall'uso di alcol, oppioidi (oppio o eroina), cannabinoidi (marijuana), sedativi e ipnotici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni, tabacco e solventi volatili (5). Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi

derivanti dall'uso di sostanze ha evidenziato come i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscano l'uno con l'altro e si condizionino vicendevolmente (5).

L'indicatore qui presentato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2019) con una diagnosi primaria o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive quali alcol (codici ICD-9-CM: 291; 303; 305.0) e droghe (codici ICD-9-CM: 292; 304; 305.1-305.9).

Tasso di dimissioni ospedaliere per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti di età 15 anni ed oltre con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive	
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	x 100.000

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva).

Validità e limiti. Il flusso informativo delle SDO è uno strumento di raccolta di informazioni standardizzate relative a tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale. Nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo che identifica univocamente ciascun paziente, la qualità di questo codice è molto alta e le SDO con codice non affidabile sono state escluse dalle analisi. Sono stati, inoltre, considerati nelle elaborazioni solo i ricoveri per "acuti" e sono stati esclusi i ricoveri ripetuti relativi allo stesso paziente.

L'indicatore è riferito alla sola popolazione residente in Italia di età 15 anni ed oltre. Il limite principale dell'indicatore è costituito dalla possibile non omogeneità, tra le regioni, nella completezza e accuratezza delle informazioni registrate, così come dalla variabilità dell'offerta sul territorio di servizi non ospedalieri (Servizi per le Tossicodipendenze, Associazioni no-profit etc.). Per i confronti territoriali ed il trend temporale, il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011, che è stata aggiornata dall'Istat per gli anni 2002-2019.

Nel 2020, anno della pandemia di COVID-19, si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogate dagli Ospedali italiani: il numero complessivo di dimissioni (RO e DH) per acuti, riabilitazione e lungodegenza passa da 8.193.592 a 6.489.469 unità, con una diminuzione del 20,8% rispetto al 2019. Tuttavia, questa diminuzione non è da attribuire ad un'effettiva diminuzione dei casi con necessità di

cura, piuttosto alla drastica riduzione, fino alla chiusura totale, dei servizi di salute pubblica che sono stati interamente dedicati alla gestione della pandemia, trascurando altre esigenze non meno importanti, fra cui quelle relative alla salute mentale. Per questo motivo il confronto fra anni contigui, utile ad analizzare l'andamento degli indicatori, non verrà effettuato fra il 2021 e il 2020, ma fra il 2021 e il 2019, in quanto si ritiene che l'anno della pandemia sia poco indicativo e possa portare a interpretazioni errate.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore presentato. Al fine di evidenziare eventuali differenze territoriali, è stata scelta come soglia di riferimento il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel corso del 2021, 23.609 persone di età 15 anni ed oltre sono state dimesse almeno una volta da un Ospedale, con diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Rispetto al 2019 (27.898 persone) si è registrato un calo, che conferma il trend in diminuzione degli ultimi anni, passando da un tasso di 57,29 per 100.000 dimissioni nel 2017 ad un tasso di 46,86 per 100.000 nel 2021 (Grafico 1).

L'analisi per tipologia di sostanza mostra che i ricoveri dovuti al consumo di alcol hanno un andamento molto diverso rispetto a quelli dovuti all'assunzione di droghe. Il tasso standardizzato di soggetti dimessi per ricoveri dovuti al consumo di alcol è diminuito in maniera costante tra il 2003 (63,56 per 100.000 abi-

tanti) e il 2019 (25,69 per 100.000) e il dato in diminuzione si conferma anche nel 2021 (22,43 per 100.000). Nel caso, invece, dei ricoveri per droghe, il tasso è rimasto pressoché stabile tra il 2003 (32,46 per 100.000) e il 2016 (31,33 per 100.000), mentre, a causa dell'aumentato consumo di sostanze stupefacenti (soprattutto cocaina, oppioidi e cannabinoidi), si è registrato un sostanziale aumento del tasso negli anni 2017, 2018 e 2019 arrivando a 34,44, 34,51 e 33,97 per 100.000, rispettivamente, per poi diminuire negli ultimi anni e arrivare nel 2021 ad un tasso di 29,31 per 100.000. Da segnalare che il picco negativo totale, come si evince dal Grafico 1, osservato nel 2020, non è dovuto a una effettiva riduzione delle situazioni critiche e bisognose di ricovero ma, verosimilmente, alla chiusura generalizzata dei servizi dovuta alla pandemia di COVID-19 che, come noto, ha influito in modo estremamente negativo sulle risorse sanitarie, fra cui quelle legate alla salute mentale. Proprio per questo motivo, nella presente analisi si è deciso di descrivere la variazione registrata tra il 2019 e il 2021 (anziché quella tra il 2020 e il 2021), al fine di valutare l'andamento effettivo dell'indicatore.

Nel 2021 il tasso standardizzato di ricovero tra gli uomini di età 15 anni ed oltre è più del doppio rispetto a quello rilevato per le donne (66,19 vs 28,00 per 100.000). La classe di età 20-64 anni è quella in cui si registrano i valori più elevati dei tassi di dimissione a livello nazionale sia per gli uomini (78,41 per 100.000) che per le donne (32,13 per 100.000). In tutte le classi di età si registrano incrementi dei tassi di ricovero nel 2021 rispetto al 2020, sia per gli uomini che per le donne, sebbene il dato si mantenga comunque molto inferiore a quello rilevato precedentemente (2019) alla pandemia di COVID-19, per tutti i generi e le classi di età. Nella fascia di età 65-74 anni si osserva un calo rispetto al 2019 dell'8,6% tra gli uomini e del 20,2% tra le donne, mentre negli anziani di età 75 anni ed oltre il calo è del 24,1% per gli uomini e del 28,1% per le donne. Tra i giovani nella fascia di età 15-19 anni il calo è stato del 25,2% per gli uomini e del 10,2% per le donne, mentre nella fascia di età 20-64 anni sono calati del 12,3% i ricoveri per gli uomini e del 14,8% i ricoveri per le donne.

Nel 2021, tra gli uomini, i valori più elevati del tasso di dimissioni per ricoveri causati dall'uso di sostanze psicoattive a livello regionale si osservano nella PA di Bolzano (193,98 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano in Campania (24,39 per 100.000). Anche per le donne i valori più elevati si registrano nella PA di Bolzano (70,16 per 100.000), mentre i valori più bassi si osservano in Basilicata (10,45 per 100.000).

L'analisi dei tassi per genere e classe di età evidenzia una consistente variabilità regionale. Nel 2021, tra i giovani nella fascia di età 15-19 anni, tassi di dimissione particolarmente elevati si registrano nella PA di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta per gli uomini, mentre per le donne nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta e PA di Trento, dove si evidenzia un'inversione di tendenza rispetto al 2019, che vedeva la PA di Trento come quella con i tassi di dimissioni più bassi per le donne in questa fascia di età. Nel 2021 i valori più bassi si sono registrati in Molise, Campania e Basilicata sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1, Tabella 2).

Nella fascia di età 20-64 anni, i tassi più elevati di dimessi con una diagnosi di dipendenza da alcol e droghe si sono registrati, per entrambi i generi in Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Liguria. I tassi più bassi, nella stessa fascia di età 20-64 anni si sono registrati in Campania, Veneto, Calabria e Sicilia per gli uomini e Basilicata Sicilia e Campania per le donne (Tabella 1, Tabella 2).

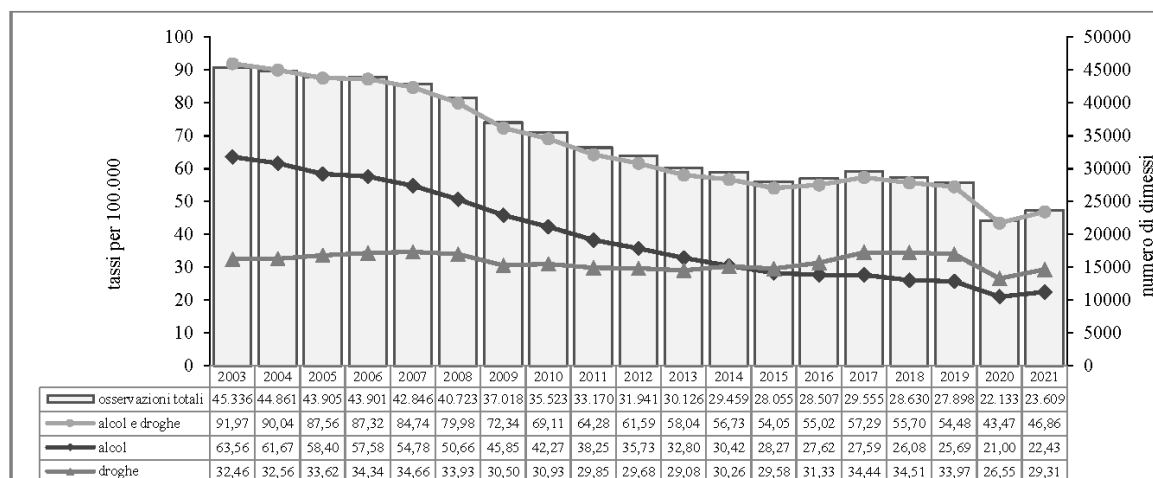
Nella classe di età 65-74 anni, per entrambi i generi, i tassi più elevati si registrano nella PA di Bolzano e Valle d'Aosta, mentre i valori più bassi si osservano in Campania per entrambi i generi, oltre che in Sicilia per gli uomini ed in Puglia e PA di Trento per le donne (Tabella 1, Tabella 2).

Tra gli anziani di età 75 anni ed oltre, la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta sono le regioni in cui si registra il più elevato tasso di dimessi con diagnosi di dipendenza per entrambi i generi. Oltre alle 2 regioni citate, si aggiungono il Friuli Venezia Giulia per gli uomini e l'Emilia-Romagna per le donne. In questa fascia di età le regioni con minor tasso di ricoveri sono Sicilia e Campania per entrambi i generi, ad esse si aggiungono Basilicata e Calabria solo per le donne (Tabella 1, Tabella 2).

Tra il 2019 e il 2021 gli aumenti più incisivi si sono registrati nella PA di Trento e nelle Marche fra le giovani donne (fascia di età 15-19 anni); in Valle d'Aosta e Umbria tra gli uomini.

Nella fascia di età 20-64 anni si registrano, rispetto al 2019, aumenti nei tassi di dimissioni in Umbria e Valle d'Aosta per gli uomini, e nessun aumento per le donne. Nella popolazione compresa nella fascia di età 65-74 anni, gli aumenti più consistenti si registrano in Valle d'Aosta, Umbria e Toscana per gli uomini, ed in Abruzzo, Calabria e Toscana per le donne. Per quanto riguarda gli anziani di età 75 anni ed oltre, invece, si sono registrati gli aumenti maggiori in Sardegna tra gli uomini e in Molise tra le donne (Tabella 1, Tabella 2).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive per tipo di sostanza - Anni 2003-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2022.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2021

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	40,57	91,01	66,97	39,05	79,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	99,47	207,22	191,70	50,23	180,38
Lombardia	47,43	90,47	53,82	29,45	76,24
Bolzano-Bozen	146,79	197,95	220,81	165,64	193,98
Trento	54,96	69,44	84,47	44,13	67,41
Veneto	28,95	48,79	35,23	20,09	42,57
Friuli Venezia Giulia	29,17	77,01	114,67	48,89	75,54
Liguria	69,15	147,17	68,87	36,52	119,92
Emilia-Romagna	31,33	82,75	53,68	39,30	71,09
Toscana	33,57	102,56	59,00	36,83	85,46
Umbria	29,65	85,46	61,43	30,30	72,76
Marche	45,04	104,09	38,36	21,87	82,86
Lazio	28,24	81,42	57,50	31,01	69,45
Abruzzo	26,63	112,20	65,10	21,61	90,75
Molise	0,00	74,92	43,10	41,03	62,75
Campania	5,49	31,03	12,89	6,13	24,39
Puglia	27,91	73,06	30,88	15,51	58,46
Basilicata	7,33	62,14	45,43	17,82	51,69
Calabria	12,42	50,07	32,86	12,95	41,39
Sicilia	16,02	54,92	17,19	5,13	42,14
Sardegna	108,22	110,37	68,06	37,11	96,27
Italia	33,23	78,41	48,98	27,77	66,19

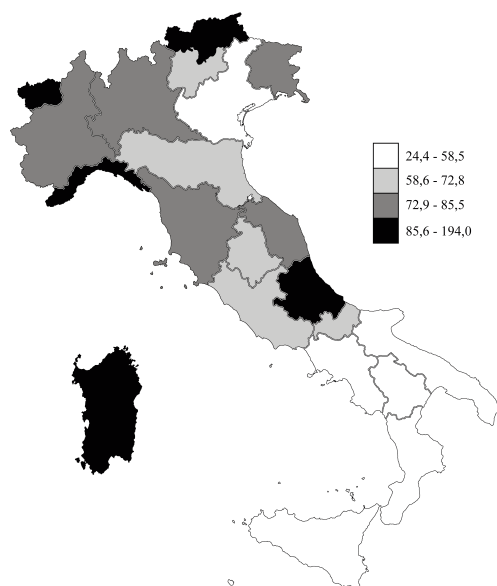
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2022.

Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2021

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	29,18	44,26	35,43	18,62	39,25
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,50	76,64	51,35	21,61	66,58
Lombardia	35,16	42,64	25,20	12,68	36,49
Bolzano-Bozen	108,30	70,26	79,34	42,49	70,16
Trento	59,93	28,70	6,56	17,46	26,40
Veneto	18,61	25,40	16,04	12,32	22,30
Friuli Venezia Giulia	42,86	30,82	33,94	18,06	30,34
Liguria	51,52	75,51	35,59	20,53	62,67
Emilia-Romagna	26,62	40,70	27,39	23,82	36,26
Toscana	38,61	41,85	28,65	19,21	37,33
Umbria	21,13	39,15	17,83	15,30	32,67
Marche	30,12	40,92	23,20	8,42	34,24
Lazio	18,52	26,80	18,19	14,57	23,82
Abruzzo	21,48	33,86	31,41	11,93	30,23
Molise	0,00	28,80	14,99	15,89	23,94
Campania	4,52	14,69	4,70	2,13	11,39
Puglia	11,13	18,46	6,07	8,92	15,39
Basilicata	7,88	12,78	8,54	0,00	10,45
Calabria	17,81	20,31	11,98	0,50	16,77
Sicilia	8,99	14,45	6,95	1,97	11,73
Sardegna	54,78	37,54	30,71	14,32	34,88
Italia	24,45	32,13	20,64	13,03	28,00

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2022.

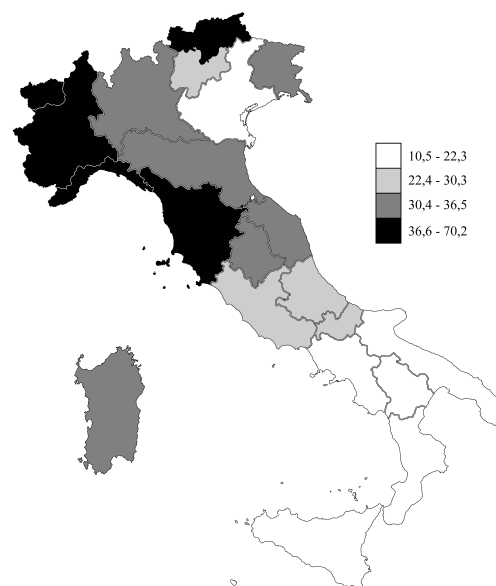
Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi. Anno 2021



Raccomandazioni di Osservasalute

Durante il 2020, l'Italia è stata duramente colpita dalla pandemia di SARS-CoV-2, con pesanti conseguenze per tutto il SSN. Come già rilevato in esperienze di precedenti pandemie (ad esempio, la SARS del 2003) e da recenti studi (7-9), questi fenomeni sono collegati con un aumento a medio e lungo termine dei disturbi da uso di alcol e droga. Il consumo di alcol, il disturbo da stress post-traumatico, l'ansia, la rabbia, la paura del

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine. Anno 2021



contagio, l'incertezza e la sfiducia sono alcuni degli effetti immediati e a lungo termine, identificabili tutti come possibili conseguenze della pandemia di COVID-19 (6). In aggiunta, il distanziamento fisico e le conseguenze economiche della pandemia di COVID-19 hanno portato in tutto il mondo la riduzione senza precedenti di molti dei deterrenti all'uso di sostanze, come l'interazione sociale, l'attività fisica, le attività ricreative, l'attività scolastica e l'attività lavorativa (10).

Da febbraio a dicembre 2020 il Sistema Pubblico di Salute Mentale, costituito da un'estesa rete di servizi per la collettività, ha subito una significativa contrazione degli standard di cura, che hanno poi visto, dall'inizio del 2021, un lento ritorno ai normali livelli di attività. La drastica riduzione degli standard di cura è stata osservata a tutti i livelli del Sistema Pubblico di Salute Mentale, compresi i reparti di Terapia Intensiva, le strutture diurne, le strutture residenziali, le visite domiciliari ed i centri di salute mentale per la comunità. Il livello di preparazione per l'emergenza COVID-19 è stato assolutamente inadeguato, suggerendo un forte bisogno di sviluppare opportuni piani nazionali integrativi, al fine di evitare che situazioni simili possano ripetersi in futuro. È stato evidenziato il bisogno di rafforzare, sia a livello locale che nazionale, l'organizzazione e gli standard assistenziali del SSN al fine di tutelare e sostenere la salute mentale dei pazienti, degli operatori sanitari e della popolazione in generale, prevenendo così una potenziale "pandemia" dei disturbi mentali (5, 11).

Una migliore gestione clinica dei soggetti in "need for treatment" permetterebbe ricoveri sicuramente più congrui ed omogenei su tutto il territorio nazionale, eliminando quindi le disuguaglianze di salute attualmente presenti nel nostro Paese. Il potenziamento dell'assistenza primaria e dei rapporti Ospedale-Territorio, per questa tipologia di pazienti, garantirebbe una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali per la tutela della salute mentale, consentendo la riduzione dei ricoveri ospedalieri, attraverso l'offerta di servizi in base agli effettivi bisogni dei pazienti. Il carico dei soggetti nei Servizi per le Tossicodipendenze o nei Servizi per le Dipendenze Patologiche dovrebbe stimare la capacità organizzativa socio-sanitaria nell'identificare e gestire precocemente l'individuo potenzialmente a rischio, sensibilizzandolo ad interventi di informazione, di identificazione e, eventualmente, di indirizzamento a strutture specializzate nel recupero e nella cura. Il miglioramento del livello di efficienza della rete dei servizi, quindi, dovrebbe portare a una riduzione dei ricoveri, riducendo l'impatto di tali patologie sul SSN. Molto spesso, tuttavia, la riduzione dei ricoveri alcol e droga correlati è espressione della continua e costante inadeguatezza di intercettare i consumi dannosi da parte del sistema assistenziale, con conseguente mancato o tardivo intervento. Infine, la variabilità regionale del tasso di

dimissioni è strettamente legata alla differente organizzazione dei servizi per le dipendenze e di quelli alcolologici, alla diversa accessibilità e fruibilità territoriale e aziendale così come alle diverse procedure e all'identificazione tardiva dei comportamenti a rischio.

Riferimenti bibliografici

- (1) Hjemstæter AJ, Bramness JG, Drake R, et al. Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or polysubstance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 101.
- (2) Jones CM, McCance-Katz EF. Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2019; 197: 78-82.
- (3) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 566-76.
- (4) Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, et al. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 206: 331-49.
- (5) Bernardo Carpiniello, Antonio Vita, Impact of COVID-19 on the Italian Mental Health System: A Narrative Review, *Schizophrenia Bulletin Open*, Volume 3, Issue 1, January 2022, sgac038. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac038>.
- (6) Esterwood E, Saeed SA. Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatr Q*. 2020 Dec; 91 (4): 1.121-1.133. doi: 10.1007/s11126-020-09808-4. PMID: 32803472; PMCID: PMC7429118.
- (7) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 2020; 3 (9): e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.
- (8) Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? *Epidemiol Prev*. 2020; 44 (56): 353-362. doi:10.19191/EP20.5-6. S 2.137.
- (9) Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19 (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 58 (1), 6-15. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.4415/ANN_22_01_02.
- (10) Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2021 Dec; 29 (6): 739-749. doi: 10.1037/pha0000431. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33166163; PMCID: PMC8163023.
- (11) Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australas Psychiatry*. 2020 Oct; 28 (5): 524-526. doi: 10.1177/1039856220943024. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32722961.



Suicidi

Significato. Il suicidio è un fenomeno legato alla salute mentale della popolazione ed è il risultato della convergenza di fattori genetici, psicologici, sociali e culturali; tuttavia, deve anche essere letto come un indicatore di “disagio” e di debole coesione ed integrazione sociale.

I principali fattori di rischio documentati nell’ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall’età anziana, dalla presenza di un disturbo psichia-

trico e dall’abuso di sostanze. Fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico possono giocare un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (1-4). L’aver tentato in precedenza un suicidio è un fattore di rischio per nuovi tentativi con esiti letali e, quindi, anche l’offerta e l’efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a ridurre i livelli di questo indicatore.

Tasso di mortalità per suicidio*

Numeratore	Decessi per suicidio di persone di età 15 anni ed oltre
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre

x 100.000

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (4).

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall’Istat e classificati secondo la ICD (ICD-10; suicidio: X60-X84, Y870) e dai dati, sempre di fonte Istat, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per genere, anno di nascita e stato civile”.

Il primo limite di questo indicatore è legato alla possibile sottostima dovuta all’errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le “cause non determinate” e le “morti accidentali”. Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l’indicatore qui presentato è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi commessi sul territorio italiano da stranieri non residenti (134 casi nel biennio 2018-2019). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esista, è estremamente raro (18 casi registrati nel biennio 2018-2019). Nonostante questi limiti, l’indicatore proposto consente di monitorare l’andamento temporale del fenomeno nelle diverse realtà territoriali italiane in quanto utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD). Al fine, inoltre, di fornire una misura “reale” del fenomeno legata alla struttura demografica del territorio, sono presentati anche il tasso grezzo e i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione, il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata cri-

maticità, è stato scelto come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio nel biennio 2018-2019 è stato pari a 7,05 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre, con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati (Tabella 1, Cartogramma). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2018-2019, si sono suicidate 7.327 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,3% (dati non presenti in tabella). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,33 per 100.000 per gli uomini e a 3,00 per 100.000 per le donne (Tabella 1). Rispetto ai valori del tasso standardizzato del biennio 2016-2017 riportati nel Rapporto Osservasalute, Edizione 2020, (uomini 11,94 per 100.000; donne 2,95 per 100.000), si registra una riduzione della mortalità tra gli uomini ed un valore sostanzialmente invariato per le donne.

Per gli uomini si osserva un incremento costante del tasso fino all’età di 55-59 anni, in cui il valore è pari a circa 14 casi per 100.000 abitanti; tra i 55-59 anni e i 70-74 anni il tasso rimane pressoché stabile intorno a questo valore per poi iniziare un aumento esponenziale, raggiungendo il massimo nella classe di età 90-94 anni (circa 34 casi per 100.000) (Grafico 1).

L’andamento del tasso di mortalità per suicidio per le donne è diverso da quello rilevato per gli uomini e cresce in modo costante fino alla classe di età 60-64 anni, raggiungendo il valore di circa 4 casi per 100.000; si osserva una lieve discesa nella classe di età successiva (65-69 anni), poi il tasso riprende leggermente a salire fino a raggiungere un massimo di quasi 5 casi per 100.000 nella fascia di età 80-84 anni,



per poi diminuire nuovamente nelle classi di età molto anziane (Grafico 2).

Sia per gli uomini che per le donne, quindi, la mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età. Per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale del tasso a partire dai 70 anni, soglia anagrafica che coincide in gran parte con l'attuale età pensionabile e che si è spostata in avanti rispetto al passato. L'uscita dal mondo del lavoro è un evento particolarmente critico, soprattutto per gli uomini, in quanto comporta una riduzione dei ruoli sociali e un conseguente restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione. Per le donne, il tasso di mortalità per suicidio cresce in maniera quasi costante con l'avanzare dell'età; l'uscita dal mondo del lavoro non sembra avere le stesse implicazioni che ha per gli uomini e le oscillazioni osservate sembrano più facilmente attribuibili a eventi sociali contingenti e fluttuazioni casuali.

