

Salute mentale

L'organizzazione e l'erogazione dei servizi di salute mentale rappresentano un nodo strategico per i sistemi socio-sanitari moderni, in quanto riflettono il grado di inclusività e capacità di tutela dei diritti fondamentali di una collettività. I disturbi mentali e correlati all'uso di sostanze costituivano, già nel 2016, oltre il 12% del carico globale di malattia in *Disability-Adjusted Life Years*-DALYs (anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura), in crescita rispetto al 10% del 1990, con una tendenza all'aumento che non accenna a diminuire e che attraversa trasversalmente tutti i contesti socio-demografici (1). Si è registrato, infatti, un aumento significativo del peso dei disturbi mentali dal 1990, quando si trovavano al 13° posto come causa di DALYs, salendo al 7° posto nel 2019 (1). Tra il 1990-2021, il tasso std per età dei DALYs per disturbi mentali è aumentato del 17,28% (1). Tuttavia, la maggiore consapevolezza non si è tradotta in un adeguato incremento delle risorse, che ammonta all'1% dei budget sanitari destinati alla salute mentale nei Paesi a basso e medio reddito e un care gap (la sconcertante percentuale di persone con un disturbo mentale che non riceve alcun tipo di trattamento formale) globale stimato tra il 70-85% (2). Per rispondere a questa emergenza, l'OMS ha promosso il "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030", che punta a rafforzare *governance*, prevenzione, diritti umani e servizi di comunità (3, 4). Nonostante il 91% dei Paesi dell'OMS disponga oggi di piani nazionali per la salute mentale, molti restano privi di budget ed efficienti strumenti di monitoraggio (5).

In Italia, la riforma psichiatrica di Franco Basaglia ha rappresentato un punto di svolta storico. Con la Legge n. 180/1978, l'Italia ha abolito i manicomi, promuovendo un modello di assistenza territoriale e integrata ispirato ai principi di de-istituzionalizzazione ed ai diritti umani, successivamente riconosciuti nella Dichiarazione di Caracas del 1990 (6, 7). Il sistema italiano è organizzato nei Dipartimenti di Salute Mentale, articolati in Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze Patologiche, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Strutture Residenziali e Semi-residenziali (Intensive ed Estensive) (6, 8). Nonostante l'impianto normativo avanzato, persistono disomogeneità regionali legate al decentramento amministrativo sancito dal Titolo V e dalla Legge n. 229/2001 (9). Le regioni del Nord investono fino al doppio delle risorse rispetto a quelle meridionali, con differenze significative nella dotazione di personale, nei tempi di attesa e nei tassi di accesso alle cure (9-11). A livello nazionale, la spesa per la salute mentale si attesta intorno al 3,5% della spesa sanitaria complessiva, tra le più basse in Europa (9, 11). Tale sottofinanziamento incide sulla capacità di garantire uniformemente i LEA, aggravando il divario Nord-Sud ed isole e aumentando il peso economico sulle famiglie (circa il 23% dei costi totali) (9, 11). La pandemia da SARS-CoV-2 ha ulteriormente stressato il sistema, riducendo del 20% i ricoveri psichiatrici nel 2020 (12) e generando un "effetto ombra" di sofferenza non intercettata (13). La fascia degli utenti in età evolutiva ha mostrato un incremento di disturbi d'ansia, dell'umore e del comportamento alimentare (13, 14). Al contempo, l'invecchiamento della popolazione e le disuguaglianze socio-economiche hanno accentuato la domanda di cure integrate e personalizzate (10). La collaborazione con il Terzo Settore, più sviluppata al Nord (60% dei Dipartimenti di Salute Mentale) che al Sud e nelle Isole (25% dei Dipartimenti di Salute Mentale), è essenziale per progetti di *housing* sociale e inserimento lavorativo (10, 15).

A livello internazionale, si distinguono modelli organizzativi differenziati: quello anglosassone, con forte integrazione con la medicina generale e programmi come *l'Improving Access to Psychological Therapies* nel Regno Unito; quello nordico, basato sul *welfare* inclusivo e digitalizzazione; quello mediterraneo, centrato sulla rete familiare e comunitaria (16). Le esperienze di "recovery-oriented services" e l'uso crescente della *digital mental health* mostrano come innovazione e partecipazione comunitaria possano migliorare accesso e qualità dei servizi (12, 17).

Una priorità nazionale è la creazione di un sistema informativo unificato per la salute mentale, oggi frammentato tra fonti e metodologie diverse (18). La definizione di un set condiviso di indicatori di struttura, processo ed esito e la costituzione di un Osservatorio permanente consentirebbero un monitoraggio sistematico, attività di *benchmarking* e una programmazione basata sull'evidenza (11). Ciò permetterebbe di ridurre le disuguaglianze territoriali e migliorare trasparenza, efficienza e *accountability*. Rafforzare la salute mentale come pilastro del SSN è indispensabile per realizzare i principi della Legge n. 180/1978 e gli obiettivi dell'Agenda 2030 per la salute e il benessere di tutti (19).

Riferimenti bibliografici

(1) Fan Y, Fan A, Yang Z, Fan D. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: results from the global burden of disease study 2021. *BMC Psychiatry*. 2025 May 15; 25 (1): 486.