L'analisi territoriale mostra una marcata variabilità

geografica, con tassi generalmente più elevati nelle regioni del Nord (ad eccezione della Liguria), in Sardegna e Basilicata. I valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano per gli uomini in Valle d'Aosta (27,37 per 100.000), Sardegna (17,01 per 100.000), Friuli Venezia Giulia (15,58 per 100.000), PA di Bolzano, PA di Trento e Piemonte (pari merito con circa 15 casi per 100.000). Le regioni nelle quali si registrano i livelli più bassi di mortalità per suicidio per gli uomini sono: Campania (6,22 per 100.000) e Liguria (8,16 per 100.000) seguite da Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia (con meno di 10 casi per 100.000). Per le donne i valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano in Valle d'Aosta (8,61 per 100.000), PA di Bolzano (5,16 per 100.000) e Friuli Venezia Giulia (4,61 per 100.000); mentre i livelli più bassi si osservano in Campania (1,41 per 100.000), Calabria (1,58 per 100.00) e Puglia (1,77 per 100.000) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio e suicidi (valori assoluti) nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2018-2019

Regioni	Tassi grezzi				15+	Maschi 15+	Tassi std Femmine 15+	Totale 15+	N suicidi 15*
	15-18	19-64	65-74	75+					
Piemonte	3,39	8,78	9,26	15,81	9,66	15,01	4,11	9,15	733
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	16,37	20,61	29,22	17,86	27,37	8,61	17,12	39
Lombardia	3,30	6,80	7,16	9,89	7,07	11,04	3,27	6,92	1.223
Bolzano-Bozen	10,30	9,57	11,14	12,77	10,19	15,37	5,16	10,00	91
Trento	10,69	8,50	10,18	13,90	9,55	15,20	4,11	9,38	89
Veneto	3,44	7,87	8,62	10,60	8,10	12,67	3,52	7,90	686
Friuli Venezia Giulia	5,70	9,36	10,29	15,88	10,34	15,58	4,61	9,68	220
Liguria	3,90	4,59	4,85	9,48	5,47	8,16	2,34	5,01	149
Emilia-Romagna	1,77	7,79	9,52	16,93	9,06	13,62	4,27	8,57	702
Toscana	1,23	7,11	7,87	14,31	8,03	12,68	3,40	7,57	521
Umbria	1,30	7,56	9,15	15,39	8,69	13,16	3,95	8,13	133
Marche	1,45	7,55	10,87	13,28	8,54	12,78	4,22	8,19	227
Lazio	1,70	5,28	7,33	7,03	5,57	9,01	2,41	5,48	557
Abruzzo	1,71	5,91	7,32	9,98	6,45	10,34	2,51	6,22	147
Molise	0,00	7,21	9,75	10,24	7,61	12,80	2,21	7,12	41
Campania	1,06	3,14	5,01	6,09	3,53	6,22	1,41	3,62	346
Puglia	1,67	5,58	6,00	7,11	5,59	9,80	1,77	5,58	386
Basilicata	0,00	8,05	8,83	13,58	8,44	13,97	3,17	8,28	83
Calabria	1,03	4,14	8,84	9,29	5,19	9,10	1,58	5,15	172
Sicilia	1,71	5,19	6,73	9,56	5,69	9,72	2,17	5,69	482
Sardegna	5,01	9,80	13,21	12,69	10,42	17,01	3,79	10,04	300
Italia	2,44	6,47	7,86	11,12	7,05	11,33	3,00	6,87	7.327

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte”, della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2022.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2018-2019

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2018-2019

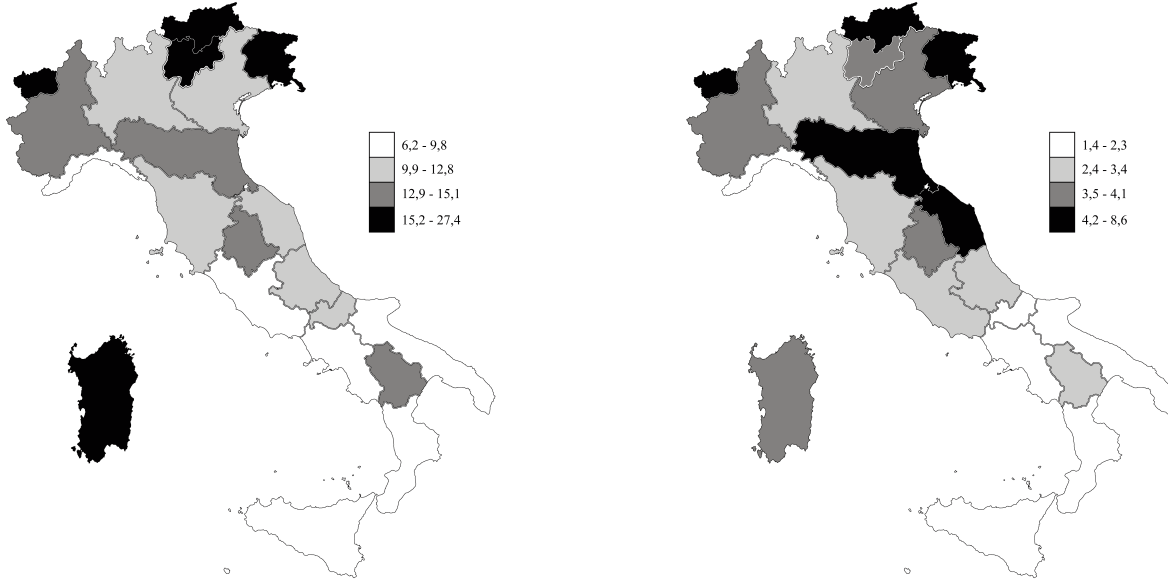
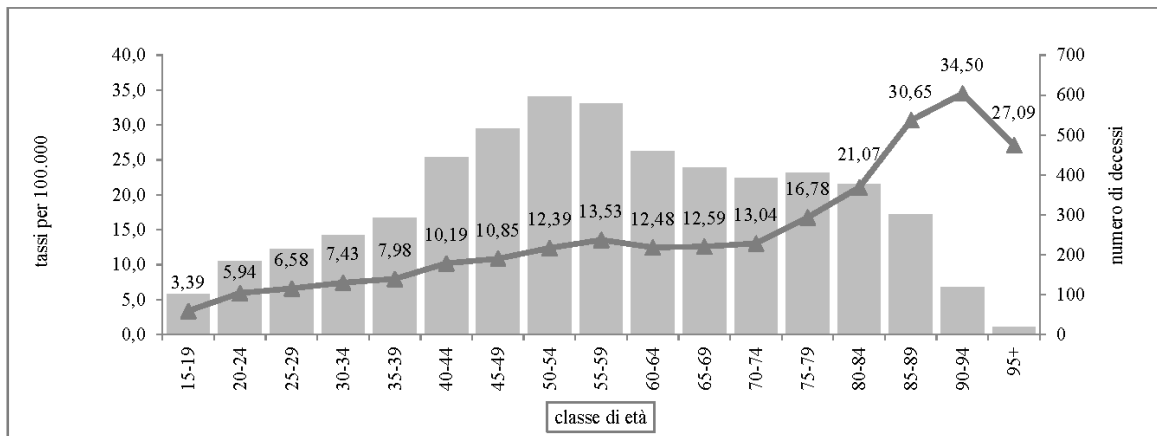
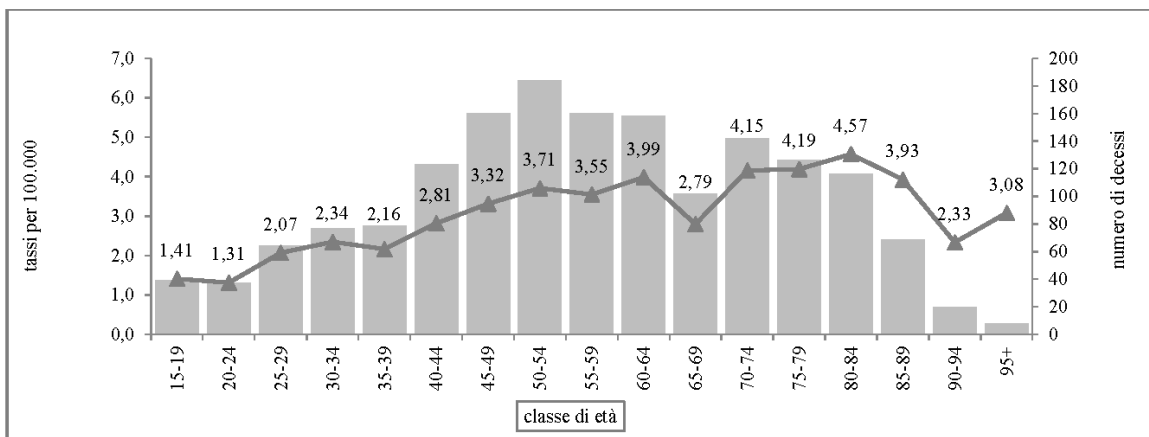


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere (tassi per 100.000 scala di sinistra; numero di decessi scala di destra) - Anni 2018-2019

Maschi



Femmine



Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale (5-9). I progressi compiuti per il raggiungimento di questo obiettivo mostrano una riduzione del tasso globale di suicidi che, tuttavia, rimane tra le prime tre cause più frequenti di mortalità tra le persone di età 15-29 anni a livello globale e in Italia (10).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione del suicidio, l'OMS considera fondamentale la restrizione della disponibilità e accesso ai mezzi utilizzati (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco e accesso a luoghi elevati) e l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso di alcol e sostanze; inoltre, particolare attenzione va posta alle "pratiche di copertura mediatica inappropriate" che possono aumentare il rischio di emulazione. In accordo con le Linee Guida dell'OMS (11), i media dovrebbero, tra le altre cose, evitare l'uso di un linguaggio sensazionalistico, evitare di presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema e di mostrare immagini e/o descrivere il metodo utilizzato; occorrerebbe, invece, affiancare alle notizie relative a gesti suicidi indicazioni sulla prevenzione (5-9).

Come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio, che va invece visto come la risultante di molti fattori genetici, psico-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Depressione, abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente interrelati; ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possono essere confinate al solo ambito sanitario ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi mirati anche a livello di comunità (1, 5-10).

Il suicidio, in un'ottica di programmazione sanitaria, deve essere considerato anche per gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione. I *survivors*, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di colpa, sentimenti di rifiuto e abbandono, rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali. È, pertanto, fondamentale incentivare la diffusione sul territorio di strutture dedicate alla prevenzione e al sostegno dei *survivors* come, ad esempio, il "Servizio per la Prevenzione del Suicidio" (www.prevenireilsuicidio.it) attivo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma.

Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori orga-

nismi internazionali (5-13), solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi (13).

La crisi economico-finanziaria del 2007-2008 ha avuto un impatto molto forte, in termini di aumento dei suicidi, sugli uomini ma non sulle donne, indicando una minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici". L'attuale scenario determinato dalla pandemia di COVID-19 del 2019-2020 si configura come "evento critico" di proporzioni ben maggiori di quello del 2008. Misure di quarantena collettiva sono state descritte come associate ad un aumento della rischiosità suicidaria (14, 15). Non abbiamo ancora dati disponibili per poter valutare gli effetti, a breve e lungo termine, del "distanziamento sociale" e delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di *routine* o di emergenza), nonché della limitazione delle libertà e dello stigma. La crisi attuale di natura sia economica che politico-sociale genera un forte stato di ansia e preoccupazione per il futuro che si ripercuote inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione e rischia di impattare anche sul rischio di suicidio, andando ad aggiungersi e interagendo con i fattori di rischio preesistenti. Va anche sottolineato che la crisi attuale non sta impattando in modo uniforme su tutti i settori della popolazione ed i sottogruppi di popolazione più "fragili" (per caratteristiche individuali e/o sociali) ne risentiranno più di altri, con un conseguente aumento delle disuguaglianze (16).

Riferimenti bibliografici

- (1) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (2) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).
- (3) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
- (4) Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbuto D and Pompili M (2018) Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front. Psychiatry* 9:567. doi: 10.3389/fpsy.2018.00567
- (5) Commissione Europea. "European pact for mental health and well-being". Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (6) OMS. "Public health action for the prevention of suicide. A framework". Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- (7) Commissione Europea. "Join Action su Mental Health and Wellbeing". Disponibile sul sito: www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health.
- (8) OMS. "Mental health action plan 2013-2020". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
- (9) OMS. "Preventing suicide. A global imperative". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en.



(10) OMS. "Report of the Secretary-General, Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals" Disponibile sul sito: <https://undocs.org/E/2019/68>.