- (2) Guerrero Z et al. Mental health plans and policies across the WHO European region, *Cambridge Prisms: Global Mental Health* 11, e110 (2024).
- (3) WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (2021).
- (4) WHO. Mental Health Atlas 2020 (2021).
- (5) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Ginevra, 2013.
- (6) Basaglia F. La condizione manicomiale in Italia, 1967.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas, 1990.
- (8) Calò W. et al. Il ruolo del Terzo Settore nella salute mentale in Italia: un'indagine nazionale, 2021. Legge 5 giugno 2001, n. 229.
- (9) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Rapporto Salute Mentale, 2024.
- (10) Istat. Rapporto sulla disuguaglianza socio-economica, 2024.
- (11) De Girolamo G. et al. Proposta di indicatori per la valutazione dei DSM, *Rassegna Italiana di Psichiatria*, 2022.
- (12) Torous J. et al. Digital mental health and COVID-19: *JMIR*, 2020.
- (13) Erskine HE et al. A heavy burden on young minds: *Psychol Med* 45, 1551-63 (2015).
- (14) Kieling C et al. Child and adolescent mental health worldwide: *Lancet* 378, 1515-25 (2011).
- (15) Istat. Annuario statistico italiano, 2024.
- (16) Thornicroft G. et al. Community mental health care worldwide: *Lancet Psychiatry*, 2016.
- (17) Martinelli A, Pozzan T, Procura E, D'Astore C, Cristofalo D, Bonetto C, Ruggeri M. Feasibility, Acceptability, and Impact of Recovery-Oriented Practices in an Italian Community Mental Health Service: A Pilot Study. *J Clin Med*. 2025 Mar 27; 14(7): 2280. doi: 10.3390/jcm14072280. PMID: 40217730; PMCID: PMC11990030.
- (18) Ministero della Salute. Sistema informativo salute mentale: problematiche di raccolta, 2023.
- (19) United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. L'indicatore del consumo di farmaci antidepressivi quantifica l'esposizione della popolazione a questa specifica classe terapeutica, fornendo una metrica standardizzata per il monitoraggio sanitario e la farmaco-epidemiologia. L'obiettivo primario è analizzare l'utilizzo dei farmaci appartenenti al gruppo N06A del sistema di classificazione Anatomico Terapeutico Chimico (ATC), erogati nell'ambito del SSN.

Il consumo viene misurato attraverso l'unità standard internazionale della Dose Definita Giornaliera (*Defined Daily Dose- DDD*) per 1.000 abitanti die (DDD/1.000 ab die). La DDD è un'unità di misura internazionale dell'OMS definita dal *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo e rappresenta la dose media giornaliera di mantenimento di un farmaco per la sua principale indicazione nel-

l'adulto (1). Questo standard permette di effettuare confronti validi e affidabili nel tempo, tra diverse aree geografiche e tra diverse molecole, indipendentemente dal costo, dalla formulazione o dal dosaggio della singola confezione.

Le fonti dei dati sono i flussi informativi istituzionali sulla spesa farmaceutica, come quelli gestiti dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, che aggregano i dati di prescrizione a carico del SSN (assistenza convenzionata) selezionando i codici ATC NA06AA, NA06AB, NA06AF, NA06AG, NA06AX (1-3).

Inoltre, per l'anno 2023, sono stati estrapolati i dati relativi alla spesa pro capite e al costo medio della DDD per regione dal Rapporto Nazionale "L'uso dei Farmaci in Italia" (OsMed).

Consumo di farmaci antidepressivi in *Defined Daily Dose*

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

*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'interpretazione dei dati sul consumo di antidepressivi richiede un'analisi critica, tenendo conto di limiti metodologici e fattori di confondimento che incidono sulla valutazione dei risultati.

Un primo limite riguarda la polivalenza prescrittiva di questa classe di farmaci: il consumo registrato non riflette esclusivamente il trattamento dei disturbi depressivi maggiori, poiché gli antidepressivi vengono impiegati (*on* o *off-label*) anche per altre condizioni quali, ad esempio, i disturbi d'ansia, il dolore neuropatico cronico, la fibromialgia e la profilassi dell'emicrania. Pertanto, un aumento del consumo non implica necessariamente una maggiore prevalenza di depressione (2).

Inoltre, i dati rappresentano i volumi prescritti ed erogati dal SSN, non il reale consumo da parte dei pazienti. Ne deriva una discrepanza potenziale dovuta a scarsa aderenza o sospensione volontaria precoce del trattamento, spesso legata a effetti avversi, o alla remissione dei sintomi.

L'analisi è ulteriormente limitata ai farmaci rimborsati dal SSN, escludendo prescrizioni private o acquisti *out-of-pocket*, che determinano una sottostima del consumo totale e rendono non monitorabile il mercato non convenzionato.

Per ridurre l'influenza di variabili socio-demografiche

(età e genere) nei confronti interregionali, è stata utilizzata la popolazione pesata, calcolata secondo i pesi ministeriali per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, garantendo comparabilità tra territori con diverse strutture demografiche.

Infine, l'analisi integra i dati dei flussi informativi SSN, includendo erogazione in assistenza convenzionata (farmacie territoriali), distribuzione diretta e per conto e fornitura 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

L'analisi dei dati di consumo ed esposizione agli antidepressivi nel periodo 2011-2023 evidenzia un trend di crescita costante e generalizzato su tutto il territorio nazionale (Tabella 1, Grafico 1).

Nel 2023 il consumo di farmaci in Italia raggiunge 47,1 DDD/1.000 ab die, proseguendo il trend di crescita costante osservato nell'ultimo decennio. Pur in un contesto generale di aumento uniforme, persistono differenze territoriali, con un gradiente Nord-Sud ed Isole. Nel Centro-Nord, i consumi rimangono stabilmente superiori alla media nazionale, ad eccezione di

Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto e Valle d'Aosta. I valori maggiori si registrano in Toscana e in Liguria con, rispettivamente, il 69,3 e 61,3 DDD/1.000 ab die. Nel Sud, dove i consumi risultano più bassi rispetto al resto del Paese, le regioni dove si registrano i valori minori sono Campania, Basilicata e Puglia (rispettivamente, 36,7, 37,9 e 36,5 DDD/1.000 ab die).