(11) OMS. "Preventing Suicide A Resource for Media Professionals Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization International Association". Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>.

(12) United Nations. Dept. for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996. Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/97892415>

03570_eng.pdf.

(13) OMS. "National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators". Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1174021/retrieve>.

(14) Gunnell D, Appleby L., Arensman E. et. Al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry April 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.

(15) Thakur V, Jain A. COVID-2019-suicides: A global psychological pandemic. Brain Behav Immun. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.

(16) Horton R. COVID-19 is not a pandemic. Lancet, Vol. 396, 10255, P874, September 26, 2020.



Omicidi

Significato. L'omicidio può essere visto come la punta dell'*iceberg* di una violenza molto più diffusa, ma con esiti non letali, e ha un enorme impatto in termini di Sanità Pubblica. L'atto violento costituisce, infatti, un fattore di rischio per la salute mentale della rete familiare e sociale sia della vittima che dell'esecutore della violenza, con effetti destabilizzanti che si ripercuotono sulla comunità e sulla società nel suo complesso.

Sebbene non si possa escludere che fattori biologici e

genetici possano predisporre all'aggressività, è però indubbio che questi fattori di rischio si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento. Il tasso di omicidi riflette, quindi, anche il grado di sicurezza della società ed il livello di conflittualità in atto e, in modo speculare al suicidio, può essere letto come un indicatore di malessere sociale.

Tasso di mortalità per omicidio*

Numeratore	Decessi per omicidio di persone di età 15 anni ed oltre	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre	

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per omicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istat e classificati secondo l'ICD (ICD-10; omicidio: X85-Y09, Y871) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e, per gli anni 2001-2011, della "Ricostruzione intercensuaria della popolazione". L'indicatore include esclusivamente le vittime di omicidio volontario e preterintenzionale escludendo, pertanto, gli omicidi colposi (come, ad esempio, quelli da incidente stradale o incidente sul lavoro).

L'indicatore presenta diversi limiti che elenchiamo di seguito:

- la possibile sottostima dovuta soprattutto ai decessi "in accertamento giudiziario" per i quali al momento del rilascio dei dati non è ancora stata accertata la causa del decesso;
- è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto delle vittime di omicidio non residenti in Italia (44 casi nel biennio 2018-2019);
- non considera gli omicidi di bambini di età <15 anni (17 casi nel biennio 2018-2019) al fine di rendere questo indicatore comparabile con quello sui suicidi riportato in questo stesso Capitolo;
- il tasso è riferito alla residenza della vittima e non al luogo in cui è stato perpetrato l'omicidio; tuttavia, nella maggioranza dei casi l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima.

I dati utilizzati sono esclusivamente di fonte sanitaria, tuttavia nei Paesi (come il nostro) con una elevata qualità dei dati, non ci sono rilevanti discrepanze tra le statistiche di fonte sanitaria e quelle di fonte giudi-

ziaria (1). Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per omicidio rappresenta un solido indicatore per i confronti geografici e per il monitoraggio delle tendenze poiché utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD). Resta da sottolineare che il tasso standardizzato (popolazione di riferimento: Italia 2011) se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce una misura della "reale" dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché l'omicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili", il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità, è stato scelto come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2018-2019, il tasso grezzo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,48 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2018-2019, sono state uccise 499 persone. Il rapporto di mascolinità dei decessi per omicidio riferito sempre alla stessa classe di età è stato di 1,73. Arriva a 2,36 per la classe di età 15-64 anni e scende invece a 0,84 tra gli anziani di età 65 anni ed oltre: questo significa che tra gli individui di età 15-64 anni, gli uomini rappresentano il 70,2% del totale delle vittime,

mentre tra gli anziani di 65 anni ed oltre il rapporto si inverte a sfavore delle donne e gli uomini rappresentano solo il 45,7% delle vittime di omicidio (dati non presenti in tabella).

Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,63 per 100.000 per gli uomini e a 0,33 per 100.000 per le donne e, rispetto alla rilevazione del biennio precedente, si osserva una diminuzione più consistente per il genere maschile (Tabella 1).

Per gli uomini il tasso età-specifico aumenta al crescere dell'età e raggiunge il suo massimo tra i 40-44 anni (1,01 per 100.000); successivamente, il tasso diminuisce rapidamente fino ai 50-54 anni, aumenta nella classe di età 55-59 anni e mostra poi, seppure con qualche oscillazione, una tendenza alla riduzione nelle classi di età più anziane (Grafico 1).

Per le donne, invece, il tasso età-specifico aumenta dai 15-19 anni (0,14 per 100.000) ai 30-34 anni (0,40 per 100.000), poi decresce e si mantiene sostanzialmente stabile oscillando intorno ad un valore di 3-4 vittime per milione di abitanti fino ai 70-74 anni (0,29 per 100.000); dopo questa età il tasso aumenta di nuovo e raggiunge un massimo nella fascia di età 80-84 anni (0,75 per 100.000) per poi decrescere nuovamente nelle classi di età molto anziane (Grafico 2).

L'analisi territoriale per genere della vittima evidenzia una marcata variabilità geografica. Per gli uomini, la regione con il tasso di mortalità per omicidio più elevato è la Calabria (2,35 per 100.000), seguita da Puglia (1,52 per 100.000), Valle d'Aosta (1,07 per 100.000), Sardegna (1,06 per 100.000), Basilicata (0,89 per 100.000) e Sicilia (0,79 per 100.000); rispetto al passato la Campania (0,60 per 100.000) non si colloca più tra le regioni con i tassi più elevati.

Per le donne le regioni con i livelli del tasso di mortalità per omicidio più elevati sono l'Emilia-Romagna (0,56 per 100.000) seguita da Calabria (0,52 per 100.000), Umbria e Abruzzo (pari merito 0,48 per 100.000).

All'estremo opposto, nel biennio 2018-2019 e per entrambi i generi, le regioni più "virtuose" sono state Molise, Friuli Venezia Giulia e Liguria: nel Molise

non si è registrato nessun omicidio; in Friuli Venezia Giulia il tasso è simile per entrambi i generi ed è stato pari a 0,18 per 100.000 per gli uomini e 0,17 per 100.000 le donne; tassi di mortalità simili sono stati rilevati anche in Liguria (0,21 per 100.000 per gli uomini e 0,18 per 100.000 per le donne). Per gli uomini il tasso di mortalità per omicidio è stato particolarmente basso anche nelle Marche (0,15 per 100.000) mentre per le donne in Puglia (0,13 per 100.000) (Tabella 1, Tabella 2, Cartogramma).

L'analisi per classi di età fa emergere che in Calabria e Sardegna i tassi di mortalità per omicidio sono più elevati del valore medio nazionale sia tra gli individui nella classe di età 15-64 anni, che tra gli anziani (*over 65enni*); in Basilicata e Puglia, invece, i tassi di mortalità per omicidio sono tra i più elevati solo nella classe di età 15-64 anni. Tra gli anziani (65 anni ed oltre), in Basilicata non si registra nessun decesso, mentre in Puglia il tasso tra gli *over 65enni* è pari a 0,07 per 100.000, stesso valore del Friuli Venezia Giulia, del Veneto e della Sicilia; quest'ultima vede, invece, un tasso superiore al valore medio nazionale tra gli individui della classe di età 15-64 anni (0,37 per 100.000) (Tabella 1, Cartogramma).

Nel corso degli ultimi 10 anni il rapporto di genere (Maschi/Femmine) è diminuito e, nel biennio 2018-2019, è stato pari a 1,73. Il rapporto Maschi/Femmine risulta essere molto più elevato nelle regioni del Sud e nelle Isole, rispetto a quelle del Nord (Tabella 1). Ai due estremi della graduatoria si posizionano il Molise, con 0 decessi per omicidio sia tra gli uomini che tra le donne, e la Valle d'Aosta con 1 decesso tra gli uomini e 0 decessi tra le donne (si tratta però di una regione molto piccola, pertanto il dato è soggetto a forti oscillazioni casuali). La regione con il rapporto di genere più elevato è la Puglia con un rapporto pari a 9,80. Seguono Calabria (4,22), Sicilia (3,20), Campania (2,80), Sardegna (2,33) e Basilicata (2,00).

All'estremo opposto, le regioni con un rapporto di genere inferiore all'unità sono Marche (0,33), Emilia-Romagna (0,61), Umbria (0,75), Abruzzo (0,83) e Lombardia (0,97) (Tabella 1, Cartogramma).

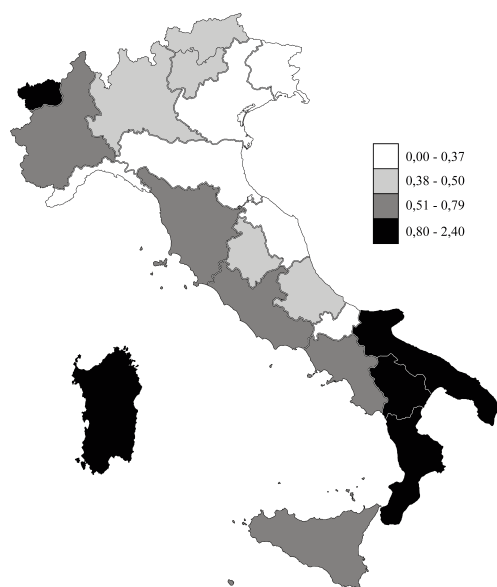
Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2018-2019

Regioni	Tassi grezzi			Tassi std			N Totale 15+	Maschi/Femmine
	15-64	65+	15+	Maschi 15+	Femmine 15+	Totale 15+		
Piemonte	0,29	0,14	0,50	0,56	0,40	0,49	38	1,11
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,25	0,46	1,07	0,00	0,29	1	n.a.
Lombardia	0,26	0,09	0,41	0,42	0,38	0,41	71	0,97
Bolzano-Bozen	0,27	0,10	0,45	0,47	0,44	0,43	4	1,00
Trento	0,32	0,08	0,43	0,50	0,39	0,47	4	1,00
Veneto	0,15	0,07	0,25	0,28	0,23	0,25	21	1,10
Friuli Venezia Giulia	0,08	0,07	0,19	0,18	0,17	0,18	4	1,00
Liguria	0,12	0,04	0,22	0,21	0,18	0,19	6	1,00
Emilia-Romagna	0,27	0,14	0,48	0,37	0,56	0,47	37	0,61
Toscana	0,27	0,17	0,52	0,65	0,36	0,51	34	1,62
Umbria	0,20	0,19	0,46	0,43	0,48	0,46	7	0,75
Marche	0,14	0,11	0,30	0,15	0,42	0,29	8	0,33
Lazio	0,26	0,13	0,46	0,63	0,30	0,46	46	1,88
Abruzzo	0,26	0,13	0,48	0,40	0,48	0,45	11	0,83
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	n.a.
Campania	0,26	0,08	0,39	0,60	0,21	0,39	38	2,80
Puglia	0,62	0,07	0,78	1,52	0,13	0,81	54	9,80
Basilicata	0,56	0,00	0,61	0,89	0,43	0,65	6	2,00
Calabria	1,00	0,23	1,42	2,35	0,52	1,43	47	4,22
Sicilia	0,37	0,07	0,50	0,79	0,23	0,51	42	3,20
Sardegna	0,48	0,14	0,69	1,06	0,39	0,72	20	2,33
Italia	0,31	0,11	0,48	0,63	0,33	0,48	499	1,73

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2022.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2018-2019



Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2018-2019

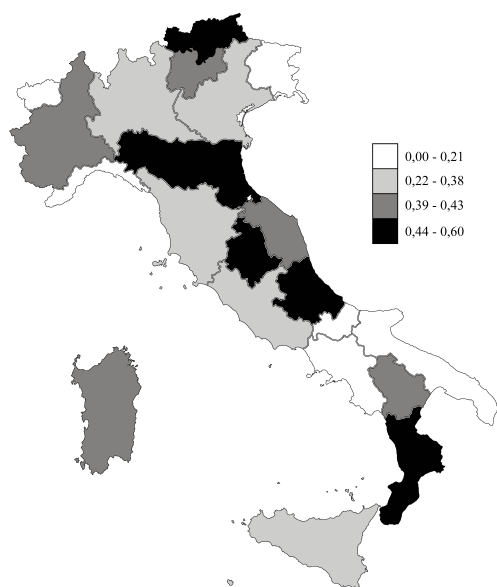
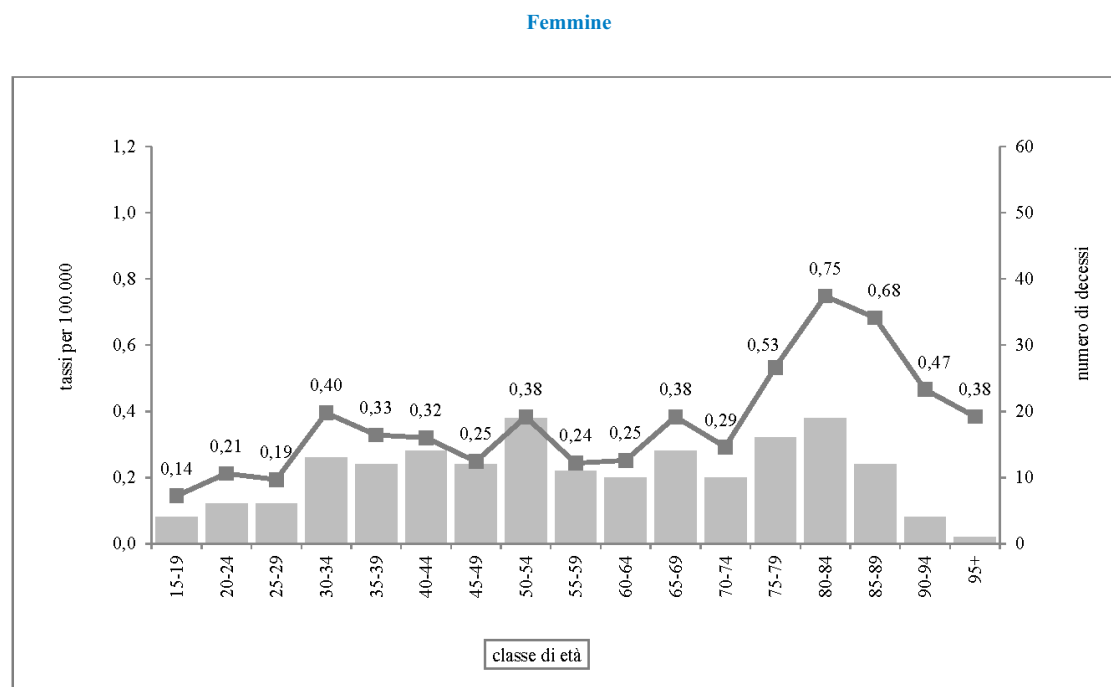
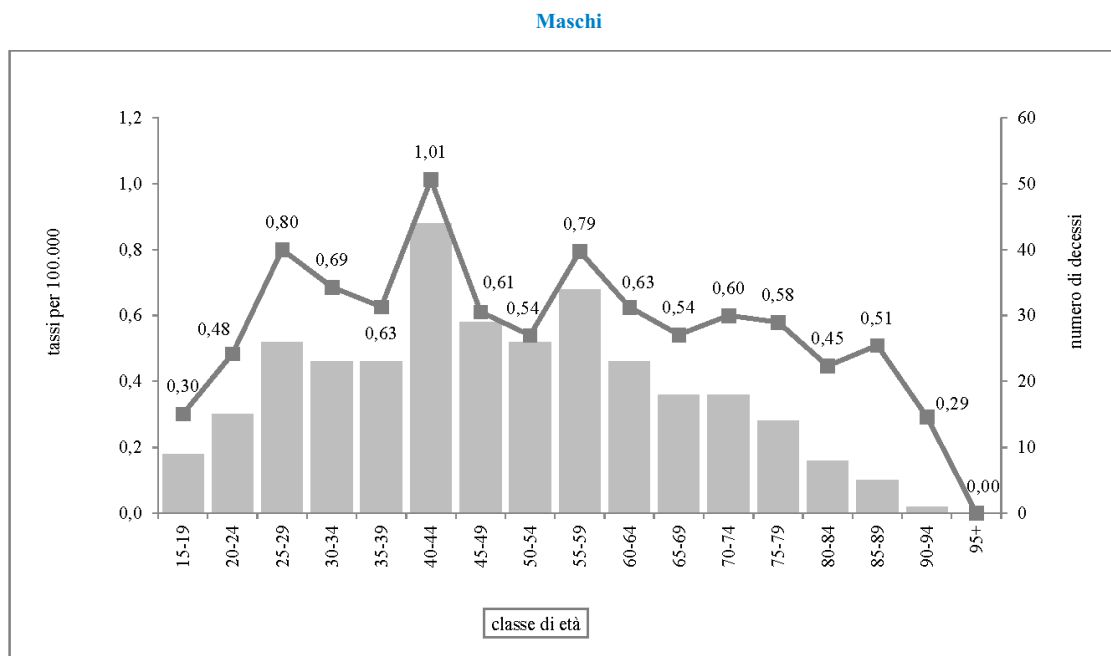


Grafico 1 - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere (tassi per 100.000 scala di sinistra; numero di decessi scala di destra) - Anni 2018-2019



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'omicidio e, più in generale la violenza, non si distribuiscono in modo casuale ma si concentrano in particolari aree geografiche e sottogruppi di popolazione. Inoltre, il rischio di essere vittima o autore di violenza aumenta se la rete sociale e/o familiare del soggetto include vittime e/o autori di violenza.

Già nel 1996 la 49th *World Health Assembly* ha identificato la violenza come un problema di Sanità Pubblica che può essere prevenuto e il concetto è stato formalizzato dall'OMS nel Report "World Report on Violence and Health" (1).

Nel mondo il tasso globale di mortalità per omicidio è lentamente diminuito a partire dall'anno 2000 (2, 3); in Italia la diminuzione è stata più consistente rispetto ad altri Paesi e soprattutto per gli uomini (Rapporto Osservasalute, Edizione 2019). La riduzione del tasso di omicidio totale è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime maschili e questo ha determinato un aumento percentuale delle donne sul totale delle vittime (attualmente rappresentano circa un terzo del totale) (4). L'analisi territoriale conferma che, per gli uomini, i tassi sono più elevati in molte regioni del Meridione, dove il contesto sociale e culturale è stato segnato dalla presenza storica della criminalità organizzata (Mafia, Camorra, 'Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (4, 5). La lotta e il contrasto alla criminalità organizzata restano imprescindibili per ridurre i tassi di omicidio; tuttavia, il fenomeno della violenza va affrontato anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di omicidio al fine di individuare i possibili fattori di rischio individuali, familiari e di contesto. Non abbiamo ancora disponibili dati "solidi" per valutare gli effetti della pandemia di COVID-19 e delle misure di *lockdown* sulla violenza e sul tasso di omicidio nel nostro Paese; tuttavia, si stanno delineando evidenze di un aumento dei casi di violenza intra-familiare, le cui vittime sono in massima parte donne, bambini ed anziani (6, 7). Una conoscenza approfondita del fenomeno avrebbe implicazioni pratiche nello stabilire programmi più dettagliati per la prevenzione della violenza e, più specificamente,

nell'intervenire a sostegno delle vittime fragili che hanno già subito violenza, in virtù dell'alto rischio di recidiva, attraverso la formazione dei professionisti della salute e politiche di *gender equality*.

In questo contesto assumono ancora più importanza, per la prevenzione della violenza, le politiche dirette ai giovani volte a ridurre l'abbandono scolastico e ad incrementare l'offerta educativa scolastica e extra-scolastica, elementi chiave per favorire socializzazione, integrazione ed educazione alla non-violenza.

La scuola come spazio fisico è fondamentale per individuare i casi di violenza intra-familiare ed è anche elemento determinante nella lotta contro le organizzazioni criminali che trovano nell'abbandono scolastico un bacino di "manodopera".

Riferimenti bibliografici

- (1) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en.
- (2) United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). UNODC, Vienna 2019. Disponibile sul sito: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html.
- (3) Eurostat, Intentional homicide victims by age and sex - number and rate for the relevant sex and age groups. Disponibile sul sito: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>. Last update: 23 luglio 2018.
- (4) Monica Vichi, Silvia Ghirini, Paolo Roma, Gabriele Mandarelli, Maurizio Pompili, Stefano Ferracuti, Trends and patterns in homicides in Italy: A 34-year descriptive study, *Forensic Science International*, Volume 307, 2020.
- (5) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito: www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013.
- (6) Bellizzi S., Nivoli A., Loretto L., Farina G., Ramses M., Ronzoni A.R. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. *Gynecology&Obstetric*, 150 (2), August 2020. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13270>.
- (7) Xue J, Chen J, Chen C, Hu R, Zhu T. The Hidden Pandemic of Family Violence During COVID-19: Unsupervised Learning of Tweets. *J Med Internet Res*. 2020 Nov 6;22(11): e24361. doi: 10.2196/24361. PMID: 33108315; PMCID: PMC7652592. Disponibile sul sito: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652592.

Benessere mentale dei giovani nel biennio della pandemia

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott. Maurizio Pompili, Dott.ssa Alessandra Tinto

La pandemia di COVID-19, almeno nella prima fase, è stata fatale per le persone in precarie condizioni di salute fisica, colpendo soprattutto gli individui più fragili ed affetti da patologie croniche, identificati soprattutto nella popolazione molto anziana. Lo stress, le restrizioni alla mobilità, le limitazioni delle relazioni sociali e l'impatto sulla condizione lavorativa, con le difficoltà del mercato del lavoro causate dallo *shock* pandemico, hanno comportato periodi di incertezza complessiva, i cui risvolti economici e sociali hanno peggiorato situazioni di precarietà e/o instabilità psichica, minando l'equilibrio psico-fisico di gruppi di popolazione già vulnerabili. La persistenza nel tempo di tali cambiamenti della vita quotidiana ha determinato un forte impatto soprattutto tra i più giovani che, proprio in una fase già molto delicata della loro vita, sono stati ulteriormente esposti ad un forte disagio e ad una compromissione del benessere mentale. Infatti, l'ultimo Rapporto dell'OCSE del 2022 (1) dedica un paragrafo specifico al pesante tributo pagato dai giovani in termini di benessere mentale. Secondo alcune ricerche condotte in Europa "i sintomi di depressione tra i giovani sono aumentati di circa il 50% e in diversi Paesi più che raddoppiati", molti giovani hanno dovuto rinunciare ad attività svolte nel tempo libero, compresa l'attività fisica, che ha predisposto anche al peggioramento delle loro abitudini alimentari. Si riscontra un allarmante incremento dei tassi di pensieri suicidari, come dimostrato dalle rilevazioni effettuate in Belgio e Francia, dove si è registrato un aumento di circa cinque volte. Nel marzo 2021, in Belgio un giovane su quattro di età 18-29 anni ha dichiarato di aver preso seriamente in considerazione il suicidio negli ultimi 12 mesi (nel 2018 il tasso era del 5,2%). Analogamente, in Francia nel settembre 2022 più di un giovane su quattro di età 18-24 anni dichiara di aver avuto pensieri suicidari (a fronte del 4,6% nel 2017); anche in Olanda tra aprile e giugno 2022 il tasso di giovani di età 12-25 anni che ha avuto pensieri suicidari negli ultimi 3 mesi appare elevato (circa il 16%). In Italia, non esiste una fonte ufficiale che documenti lo stesso fenomeno a livello nazionale, ma è certamente indiscusso l'allarme relativo all'aumento dei disturbi d'ansia, depressione e tentativi di suicidio proveniente da molti Enti (Ospedali pediatrici, Federazione Italiana Medici Pediatri) ed esperti del settore (pediatri, psichiatri, psicologi e psicoterapeuti), riscontrando tali sintomi in adolescenti e anche bambini. I servizi di salute mentale, a causa delle interruzioni forzate e con l'aumento della domanda durante la pandemia, non sono sempre riusciti a rispondere alle numerose emergenze. Si stima, infatti, che quasi un giovane europeo su due abbia dichiarato bisogni di cura insoddisfatti durante questo periodo. La Presidente della Commissione Europea nel presentare lo "Stato dell'UE" il 14 settembre 2022 ha espressamente dichiarato che "è necessario sviluppare un piano d'azione dell'UE sulla salute mentale, che preveda una strategia a lungo termine, anche per quanto riguarda la ricerca, e che affronti anche la questione della disponibilità di professionisti, anche per i minori, e l'istituzione, nel prossimo futuro, di un apposito Anno europeo della salute mentale".

Anche in Italia si è dovuta fronteggiare la ridotta erogazione delle prestazioni a causa della pandemia. L'ISS ha coordinato uno studio specifico per monitorare i livelli di funzionamento dei servizi di salute mentale che, come in altri Paesi, hanno subito interruzioni delle attività sopperendo, quando possibile, con supporti psicologici da remoto (2).

Inoltre, il sostegno all'accesso alla psicoterapia previsto in diversi Paesi membri dell'UE, è stato attivato anche in Italia¹ con previsioni di spesa delle ultime leggi finanziarie, sebbene per un ammontare abbastanza contenuto, che quindi solo in parte potrebbe rappresentare una possibile contingente risposta al problema, mentre si auspica un riassetto organico dei servizi alla collettività per la cura e la prevenzione della salute mentale.

Per approfondire il tema del disagio giovanile nel periodo pandemico, sono stati analizzati alcuni indicatori sul benessere nei vari ambiti di vita, monitorati ogni anno dall'Istat nell'ambito del sistema di indicatori del Benessere Equo e Sostenibile (3), che consentono di verificare l'impatto della pandemia sullo stato di benessere mentale della popolazione, attraverso l'indice di salute mentale (MH) derivato dal questionario SF36² ed affiancato da indicatori relativi sia al benessere soggettivo (4, 5) sia ai livelli di soddisfazione per le relazioni sociali.

¹Un rapporto presentato dalla Commissione europea sull'impatto della pandemia sulla salute mentale dei giovani, diffuso in occasione della Giornata mondiale, riporta che Italia nel 2022 sono stati soprattutto i giovani ad aver fatto richiesta del *Bonus* psicologo: su 300 mila richieste, oltre il 60%, pari a 180 mila domande, proveniva da cittadini di età <35 anni. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/statement_22_6022

²Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale l'indice di salute mentale (MH) dell'SF-36 è basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo a cinque specifiche domande. L'indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione (Keller, S.D., J.E. Ware, P.M. Bentler et al. 1998. "Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project". *Journal of Clinical Epidemiology*. Volume 51, N. 11: 1179-1188). All'aumentare del punteggio, che assume valori tra 0 e 100, migliora la valutazione delle condizioni di salute mentale. Altri strumenti, sempre rilevati dall'Istat nell'Indagine sulla salute europea (*European Health Interview Survey*), come il *Patient Health Questionnaire* a otto domande sui sintomi depressivi, sono disponibili fino al 2019 e aggiornabili solo nel 2025, come da calendario europeo.



Il benessere mentale, com'è noto, peggiora al crescere dell'età, con sensibili differenze di genere che penalizzano sempre le donne, soprattutto quelle molto anziane, che mostrano livelli di indice MH tra i più bassi, ad indicare condizioni di maggiore malessere e stato emotivo compromesso (Grafico 1).

Ciò che preme osservare, però, è che, nel triennio 2019-2021, il livello di benessere mentale peggiora sensibilmente tra i giovani nella fascia di età 14-24 anni, soprattutto nella componente femminile (circa -4 punti medi rispetto al 2019) e, in misura più lieve, anche tra le donne nella fascia di età 25-34 anni (circa -2 punti medi), a fronte di una quasi stabilità nelle altre fasce di età. L'attenta analisi del trend rappresentato nel Grafico 1 testimonia, quindi, il maggior disagio vissuto dai giovani nella fascia di età 14-24 anni, soprattutto nel secondo anno di pandemia, sebbene i valori medi dell'indice restino comunque più elevati rispetto alle altre fasce di età. Anche i giovani uomini nella fascia di età 14-24 anni, che nel primo anno di pandemia avevano mostrato un lieve aumento del valore dell'indice, nel 2021 evidenziano un peggioramento della salute mentale, anche se con una riduzione dell'indice MH più contenuta rispetto alle loro coetanee (-1,3 punti medi rispetto al 2020 vs -3,1 punti medi delle giovani donne). Tali andamenti hanno acuito il divario di genere, con una differenza nella fascia di età 14-24 anni che passa dai 3,4 punti in più per gli uomini nel 2019 a 6,9 punti in più nel 2021.

Tuttavia, l'andamento dell'indice di salute mentale nei giovani (fascia di età 14-24 anni), nel triennio 2019-2021, segue traiettorie diverse nelle aree geografiche considerate, anche rispetto al genere. Il Nord-Ovest è la zona in cui si registra il calo più accentuato dell'indice tra i giovani ed è l'unica area in cui il peggioramento riguarda anche gli uomini, già a partire dal primo anno di pandemia, con una riduzione complessiva tra il 2019 e il 2021 di 4,6 punti medi per gli uomini e 3,8 punti medi per le donne. La flessione dell'indice MH nel Nord-Est e nel Centro si osserva solo nel 2021 per entrambi i generi, sebbene in modo più marcato per le giovani donne (rispettivamente, -4,1 nel Nord-Est e -7,6 punti medi nel Centro rispetto al 2020). Nelle Isole, invece, l'indice peggiora solo per le donne (-4,8 punti medi), mentre nel Sud si rileva una certa stabilità per le ragazze e addirittura un lieve miglioramento per i ragazzi rispetto al 2019.

La condizione di maggior disagio nella popolazione giovanile di età 14-24 anni emerge anche dall'analisi del trend degli altri indicatori che riguardano la qualità della vita e le relazioni sociali, vista la particolare rilevanza per i giovani di coltivare relazioni positive utili a sviluppare la propria identità ed a migliorare il proprio livello di benessere. In particolare, sono stati analizzati tre indicatori: il livello di soddisfazione per la propria vita, utilizzato anche a livello internazionale per cogliere il benessere soggettivo sulla base di una valutazione a punteggio, nonché due indicatori relativi alla soddisfazione per il tempo libero ed alle relazioni amicali. Tali indicatori mostrano una certa resilienza dei giovani rispetto alle restrizioni del primo anno di pandemia, ma il perdurare di esse, nel secondo anno, ha fatto emergere tutto il disagio accumulato. Nel 2021 aumenta la quota di giovani (14-24 anni) che esprimono insoddisfazione per la propria vita (con un voto tra 0-5), che passa dall'8,9% del 2019 all'11,2% del 2021, a fronte invece della diminuzione che si registra nella popolazione più adulta (3). In particolare, tra le giovani donne, la quota di insoddisfazione aumenta di quasi 4 punti percentuali a fronte di un solo punto tra i loro coetanei uomini (Grafico 2). L'aumento della percentuale di giovani poco soddisfatti per la vita si affianca al forte aumento della quota di giovani insoddisfatti per il tempo libero (17,4 punti percentuali in meno nel 2021 rispetto al 2019) che ancora una volta è più accentuato per le donne (-21,5 punti percentuali).

Le restrizioni agli spostamenti hanno avuto un forte impatto sulla vita relazionale dei ragazzi: è più che raddoppiata la quota dei giovani che si dichiarano poco o per niente soddisfatti per le relazioni amicali (passa dal 7,1% del 2019 al 15,1% del 2021) e la quota di giovani che hanno visto gli amici almeno una volta a settimana nel tempo libero è diminuita di 16,0 punti percentuali (da 89,8% nel 2019 a 73,8% nel 2021). Diversamente dalla soddisfazione per la vita e per il tempo libero, la frequenza con cui si vedono gli amici registra una diminuzione delle occasioni di incontro già nel 2020, anche se meno consistente di quella registrata nel 2021.

La maggiore criticità nella salute mentale dei giovani osservata nel Nord-Ovest si conferma anche per gli indicatori relativi alla soddisfazione per la vita e alle relazioni sociali. La quota di giovani insoddisfatti per la vita raddoppia tra il 2019 e il 2021 (da 7,1% a 14,7%) ed il peggioramento riguarda entrambi i generi. In questa stessa ripartizione, risulta più marcato rispetto alle altre aree geografiche anche l'incremento nella quota di insoddisfatti per il tempo libero (da 13,2% nel 2019 a 36,5% nel 2021) e per le relazioni amicali (da 7,7% a 16,9%). Altre criticità si notano tra le donne sia nel Nord-Est, dove si registra l'incremento più elevato nella quota di insoddisfatte per il tempo libero (da 17,8% a 45,2%), sia nel Centro dove la quota di insoddisfatte per la vita (15% nel 2021) è la più alta a seguito di un incremento di quasi 6 punti percentuali rispetto al 2019.

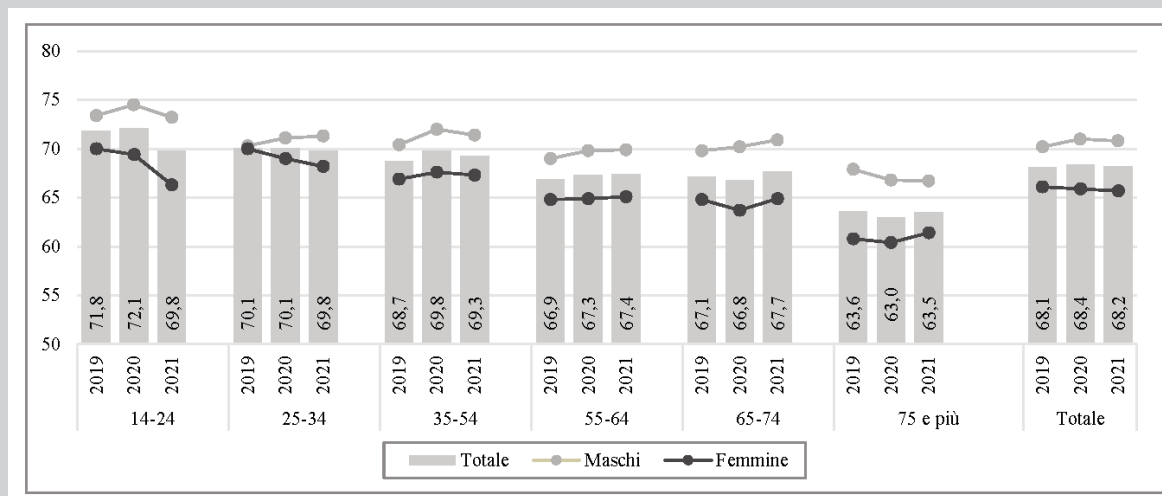
L'esperienza vissuta in questi anni di pandemia ha colpito quindi enormemente questo gruppo di popolazione, minando la stabilità psico-emotiva e l'entusiasmo in un momento già critico per lo sviluppo mentale e sociale di adolescenti e giovani, inclusi quelli di età 25-34 anni, sebbene con differenziazioni soprattutto legate alle varie fasce di età.



Negli adolescenti, infatti, l'isolamento sociale ha significato l'interruzione delle relazioni amicali/affettive, della *routine* delle frequentazioni scolastiche e universitarie, o della pratica di attività sportive e ricreative, tra cui il viaggiare. Nei giovani, oltre a ciò, si è accumulato frequentemente un sentimento di profonda incertezza sul futuro, ancor più tra quelli di età 25-34 anni, perché hanno dovuto sospendere i loro progetti per l'ingresso alla vita adulta, come inserirsi nel mondo del lavoro o uscire dalla famiglia di origine per formare una nuova unione, oppure dovuto rinunciare a spostarsi all'estero per studio/lavoro, se non al contrario a essere costretti ad emigrare contro voglia pur di lavorare.