Considerando l'intero arco temporale 2011-2023, le regioni che presentano un incremento maggiore sono la Lombardia (+30,7%), l'Abruzzo (+30,3) e la PA di Trento (28,5%). Gli incrementi minori, invece si osservano nelle Isole e nel Lazio. L'analisi della spesa pro capite e del costo medio per DDD evidenzia differenze tra le macroaree. Nel 2023, i valori medi nazionali si attestano, rispettivamente, a 7,35€ e 0,43€.

Le regioni del Nord registrano una spesa pro capite media pari a 7,41€, leggermente superiore al valore nazionale, con costi medi generalmente contenuti (0,41€). All'interno dell'area si distinguono la Liguria (9,54€) e la PA di Bolzano (9,32€) che presentano i livelli di spesa più elevati. L'Emilia-Romagna si caratterizza per il costo medio più basso del Paese (0,37€), mentre le altre regioni settentrionali mostrano valori intermedi, con costi unitari compresi tra 0,40-0,42€. Fa eccezione la Valle d'Aosta che presenta un costo medio tra i più elevati del Paese pari a 0,48€. Inoltre, nel Nord, il Friuli-Venezia Giulia, presenta la spesa pro capite minore del Paese (5,88€) tra tutte le regioni.

Le regioni del Centro presentano la spesa pro capite più elevata tra le macroaree, con una media di 8,11€. La Toscana è la regione con il valore di spesa pro capite più elevata (9,86€). Da evidenziare, inoltre, è il costo medio del Lazio e delle Marche che risulta superiore alla media nazionale (rispettivamente, 0,46€ e 0,45€).

Nel Sud e nelle Isole la spesa pro capite è la più bassa del Paese, con un valore medio pari a 6,81€, mentre il costo medio per DDD risulta il più elevato (0,47€ vs 0,41 al Nord e 0,42€ al Centro). In questa area del Paese si registrano i valori maggiori riguardo il costo medio. Nello specifico, le regioni interessate sono l'Abruzzo e la Campania (pari merito 0,49€.)

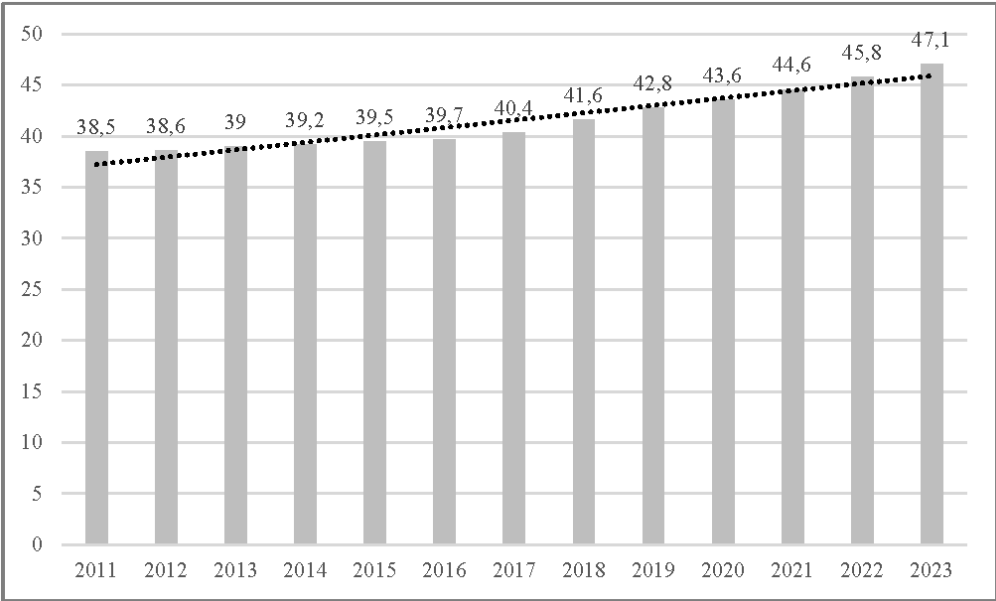
In conclusione, l'analisi della serie storica che conferma un aumento costante del consumo di antidepressivi dal 2011, indica una progressiva normalizzazione dell'impiego di questi farmaci nella pratica clinica e delinea un mercato in espansione, caratterizzato da un utilizzo sempre più strutturato delle terapie farmacologiche. La contraddittorietà della differenza tra consumo e spesa pro capite tra Centro-Nord (più alta) e Mezzogiorno (più bassa) potrebbe essere giustificata in parte sia da una sperequazione di costo medio per DDD tra le differenti macroaree e sia dal fatto che nel Sud e nelle Isole, a fronte di meno trattamenti, si ricorra in proporzione a farmaci più recenti e onerosi, evidenziando un'area di miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva (Tabella 2).

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2023

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)
Piemonte	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3	48,8	49,2	50,4	52,5	54,5	3,9
Valle d'Aosta	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0	41,5	42,1	43,6	44,9	47,0	4,6
Lombardia	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5	40,0	40,7	42,3	43,6	45,6	4,3
Bolzano-Bozen	51,1	51,8	51,7	52,1	53,0	53,5	53,6	54,5	56,0	56,1	57,1	59,0	60,3	1,8
Trento	36,8	37,2	37,5	38,1	38,4	38,9	39,6	41,5	42,4	43,2	45,1	46,0	47,3	2,8
Veneto	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3	41,4	42,2	43,1	44,4	45,7	3,0
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	39,1	40,2	2,6
Liguria	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2	56,9	57,9	58,7	60,3	61,7	2,5
Emilia-Romagna	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1	53,3	53,6	55,1	57,1	58,1	1,7
Toscana	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2	63,6	65,2	66,3	67,6	69,3	2,5
Umbria	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9	55,1	57,1	57,6	57,8	59,6	3,1
Marche	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6	45,0	45,6	46,7	47,5	48,9	3,0
Lazio	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7	38,3	38,7	39,5	40,4	41,4	2,5
Abruzzo	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1	41,6	42,9	43,6	45,0	46,4	3,2
Molise	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4	35,7	36,8	37,5	38,3	39,3	3,3
Campania	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1	33,3	34,2	35,1	35,8	36,7	2,9
Puglia	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6	34,2	35,2	35,8	36,5	37,9	4,2
Basilicata	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9	33,2	34,1	34,9	35,8	36,5	2,0
Calabria	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8	40,2	41,3	41,4	41,8	42,7	2,6
Sicilia	32,1	44,1	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0	34,4	35,2	35,7	36,4	37,3	3,0
Sardegna	44,3	38,6	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1	45,6	47,1	48,2	49,4	50,5	2,7
Italia	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4	41,6	42,8	43,6	44,6	45,8	47,1	3,1

Fonte dei dati: Rapporto Nazionale "L'uso dei Farmaci in Italia" (OsMed). Anno 2025.

Grafico 1 - Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2011-2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 2 - Spesa pro capite (valori in €), consumo (valori in DDD/1000 abitanti die) e costo medio (valori in €) per giornata di terapia per regione - Anno 2023

Regioni	Spesa pro capite*	DDD/1.000 ab die	Costo medio DDD*
Piemonte	7,93	54,5	0,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,22	47,0	0,48
Lombardia	6,93	45,6	0,42
Bolzano-Bozen	9,32	60,3	0,42
Trento	7,21	47,3	0,42
Veneto	6,93	45,7	0,41
Friuli-Venezia Giulia	5,88	40,2	0,40
Liguria	9,54	61,7	0,42
Emilia-Romagna	7,89	58,1	0,37
Toscana	9,86	69,3	0,39
Umbria	8,37	59,6	0,39
Marche	7,96	48,9	0,45
Lazio	6,94	41,4	0,46
Abruzzo	8,29	46,4	0,49
Molise	6,73	39,3	0,47
Campania	6,51	36,7	0,49
Puglia	6,39	37,9	0,46
Basilicata	6,15	36,5	0,46
Calabria	7,16	42,7	0,46
Sicilia	6,48	37,3	0,48
Sardegna	8,3	50,5	0,45
Italia	7,35	47,1	0,43
Nord	7,41	50,1	0,41
Centro	8,11	52,7	0,42
Sud ed Isole	6,81	39,5	0,47

*Rapporto Nazionale “L'uso dei Farmaci in Italia” (OsMed).

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati 2011-2023 conferma un aumento costante e sostenuto del trend di consumo di antidepressivi in Italia, con un'esposizione media di 47,1 DDD per 1.000 ab die e una spesa pro capite di 7,35€ nel 2023. L'incremento, generalizzato su tutto il territorio, riflette una maggiore consapevolezza dei disturbi dell'umore, ma pone anche sfide rilevanti per la sanità pubblica (4). Per ottimizzare l'uso delle risorse e promuovere un approccio più equilibrato, è prioritario potenziare i servizi psicologici e psicoterapeutici territoriali, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle aree interne. Occorre, inoltre, rafforzare la formazione dei MMG su diagnosi differenziale e strategie di step care, per ridurre la medicalizzazione dei sintomi lievi e favorire l'aderenza alle Linee Guida. Sul piano della governance, il monitoraggio della spesa per terapie innovative deve integrarsi con valutazioni di *Health Technology Assessment* per un uso razionale dei farmaci ad alto costo. La programmazione regionale dovrebbe infine promuovere modelli, *evidence-based*,

di trattamento integrato territoriale capaci di offrire oltre che la farmacoterapia, interventi psicologici, socio-riabilitativi e iniziative a promozione del benessere, in un *framework* a *governance* nazionale riducendo, così, le disuguaglianze territoriali e garantendo percorsi di cura completi ed equi.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2024. Oslo, 2024.
- (2) WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginevra, 2017.
- (3) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023. Disponibile sul sito: www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2023.pdf.
- (4) Oscoz-Iruozqui M, Villani L, Martinelli S, Ricciardi W, Gualano MR. Trend analysis of antidepressant consumption in Italy from 2008 to 2022 in a public health perspective. *Sci Rep.* 2025 Apr 9;15(1):12124. doi: 10.1038/s41598-025-96037-z. PMID: 40204785; PMCID: PMC11982533.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore qui proposto si fonda sul conteggio dei pazienti dimessi, almeno una volta nell'anno di riferimento (2023), da reparti di psichiatria con diagnosi primaria o secondaria di disturbo mentale (codici ICD-9-CM 290-319). L'analisi si concentra esclusivamente sui ricoveri avvenuti in regime ordinario e di DH. Ai fini di garantire la massima specificità, sono stati inclusi unicamente i ricoveri acuti, escludendo le lungodegenze e le prestazioni riabilitative.

L'obiettivo principale di questa misura consiste nel descrivere la prevalenza annuale di soggetti con bisogno di assistenza psichiatrica in fase acuta, stratificata per genere, fascia di età e area geografica. La scelta

di escludere il regime diurno focalizza l'indicatore sulla gestione delle crisi più severe che richiedono un'ospedalizzazione a tempo pieno. Sebbene ciò non permetta di cogliere la complessità dei percorsi di cura semi-residenziali, offre una misura più mirata della pressione sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per la gestione dell'acuzie.