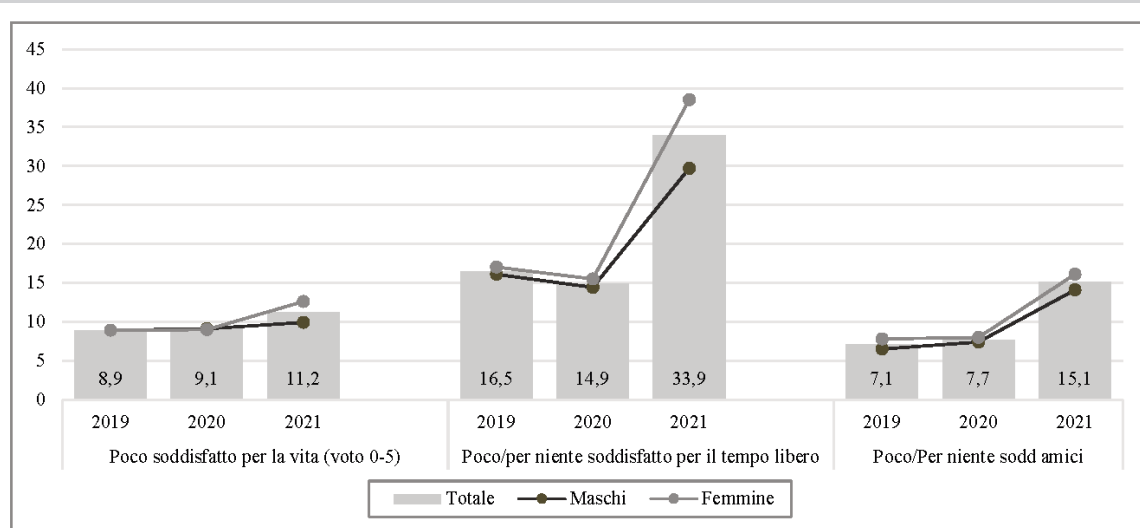
Sappiamo, infatti, che la condizione dei giovani in Italia è nettamente peggiore rispetto ai loro coetanei europei sia sul mercato del lavoro, poiché il tasso di occupazione giovanile è molto basso, e la pandemia ha solo aggravato una situazione già molto compromessa, sia per le peggiori credenziali formative, con un elevato tasso di abbandoni precoci dal sistema scolastico/formativo e, conseguentemente, quote più contenute di giovani in possesso di una laurea. Tutti elementi che contribuiscono al primato dell'Italia, tra i Paesi europei, per quota di *Not in Employment, Education or Training* ossia di giovani di età 15-29 anni che né sono inclusi in un percorso formativo né svolgono un lavoro o ne sono alla ricerca. È auspicabile che l'indispensabile monitoraggio dei livelli di salute mentale per gli anni successivi alla pandemia, senza considerare il possibile aggravio per gli inquietanti eventi bellici, ridisegni un quadro più favorevole per i minori e i giovani in Italia, che rappresentano il futuro del Paese. Ciò impegna innanzitutto la politica ad intervenire con la programmazione di politiche giovanili più strutturali ed organiche dedicate a questo gruppo di popolazione, che da tempo vede anche ridurre il proprio peso demografico, per restituire ai giovani la loro legittima visibilità attraverso la prevenzione e la promozione del benessere, incluso quello mentale.

Grafico 1 - Indice (valori per 100) di salute mentale nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere e classe di età - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Grafico 2 - Indice (valori per 100) di soddisfazione per la vita, il tempo libero e le relazioni amicali nella popolazione di età 14-24 anni per genere - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Riferimenti bibliografici

- (1) OECD Health at a glance: Europe 2022. State of Health in EU cycle. Disponibile sul sito: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1.
- (2) Istituto Superiore di Sanità, Indagine sul funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale durante la pandemia di SARS-CoV-2, Rapporti Istisan 22/21. Disponibile sul sito: www.iss.it/documents/20126/6682486/22-21+web.pdf/987dcfde-de04-a8b6-8c4b-0c28de787319?t=1665382526824.
- (3) Istat, Rapporto BES 2021: Il benessere Equo e Sostenibile. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/269316.
- (4) Diener, Ed (1994). "Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities" Social Indicators Research, 31 (2), 103-157. M.
- (5) OECD (2013), Oecd Guidelines on Measuring Subjective Well-being, Oecd Publishing, Paris. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>.



Violenza di genere e pandemia: le chiamate al numero di emergenza nazionale 1522

Dott.ssa Eloise Longo, Dott.ssa Maria Giuseppina Muratore

Premessa

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia di COVID-19 e le connesse misure di contenimento e distanziamento sociale hanno avuto delle inevitabili ripercussioni sulla violenza di genere ed, in particolare, sulla violenza domestica, tanto che le Nazioni Unite hanno definito questo fenomeno "pandemia ombra", a sottolineare l'aspetto devastante che essa ha avuto su donne, bambini, uomini e persone *Lesbica Gay Bisessuale e Transessuale-LGBT+Queer*. Le donne sono rimaste intrappolate nella rete dei propri aggressori, compagni, mariti, ex partner, che hanno continuato a perpetrare abusi fisici, emotivi, psicologici, sessuali e forme di maltrattamento dove la dinamica del potere e del controllo si è ulteriormente intensificata. La casa, da luogo sicuro, si è trasformata per molte di esse in una "gabbia". A fronte di una generale contrazione dei servizi di assistenza, è stato notevole lo sforzo e l'impegno a livello istituzionale e da parte delle organizzazioni internazionali e delle Associazioni per attivare forme di sostegno e di supporto immediato per le donne vittime di violenza. Molti Paesi, tra cui l'Italia, hanno potenziato sia l'assistenza presso le case rifugio ed i centri antiviolenza, sia i numeri di emergenza nazionale, tra cui il numero di pubblica utilità 1522, che ha registrato un forte incremento nel numero di richieste di aiuto.

Il contesto

È importante rilevare come la violenza di genere riguardi principalmente le donne e il suo impatto sui bambini che vivono o sono ad essa esposti. L'abuso può riguardare anche le persone LGBT, fenomeno sommerso di cui allo stato attuale ben poco sappiamo circa i fattori di rischio specifici. A tal proposito, vale la pena rilevare come l'*hashtag* "#Ioestoacasa" è stata una narrazione discriminatoria per le donne e gli individui del mondo LGBTQ, dove "Q", dall'inglese *Queer*, indica le minoranze sessuali e di genere, così come per i migranti, ossia tutte le persone appartenenti alle fasce "deboli" della popolazione la cui "reclusione domestica non è stata una fase rigenerante", bensì prevaricatoria. Senz'altro la realtà del COVID-19 ha posto i Governi di fronte a scelte inedite per fronteggiare la violenza di genere. Un evento che invita a una riflessione sulle rappresentazioni idealizzate della casa e della famiglia, per consentire alle persone di parlarne e, ove possibile, intervenire per contrastare gli abusi e il controllo della vita familiare.

Considerato il periodo della pandemia e delle misure adottate durante l'emergenza sanitaria, le donne e i bambini hanno risentito più di altri della convivenza forzata entro le mura domestiche. Laddove le famiglie sono più a stretto contatto e trascorrono più tempo assieme, aumenta la probabilità che le donne e i loro figli siano esposti alla violenza, soprattutto se in famiglia vi sono gravi perdite economiche o di lavoro; man mano che le risorse diventano più scarse possono aumentare, con le restrizioni, forme di abuso di potere e di controllo da parte del partner (1, 2).

L'emergenza sanitaria ha messo in luce come i disastri naturali siano, in primo luogo, disastri sociali con un forte impatto di genere (3). La paura e l'incertezza associate alla pandemia possono, infatti, esacerbare o innescare diverse forme di violenza (4). Evidenze scientifiche mostrano come esista una probabilità quasi certa che le epidemie interagiscano con le popolazioni più vulnerabili colpite da violenza (5). L'OMS stima come a livello globale, anche prima dell'inizio della pandemia di COVID-19, siano 243 milioni (una su tre) le donne e le ragazze di età compresa tra i 15-49 anni ad aver subito una violenza fisica o sessuale da parte di un attuale/ex partner, o di uno sconosciuto (6).

La conoscenza del fenomeno della violenza ha aumentato la consapevolezza dell'importanza dei fattori di carattere socio-culturale che, direttamente o indirettamente, influenzano la nostra salute e il benessere psico-fisico. A ciò si aggiunge un'ulteriore riflessione, non meno importante, che individua nella disparità di genere la causa della violenza. Le disuguaglianze di genere sono profondamente radicate nelle società a livello socio-politico di potere, di risorse, di diritti, di norme e di valori, cosicché le organizzazioni sociali che ne derivano sono strutturate in modi che danneggiano solitamente la salute di ragazze e donne. (7).

È, dunque, nell'asimmetria di genere e nelle norme patriarcali che vanno rinvenute le radici della violenza. L'epidemia ha avuto un forte impatto sull'organizzazione familiare con riflessi sui carichi di responsabilità, sugli equilibri di convivenza e sulle opportunità di apprendimento dei bambini, aspetti importanti che influiscono sulla qualità del lavoro e che hanno penalizzato soprattutto le donne (8). L'epidemia di COVID-19 ha, pertanto, messo in luce sia la mancanza di pari opportunità tra i due generi, sia il fatto che esse sono precluse o ostacolate da stereotipi di genere.



I dati del sistema della protezione delle donne

In questo contesto, anche in Italia, l'esplosione dei casi di richiesta di aiuto da parte delle vittime di violenza è stata sostanziale. Le chiamate al 1522, nel 2020, sono aumentate del 79,5% rispetto al 2019, sia per telefono, sia via *chat* (+71,0%) (8), e la crescita è continuata anche nel 2021 (9) (36.063, a fronte delle 31.688 del 2020). Tuttavia, nel 2021 e soprattutto nel 2022, sono aumentate le richieste al 1522 di persone che chiamavano per avere informazioni. Questo dato è essenziale, perché mostra come esista un aumento di consapevolezza, che è anche maggiore legittimazione della donna ad uscire dal silenzio. Le vittime che hanno chiamato, o contattato via *chat* il 1522, sono state 16.272; nel 2020 erano 15.708. Queste vittime hanno subito soprattutto violenze di tipo psicologico (74,2%) e fisico (54,1%), ma anche minacce (45,4%) e violenza economica (15,3%). Le violenze nella maggior parte dei casi si ripetono da anni e quasi il 70% delle vittime è stata inviata ad altri servizi, la maggior parte di queste (il 90% circa) ai Centri antiviolenza (CAV).

La rilevazione che conduce l'Istat dal 2020, sui percorsi di riabilitazione intrapresi dalle donne per le violenze subite, presso i CAV, evidenzia che sono circa 19.600 le donne che nel 2021 (1) stanno svolgendo questo importante percorso con l'aiuto dei Centri; di queste l'81% circa ha iniziato il percorso nel 2021, mentre la quota restante nel 2020.

Tuttavia, non si può rintracciare un legame stretto tra la ricerca di aiuto e la violenza subita durante la pandemia, dal momento che queste donne nel circa 74% dei casi riferiscono di violenze che durano da anni, il 34,0% da 1 a 5 anni, il 39,8% da più di 5 anni. Sono, invece, il 7,5% le vittime di violenze più recenti (meno di 6 mesi) e il 14,8% da 6 mesi ad 1 anno. Sono soprattutto più lunghe le storie di violenza subita dai partner attuali o precedenti. Questi sono gli autori, infatti, di più di tre quarti delle violenze. Un dato sostanzialmente invariato rispetto al 2020.

Analogamente ai dati del 1522, le donne che arrivano ai CAV hanno subito soprattutto violenza psicologica (89,4%), fisica (65,9%), *stalking* (20,6%), minacce (47,4) e violenza economica (38,6%); il 10,0% ha subito stupri e tentati stupri, mentre il 12,9% altre forme di violenza sessuale (ad esempio, molestie sessuali, molestie *online*, *revenge porn*, essere costretta a fare attività sessuali umilianti e/o degradanti). Le forme di violenza su cui ha posto enfasi la Convenzione di Istanbul (matrimonio forzato o precoce, mutilazioni genitali femminili, aborto forzato, sterilizzazione forzata, vittime di tratta ai fini di prostituzione sessuale e/o lavorativa, tortura) sono meno segnalate tra le utenti dei CAV (2,6% dei casi), al momento del loro arrivo.

La violenza subita è risultata grave e le donne si sono recate al PS nel 27,6% dei casi e un altro 5,3% segnala di essere stata ricoverata in Ospedale a seguito delle violenze. Inoltre, il 60,8% ha avuto paura per la propria vita o per quella dei figli.

La maggior parte di queste donne arrivano ai CAV per cercare ascolto (93,8%) ed accoglienza (73,2%), ma molte chiedono di essere aiutate su molti altri fronti, dal supporto legale e psicologico (entrambi circa il 39% dei casi), al sostegno all'autonomia (11,9%), l'allontanamento dal violento, la ricerca del lavoro e di un alloggio, il supporto sociale e educativo, l'aiuto nella genitorialità e il supporto per i figli, mentre il 10,8% ha bisogno di essere messa in sicurezza. Infatti, il 19% circa dei percorsi sono stati attivati in situazione di emergenza. Le domande di questa rilevazione non sono state poste direttamente alle vittime, ma alle operatrici che accompagnano le donne nel percorso intrapreso di riabilitazione dalla violenza. Si tratta di un percorso difficile, fatto di interruzioni, di ripensamenti, ma anche di voglia di andare avanti e riprovare. Va notato, infatti, che molte donne abbandonano il percorso di uscita dalla violenza (29,0%), ma almeno il 22% raggiunge gli obiettivi che si era prefissata con il Centro, mentre il 46,0%, è ancora in carico al Centro o ad altri servizi del territorio.