L'esclusione delle lungodegenze e delle riabilitazioni assicura che l'indicatore rifletta il numero di persone trattate per almeno un episodio sub-acuto o acuto nell'anno, offrendo così una base solida per il monitoraggio delle politiche di salute mentale e l'allocazione delle risorse ospedaliere.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di disturbo psichico}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. La presente analisi si basa sul flusso standardizzato delle SDO trasmesse da tutte le strutture sanitarie italiane, con copertura territoriale completa e dal NSIS che è stato istituito nel 2001 con l'obiettivo di fornire un patrimonio di dati e metodologie per misurare la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari. (1, 2). Le modalità di raccolta e codifica delle SDO sono uniformi, ma non si può escludere una variabilità nella completezza e nella qualità delle informazioni inserite in ciascun Ospedale (1).

Per minimizzare distorsioni dovute alle differenze demografiche regionali, tutti i tassi di dimissione sono stati età-standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia censita dall'Istat per l'anno 2023 e per tutti gli anni della serie storica presi in considerazione.

Grazie a un codice anonimo univoco presente in ogni SDO, è possibile evitare il doppio conteggio dei singoli pazienti nell'arco dell'anno. La qualità di questo identificativo è molto elevata (circa il 99% di SDO con codice affidabile) e nell'analisi sono state incluse esclusivamente le schede con codice ritenuto valido.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale medio del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, i dati sui ricoveri psichiatrici mostrano marcate eterogeneità territoriali e di genere.

Ricoveri Ordinari (SPDC)

La PA di Bolzano (44 per 10.000 uomini; 50 per

10.000 donne) e la Valle d'Aosta (37 per 10.000 uomini; 44 per 10.000 donne) registrano tassi di dimissione quasi doppi rispetto alla media nazionale, seguite da Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna. Al contrario, Campania (9 per 10.000 uomini; 8 per 10.000 donne), Basilicata, Calabria e Abruzzo presentano i valori minori collocandosi su livelli inferiori alla media nazionale (Tabella 1).

La distribuzione per età indica un maggior coinvolgimento dei giovani adulti: a livello nazionale, il picco si osserva nella fascia di età 18-24 anni (40 per 10.000), con un calo progressivo nelle classi successive (31 per 10.000 nella classe di età 25-44, 26 per 10.000 nella classe di età 45-64 e 16 per 10.000 sia nella classe 65-74 anni e sia nei 65 anni ed oltre). Le differenze regionali sono particolarmente marcate nella fascia giovanile: Valle d'Aosta (152 per 10.000) e PA Bolzano (137 per 10.000) mostrano tassi quasi quadrupli rispetto alla media, mentre Basilicata (12 per 10.000), Campania (13 per 10.000), Calabria e Puglia (pari merito 17 per 10.000) si collocano ai livelli più bassi. Da evidenziare sono i valori della PA di Bolzano che risultano elevati in tutte le fasce di età, suggerendo una maggiore attenzione alla psicogeriatrica nelle classi età avanzate (Tabella 2).

Ricoveri in Day Hospital

L'analisi dei tassi di attività in DH nel 2023 evidenzia una forte eterogeneità regionale, con pochi territori attivi e gran parte del Paese in cui il servizio risulta sostanzialmente assente. La Valle d'Aosta presenta i livelli più elevati (9 per 10.000 negli uomini e 12 per 10.000 nelle donne), mantenendosi nettamente al di

sopra del resto d'Italia. Anche la Toscana mostra una presenza significativa del DH (7 per 10.000 negli uomini e 8 per 10.000 nelle donne), così come il Lazio, con 5 per 10.000 in entrambi i generi. In molte regioni, tra cui Lombardia, PA Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Molise e Sardegna, i tassi sono pari a 0 in entrambi i generi, indicando una totale inattività del servizio o un suo assorbimento in altre forme assistenziali. Altre regioni presentano livelli minimi, tra 1-2 per 10.000, come Piemonte, Veneto, Liguria, Umbria e Abruzzo.

Nel complesso, la distribuzione dei tassi conferma un marcato ridimensionamento del DH psichiatrico, oggi concentrato in pochi contesti regionali e quasi assente nel resto del territorio. Dove l'attività persiste, i tassi risultano spesso più elevati nelle donne, suggerendo possibili differenze nei profili di accesso o nei bisogni assistenziali. Questa frammentazione

solleva interrogativi sul ruolo attuale del DH nei percorsi terapeutico-riabilitativi e sulla capacità delle reti regionali di garantire equità e continuità dell'assistenza (Tabella 3).

Andamento temporale 2015-2023

Il periodo 2015-2019 è stato caratterizzato da stabilità dei tassi di RO (26-27 per 10.000 uomini; 24-25 per 10.000 donne). La pandemia ha rappresentato un punto di rottura: nel 2020 si è registrato un crollo (20 per 10.000 uomini; 18 per 10.000 donne), dovuto alle barriere di accesso ai servizi durante la crisi sanitaria, seguito da una lenta ripresa senza ritorno ai livelli pre-pandemici (22 per 10.000 uomini; 21 per 10.000 donne nel 2023) (3, 4). Questo quadro suggerisce un "debito di cura" persistente e una capacità ridotta del sistema di rispondere al disagio post-pandemico.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Ricovero Ordinario con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	37	39	36	37	37	35	37	39	38	39	30	31	31	33	33	35	34	36
Valle d'Aosta	30	32	31	30	35	29	32	31	34	34	31	26	33	33	34	33	37	44
Lombardia	28	27	27	26	27	26	26	26	26	26	20	19	20	20	21	21	21	22
Bolzano-Bozen	51	55	45	53	48	50	45	47	49	45	38	42	37	40	40	43	44	50
Trento	25	23	26	25	22	20	23	20	26	23	19	16	21	17	24	20	32	27
Veneto	31	34	31	33	31	33	32	34	31	33	26	28	27	29	29	31	30	32
Friuli-Venezia Giulia	14	13	14	14	16	15	16	16	17	16	14	14	14	14	14	14	14	13
Liguria	47	45	49	42	44	41	42	39	42	39	33	29	33	31	35	31	37	31
Emilia Romagna	36	33	36	33	41	35	40	34	38	35	31	26	33	29	33	28	35	31
Toscana	23	24	22	22	23	24	24	24	23	23	18	19	20	20	20	22	20	22
Umbria	17	16	16	18	17	17	16	16	18	17	14	15	15	14	14	15	15	15
Marche	36	27	36	26	31	22	35	24	34	24	26	18	26	19	26	19	27	17
Lazio	18	17	17	15	17	15	17	16	18	16	14	13	15	15	15	15	16	15
Abruzzo	26	24	26	25	25	21	20	18	21	17	17	12	16	13	17	14	15	13
Molise	24	27	23	22	21	18	22	19	18	19	16	14	16	15	17	18	16	17
Campania	20	14	18	14	19	13	12	9	11	9	8	6	8	7	9	8	9	8
Puglia	20	17	20	16	19	15	19	14	18	14	13	9	13	10	15	11	17	13
Basilicata	20	15	20	16	17	13	15	14	13	13	10	11	11	11	12	10	13	10
Calabria	18	15	18	15	19	15	18	15	18	14	12	10	12	11	14	13	14	13
Sicilia	30	25	30	25	28	24	29	25	30	25	22	19	23	19	24	21	26	22
Sardegna	29	26	27	25	27	24	25	22	23	21	18	15	17	16	18	16	20	17
Italia	27	25	26	24	27	24	26	24	26	24	20	18	21	19	22	21	22	21

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di disturbo psichico per regione - Anno 2023

Regioni	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	61	46	45	32	21
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	152	53	45	24	13
Lombardia	50	30	25	15	13
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>137</i>	<i>56</i>	<i>44</i>	<i>46</i>	<i>55</i>
<i>Trento</i>	<i>58</i>	<i>40</i>	<i>34</i>	<i>20</i>	<i>30</i>
Veneto	60	42	37	27	22
Friuli-Venezia Giulia	25	17	12	9	25
Liguria	75	53	38	25	22
Emilia Romagna	44	47	36	20	35
Toscana	56	31	22	14	17
Umbria	28	20	16	11	18
Marche	36	38	28	11	10
Lazio	40	23	16	10	12
Abruzzo	26	23	17	9	7
Molise	37	24	19	14	8
Campania	13	14	11	5	6
Puglia	17	24	19	10	5
Basilicata	12	20	14	7	7
Calabria	17	19	26	11	8
Sicilia	30	36	35	18	8
Sardegna	41	30	19	11	14
Italia	40	31	26	16	16

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Day Hospital con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valle d'Aosta	8	17	8	11	9	15	6	17	3	13	1	4	1	3	2	4	9	12
Lombardia	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>3</i>
<i>Trento</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Veneto	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Liguria	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	1	2	1	2	1	2	1	2
Emilia Romagna	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Toscana	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	4	5	4	6	5	6	7	8
Umbria	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
Marche	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Lazio	5	6	4	6	5	6	5	5	4	4	3	4	3	3	4	5	5	5
Abruzzo	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Molise	8	7	7	7	6	6	6	4	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0
Campania	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
Puglia	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	2
Basilicata	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	0	0	1	1	2	1
Calabria	3	3	2	3	4	3	2	3	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3
Sicilia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	2
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Italia	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri psichiatrici 2015-2023 evidenzia un sistema di salute mentale sotto pressione, con ampie disuguaglianze territoriali, generazionali e di genere.

È prioritario, alla luce dei dati presentati, ridurre le disomogeneità territoriali nell'accesso ai servizi, rafforzando l'offerta nelle regioni con tassi più bassi (Campania, Basilicata, Lazio) e affrontando eventuali barriere strutturali. È, inoltre, prioritario intervenire nella fascia di età 18-24 anni, che presenta i livelli più elevati e un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole. Il persistere di tassi nazionali inferiori al periodo pre-pandemico richiede azioni volte a recuperare il debito di cura, potenziando l'accessibilità e la tempestività dell'assistenza.

Il progressivo declino della psichiatria di comunità, evidenziato dalla quasi scomparsa del Day Hospital, indebolisce la continuità assistenziale. Serve un Piano Nazionale per la Salute Mentale che rafforzi i servizi territoriali e promuova percorsi integrati e sensibili al genere, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze e garantire un accesso equo alle cure su tutto il territorio nazionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO 2020, luglio 2022. Disponibile sul sito: Rapporto_SDO_2020.xlsb (salute.gov.it).
- (2) Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)
- (3) Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, Ducci G, Durbano F, Maci C, Maone A, Nicolò G, Oasi O, Percudani M, Polselli GM, Pompili M, Rossi A, Salcuni S, Tarallo F, Vita A, Lingiardi V; Italian Network for Research on Mental Health during COVID-19 Pandemic. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *ProNeuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Aug 30; 110: 110304.
- (4) Draghetti S, Alberti S, Borgiani G, Panariello F, De Ronchi D, Atti AR. Compulsory and voluntary admissions in comparison: A 9-year long observational study. *Int J Soc Psychiatry*. 2022 Dec;68(8):1716-1726. doi: 10.1177/00207640211057731. Epub 2021 Dec 19. PMID: 34927496.
- (5) Panariello F, Longobardi S, Cellini L, De Ronchi D, Atti AR. Psychiatric hospitalization during the two SARS-CoV-2 pandemic waves: New warnings for acute psychotic episodes and suicidal behaviors. *World J Psychiatry*. 2021 Nov 19; 11 (11): 1.095-1.105. doi: 10.5498/wjp.v11.i11.1095. PMID: 34888176; PMCID: PMC8613752.