Le donne, insieme ai loro figli, sono inoltre aiutate in questo percorso dalle Associazioni e le strutture che gestiscono le case rifugio. Queste erano 366 (8) nel 2020 ed hanno accolto 1.772 donne, con una permanenza media di 137 giorni. Va evidenziato che 206 donne sono state accolte con i loro figli, per un totale di circa 240 minori. In effetti, tra i servizi offerti, molti sono dedicati al supporto della donna con figli, come il miglioramento della capacità genitoriale (86,0%), i servizi educativi ai minori (87,6%), il sostegno scolastico (85,5%), così come il supporto e la consulenza psicologica ai minori (76,4%): questi servizi sono offerti dalla Casa rifugio o dal CAV di riferimento della Casa, ma anche con il supporto della rete territoriale.

Conclusioni

Sappiamo che i dati sulla violenza di genere sono sottostimati e molti sono i casi di cui non rimane traccia e che si perdono nel "sommerso". Solo una minoranza delle donne vittime di violenza si rivolge ai CAV, alle forze dell'ordine o alla giustizia. Ciò è dovuto ad una serie di motivazioni riconducibili al senso di vergogna, allo stigma, alla paura delle possibili ripercussioni sui figli, alle eventuali perdite economiche. È necessario far luce su queste lacune nella conoscenza e mettere a sistema tutte le informazioni disponibili per monitorare il fenomeno, comprenderlo e calibrare nuove politiche.



Un tema importante e che emerge in maniera dominante dai dati, è la necessità di porre attenzione ai figli delle storie di violenza, vittime due volte: vittime della violenza a cui assistono tra i genitori (il 44,0% delle donne che chiamano al 1522 segnalano questo aspetto), vittime loro stessi degli abusi nella famiglia (11,3%, sempre da fonte “1522”). E la prima, la cosiddetta violenza assistita, tematizzata nella convenzione di Istanbul e ripresa nelle recenti misure legislative, come il così detto “Codice Rosso” (Legge n. 69/2019), ha conseguenze profondamente gravi quanto la violenza diretta: ostacola il figlio che assiste alla violenza, la possibilità di crearsi una identità matura ed equilibrata, rende difficile l’interruzione della trasmissione intergenerazionale della violenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I percorsi delle donne per uscire dalla violenza tra difficoltà e risorse. Anno 2021. Disponibile al sito: www.istat.it/it/archivio/278082.
- (2) Bradbury-Jones C. & Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs.* 020; 00:1-3.
- (3) C. Peroni, P Demurtas, Emergenza nell’emergenza o problema strutturale? La violenza di genere ai tempi del COVID-19, 2022; Disponibile al sito: www.researchgate.net/publication/361770190.
- (4) Peterman A, Potts A, O’Donnell M, et al. Pandemics and Violence Against Women and Children, Center for Global Development, April 2020; Disponibile sul sito: www.cgdev.org.
- (5) World Health Organization (WHO), 2020. COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf>.
- (6) World Health Organization (WHO), 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence, WHO, Geneva, Switzerland 2013.
- (7) WHO - A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. 2010.
- (8) Istat, Il sistema di protezione per le donne vittime di violenza - anni 2020 e 2021. Disponibile al sito: www.istat.it/it/archivio/270509.
- (9) Per saperne di più si veda il sistema informativo sulla violenza di genere. Disponibile al sito: www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/la-fuoriuscita-dalla-violenza/numero-di-pubblica-utilita-C3%A0-1522.



Progetto di ricerca per intercettare i segnali di violenza auto ed eterodiretta all'interno delle chiamate ai Telefoni Verdi dell'Istituto Superiore di Sanità

Dott.ssa Rosilde Di Pirchio, Dott.ssa Silvia Ghirini, Dott.ssa Marta De Santis, Dott.ssa Antonella Sanseverino, Dott.ssa Monica Vichi, Dott.ssa Claudia Mortali, Dott.ssa Eloise Longo, Dott.ssa Luisa Mastrobattista

L'ISS ha attivato un progetto finalizzato a identificare potenziali segnali di violenza auto ed eterodiretta all'interno dell'attività dei Telefoni Verdi (TV) partecipanti al medesimo. "Identification of potential warning Signs of self- and hetero-directed Violence within the calls to Istituto Superiore di Sanità-Helplines (ViolHelp). A study on the need for development of a new tool for early detection of self- and hetero-directed violence in the ISS-helplines activity", è uno dei vincitori del "Bando di Ricerca Indipendente ISS 2020-2022" e vede la collaborazione di diversi Centri e Dipartimenti dell'ISS: Centro Nazionale Dipendenze e Doping, che ne è capofila, Servizio Tecnico Scientifico di Statistica, Centro Nazionale Malattie Rare e Dipartimento di Neuroscienze. Il Progetto coinvolge il TV Fumo, il TV Alcol, il TV Droga, il TV Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo, il TV Anti-Doping, afferenti al Centro Nazionale Dipendenze e Doping, e il TV Malattie Rare, afferente al Centro Nazionale Malattie Rare.

La mission dei TV-ISS, anonimi e gratuiti, è quella di facilitare l'incontro tra la domanda dei cittadini e l'offerta di servizi sanitari a livello nazionale. Un'équipe di psicologi, medici ed esperti, formati sulla metodologia del *counselling* telefonico e sulle politiche di salute pubblica, fornisce interventi personalizzati al fine di offrire all'utenza un ascolto empatico e non giudicante e facilitarla nell'adozione di scelte di salute attraverso l'attivazione delle risorse proprie e familiari, oltre a quelle disponibili nel proprio territorio. Dalla loro istituzione, fino a tutto il 2020, i TV partecipanti allo studio hanno ricevuto, complessivamente, 130 mila chiamate, di cui 17.000 nel solo anno 2020. L'idea progettuale nasce dal rilevamento nell'attività di tali Servizi di un cambiamento nel numero, nella durata e nella qualità delle chiamate, in aggiunta alla maggior frequenza di disagio psicologico e stati emotivi negativi di molti utenti dei suddetti Servizi, durante il primo anno di pandemia di COVID-19.

Tali cambiamenti sono stati ipotizzati essere associati all'aumento del disagio psicologico causato dalle misure adottate per contenere la pandemia di COVID-19, quali il distanziamento sociale e la restrizione delle libertà personali, dalla paura del contagio e della malattia, oltre che dall'aumento dei consumi di sostanze (1-3) e dalla difficoltà di accesso ai servizi sanitari. In risposta, gli operatori dei TV hanno continuato ad operare nella loro funzione di supporto alla salute pubblica offrendo sostegno e, quando necessario, indirizzando tempestivamente verso altri servizi istituzionali, a conferma del ruolo di fonte istituzionale di informazioni affidabili, particolarmente importante in un periodo di infodemia e di disagio percepito.

Numerosi studi in letteratura hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione tra l'aumento del disagio psicologico nella popolazione e l'aumento degli atti di violenza auto ed eterodiretta, incluso il suicidio, mettendo quindi in guardia rispetto ad un aumento della violenza come conseguenza della crisi pandemica (4-8). La violenza autodiretta e quella eterodiretta rappresentano problemi di salute pubblica gravi e multifattoriali, influenzati da diversi fattori sia individuali che ambientali, alcuni anche in comune, tra cui l'abuso di alcol e droghe, la depressione e l'esposizione ad un ambiente violento (9). Tali fenomeni potrebbero ulteriormente accentuarsi in momenti di crisi con un blocco nella capacità di affrontare gli stress della vita, quali problemi finanziari, rotture di relazioni o dolore cronico e malattia, tutte condizioni che talvolta la pandemia di COVID-19 ha portato con sé.

È alla luce di questo scenario che, nel 2021, è stato avviato il progetto *ViolHelp*. Si tratta di uno studio osservazionale, di durata biennale, che, tramite la messa a punto e l'impiego nell'attività dei TV-ISS di uno strumento di rilevazione, il "cruscotto", contenente una selezione di fattori di rischio e segnali di allarme di violenza auto ed eterodiretta, intende rilevare la presenza dei suddetti segnali e fattori all'interno delle dichiarazioni espresse spontaneamente dall'utenza dei TV-ISS. L'analisi descrittiva, qualitativa e quantitativa, dei dati raccolti permetterà di valutare la necessità di sviluppare in futuro uno strumento standardizzato atto a identificare precocemente situazioni di violenza auto ed eterodiretta, per poter fornire un servizio alle cittadine e ai cittadini sempre più qualificato e finalizzato alla prevenzione.

Il primo anno di attività è stato dedicato alla messa a punto dello strumento di rilevazione da impiegare all'interno dell'attività dei TV-ISS. A tal fine, è stato istituito un Comitato tecnico-scientifico composto da esperte ed esperti nelle tematiche della violenza auto ed eterodiretta e delle *help-line* sia interni che esterni all'ISS.

L'équipe di Progetto ha svolto un'analisi della letteratura scientifica sul tema dell'individuazione dei segnali di violenza auto ed eterodiretta, con particolare attenzione agli studi riguardanti le *help-line* che si occupano di violenza. L'analisi della letteratura insieme all'esperienza degli operatori dei TV-ISS è servita per mettere a punto lo strumento di rilevazione.

Il cruscotto, approvato dal Comitato tecnico-scientifico del Progetto, è stato informatizzato ed integrato all'interno delle piattaforme di raccolta anonima e standardizzata dei dati degli utenti, già in uso dai TV-ISS. Affinché sia garantita una raccolta dei dati sistematica, tutti gli operatori dei TV-ISS sono stati coinvolti in una formazione effettuata da esperti appartenenti al Comitato tecnico-scientifico e finalizzata ad un corretto utilizzo del cruscotto.

Nel secondo anno di attività progettuale è iniziata la raccolta dati, tuttora *in itinere*. Il cruscotto guida l'operatore nella rilevazione sistematica dei segnali di allarme. Nell'intervento di *counselling* telefonico gli operatori sono attenti a cogliere i fattori di rischio ed i segnali di allarme della violenza auto ed eterodiretta che potrebbero emergere spontaneamente nel corso della telefonata, senza porre domande dirette agli utenti sui temi indagati dallo studio. La durata della raccolta dei dati sarà di 12 mesi. L'analisi degli stessi riguarderà tutte le chiamate per le quali gli operatori avranno identificato almeno un fattore di rischio o un segnale di allarme, evidenziando frequenza e caratteristiche dei segnali d'allarme identificati nel periodo di rilevazione, nonché le criticità specifiche e/o comuni ai diversi TV rispetto al tema della violenza, al fine di valutare l'effettiva necessità di sviluppare successivamente uno strumento utile ad intercettare precocemente situazioni di violenza auto ed eterodiretta. L'utilizzo del cruscotto e la formazione specifica degli operatori TV-ISS consentono di migliorare la capacità di individuare segnali di rischio di violenza auto ed eterodiretta e curare invii congruenti alle singole casistiche verso i servizi specialistici dedicati.

Nell'ambito delle attività del Progetto è in corso anche una *review* qualitativa sulle caratteristiche delle *helpline* dedicate alla violenza auto ed eterodiretta. I risultati dello studio saranno oggetto di disseminazione tramite Report e pubblicazioni scientifiche, eventi divulgativi e messaggi diffusi attraverso siti *web* istituzionali e social media.

Riferimenti bibliografici

- (1) Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanità* 2022; 58,1: 6-15.
- (2) Eurocare. Alcohol consumption in times of COVID-19. Disponibile sul sito: www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-land-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19.
- (3) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw open*. 2020; 3 (9): e2022942.
- (4) Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, Lou B, Wijayaratra K, Foroutan Mirhosseini AS, Wang F, Naseri S, Qamhia I, Tangerås M, Pellicciari M, Ho CH. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *J Affect Disord*. 2021; 283: 36-51.
- (5) Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan M, O'Connor RC, Pirkis J. COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic, *The Lancet Psychiatry*, 2020; 7, 6: 468-471.
- (6) Aquila I, Sacco MA, Ricci C, Gratteri S, Montebianco Abenavoli L, Oliva A, Ricci P. The role of the COVID-19 Pandemic as a risk factor, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 2020; 12, S1: 120-122.
- (7) Weil S. Gendering-coronavirus (covid-19) and femicide. *European Sociologist* 2020; 45, 1: 1-4.
- (8) Standish K. COVID-19, suicide, and femicide: Rapid Research using Google search phrases. *The Journal of General Psychology* 2021: 1-22.
- (9) Vichi M, Ghirini S. *Salute Mentale. Rapporto Osservasalute 2019*: 251-284.