Incidenza *First ever*

Significato. Il primo accesso assoluto dei soggetti con nuova insorgenza di disagio psichico ai servizi di cura territoriali viene identificato come *first ever* (1).

Questo indicatore rappresenta una misura diretta per il monitoraggio dell'emergenza di nuovi casi e costituisce un valido indicatore indiretto (*proxy*) della tempestività della presa in carico. Nei disturbi mentali maggiori, infatti, una minore Durata di Malattia Non

Trattata (*Duration of Untreated Illness-DUI*) è un riconosciuto fattore predittivo di migliori esiti in termini di recupero clinico e funzionamento psico-sociale. Allo stesso tempo consente di identificare quali sono i fabbisogni della popolazione facilitando l'organizzazione e la programmazione dei servizi di salute mentale in termini di allocazione delle risorse e di definizione di strategie di prevenzione e sensibilizzazione.

Tasso di incidenza *first ever*

$$\text{Tasso di incidenza } \textit{first ever} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Numeratore: N persone con primo contatto con servizi psichiatrici in una specifica fascia di età

Denominatore: Popolazione residente nella stessa fascia di età

Validità e limiti. L'indicatore è espresso come tasso per 10.000 abitanti ed è calcolato per fasce di età e genere. Esso fornisce una rappresentazione quantitativa dei nuovi contatti con i Dipartimenti di Salute Mentale (*first ever*), consentendo di monitorare l'incidenza dell'utenza che accede per la prima volta ai servizi.

Benché il dato non misuri direttamente la tempestività della presa in carico rispetto all'esordio del disturbo, nelle forme di patologia psichiatrica più severe il primo accesso tende a non essere significativamente ritardato. Per questo motivo l'indicatore può costituire, con le dovute cautele, una misura *proxy* indiretta dell'emersione clinica e dell'accesso ai servizi. Il *first ever* si configura come uno strumento sensibile, in grado di supportare il monitoraggio epidemiologico e di cogliere l'impatto di riassetto organizzativi e di campagne di sensibilizzazione e prevenzione sulla popolazione. I soggetti con evento *first ever* vengono identificati sulla base dell'apertura della relativa cartella clinica nell'anno di rilevazione a condizione che non risultino, nei sistemi informatici regionali, altre cartelle associate allo stesso identificativo (2). In questo senso, l'indicatore proposto potrebbe risentire di alcune criticità metodologiche legate ad errori nel sistema di raccolta dati, alla duplicazione delle cartelle, ad errori di identificazione del primo evento e corrette registrazioni dello stesso (3).

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un benchmark standardizzato, si riporta che il tasso di incidenza di nuovi utenti in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale in Italia nel 2022 è stato di 56,6 per 10.000 abitanti adulti. Tale media nazionale standardizzata presenta notevoli disomogeneità regionali (*range*: 10,2 per 10.000 Sardegna-101,1 per 10.000 PA di Bolzano). L'incidenza è risultata leggermente maggiore nelle donne (60,7 per 10.000) rispetto agli uomini (52,1 per 10.000). Complessivamente, i pazienti al

primo contatto nel 2022 sono stati 285.101, di cui il 94,4% "first ever" (senza contatti precedenti) (2).

Descrizione dei risultati

Nel 2023 l'incidenza dei *first ever* psichiatrici in Italia è stata pari a 51,3 per 10.000 abitanti, ma con differenze territoriali molto marcate. I valori più elevati si osservano in Calabria (111,1 per 10.000), seguita dalla PA di Bolzano (88,0 per 10.000) e dalla Valle d'Aosta (85,1 per 10.000). Al contrario, livelli particolarmente bassi si osservano nelle Marche (21,6 per 10.000), in Sardegna (24,9 per 10.000), Friuli-Venezia Giulia (27,7 per 10.000) e in Toscana (29,1 per 10.000), delineando un quadro fortemente eterogeneo che non segue un gradiente geografico. Le differenze per fascia di età sono altrettanto pronunciate: la classe 18-24 anni presenta il picco nazionale (82,0 per 10.000), con valori estremamente elevati in Valle d'Aosta (145,0 per 10.000), Lombardia (130,6 per 10.000), Emilia-Romagna (127,5 per 10.000), Liguria (126,1 per 10.000) e PA di Bolzano (120,1 per 10.000), mentre regioni come Marche, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia si attestano su valori nettamente inferiori (rispettivamente, 36,7; 41,4 e 45,5 per 10.000). L'incidenza tende a ridursi nelle età adulte nella maggior parte delle regioni, ma la Calabria rappresenta un'eccezione, con una crescita progressiva che raggiunge i 172,1 per 10.000 nella fascia 55-64 anni, il valore più alto osservato in Italia. Nelle età più avanzate (>75 anni) l'incidenza si abbassa nel Centro-Nord, mentre rimane elevata in Molise (91,7 per 10.000), Calabria (91,5 per 10.000) e Sicilia (80,6 per 10.000).

Anche le differenze di genere contribuiscono alla variabilità complessiva: le donne presentano un'incidenza nazionale di 55,7 per 10.000, superiore a quella degli uomini (46,7 per 10.000), con divari particolarmente marcati in Umbria (61,5 vs 38,4 per 10.000), Valle d'Aosta (96,1 vs 73,3 per 10.000) e PA di Trento

(78,1 vs 56,6 per 10.000. Tra i 18-24 anni i valori femminili raggiungono livelli molto elevati, come in Valle d'Aosta (186,8 per 10.000), Umbria (157,9 per 10.000), Emilia-Romagna (155,8 per 10.000) e Lombardia (153,4 per 10.000), mentre i valori maschili, pur elevati, risultano più contenuti. Le regioni con i livelli più bassi per entrambi i generi risultano Friuli-Venezia Giulia, Marche e Sardegna. La distribuzione per gruppi diagnostici mostra che nelle fasce giovanili prevalgono le diagnosi in attesa di definizione (17,5 per 10.000 tra i 18-24 anni) e le sindromi nevrotiche e somatoformi (14,1 per 10.000), mentre nelle età adulte aumentano i casi di depressio-

ne, che raggiunge i 16,2 per 10.000 tra i 55-64 anni. Nelle età anziane cresce la quota di demenze e disturbi organici, 8,1 per 10.000 negli *over 75* anni.

Nel complesso, l'incidenza dei *first ever* nel 2023 delinea un Paese caratterizzato da differenze territoriali molto ampie, accentuate nelle fasce giovanili, nelle età più avanzate e tra i generi. Il profilo diagnostico varia sensibilmente lungo il corso di vita, contribuendo a configurare pattern epidemiologici regionali distinti che richiedono ulteriori approfondimenti per comprendere pienamente le dinamiche di accesso e intercettazione dei nuovi casi nei diversi territori.

Tabella 1 - Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e regione - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Totale
Piemonte	101,8	61,1	51,0	48,1	48,0	34,4	22,8	47,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	145,0	91,1	74,1	79,1	108,7	79,9	43,9	85,1
Lombardia	130,6	73,0	50,9	41,7	47,4	38,8	23,8	51,8
Bolzano-Bozen	120,1	102,4	90,9	78,2	77,0	77,5	84,8	88,0
Trento	113,3	74,0	64,2	62,9	61,3	57,4	61,2	67,6
Veneto	63,7	55,5	49,6	49,8	52,9	47,3	34,7	49,4
Friuli-Venezia Giulia	45,5	36,3	30,2	30,2	29,0	20,5	15,4	27,7
Liguria	126,1	81,6	70,9	71,1	78,5	55,6	32,6	67,5
Emilia-Romagna	127,5	79,6	60,6	58,4	61,0	48,0	35,7	61,7
Toscana	68,7	40,9	30,8	29,7	28,0	20,4	11,5	29,1
Umbria	114,9	60,2	50,9	58,2	59,8	35,2	12,6	50,4
Marche	36,7	24,4	20,8	21,1	22,6	18,0	15,9	21,6
Lazio	85,7	60,4	55,0	68,9	75,9	54,6	22,4	59,5
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	71,4	65,2	54,1	68,4	73,1	66,1	91,7	70,6
Campania	46,0	34,7	38,6	51,8	65,1	34,7	23,7	43,5
Puglia	59,6	44,9	52,7	57,7	69,9	49,4	39,8	53,8
Basilicata	55,4	35,5	33,9	38,5	41,4	31,2	44,8	39,3
Calabria	61,7	63,7	93	140,7	172,1	111,7	91,5	111,1
Sicilia	60,2	50,5	54,4	63,5	76,9	58,4	80,6	64,2
Sardegna	41,4	28,2	22,4	27,3	28,5	23,2	12,0	24,9
Italia	82,0	55,3	49,1	52,3	58,8	43,2	31,9	51,3

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Tabella 2 - Incidenza (valori per 10.000) first ever per classe di età e regione. Maschi - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Totale
Piemonte	88,3	59,3	48,6	43,8	40,3	26,9	19,2	43,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	106,3	91,0	75,0	62,9	83,6	59,8	50,0	73,3
Lombardia	109,8	70,5	45,7	36,6	42,3	33,4	20,8	47,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>118,6</i>	<i>99,9</i>	<i>77,8</i>	<i>66,1</i>	<i>67,1</i>	<i>62,3</i>	<i>75,4</i>	<i>78,9</i>
<i>Trento</i>	<i>100,6</i>	<i>64,7</i>	<i>53,4</i>	<i>52,7</i>	<i>49,1</i>	<i>48,8</i>	<i>44,2</i>	<i>56,6</i>
Veneto	48,8	50,1	43,0	42,6	44,1	35,6	30,1	41,8
Friuli-Venezia Giulia	33,2	33,7	27,9	26,2	24,9	15,6	10,3	23,7
Liguria	104,9	78,8	62,0	61,1	65,1	48,9	29,2	60,3
Emilia-Romagna	102	70,9	51,4	47,3	50,4	37,2	30,5	52,2
Toscana	54,6	38,5	27,3	26,7	22,8	16,6	10,3	25,8
Umbria	75,6	47,0	37,5	42,0	45,4	26,6	11,6	38,4
Marche	28,0	21,7	15,8	18,8	18,3	15,3	15,9	18,5
Lazio	70,7	60,8	52,8	62,0	62,5	41,2	18,0	53,0
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	68,9	66,1	53,1	72,7	76,2	69,1	102,6	73,0
Campania	45,8	36,7	39,8	50,2	57,5	31,6	22,9	42,2
Puglia	52,1	42,3	49,9	53,1	62,8	45,7	43,6	50,5
Basilicata	51,3	38,5	33,3	34,8	38,4	28,8	42,4	37,3
Calabria	60,1	67,2	99,1	140,6	153,6	97,9	77,5	104,9
Sicilia	68,4	59,3	61,4	64,8	73,5	52,3	70,2	64,3
Sardegna	37,3	27,8	17,4	22,7	20,8	16,2	8,8	20,4
Italia	70,8	54,1	46,2	47,3	50,8	36,1	28,5	46,7

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.**Tabella 3** - Incidenza (valori per 10.000) first ever per classe di età e regione. Femmine - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Totale
Piemonte	116,7	63,0	53,3	52,4	55,4	41,3	25,3	51,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	186,8	91,2	73,1	94,7	133,4	98,7	39,6	96,1
Lombardia	153,4	75,7	56,2	46,9	52,4	43,7	25,8	56,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>121,7</i>	<i>105,0</i>	<i>104,3</i>	<i>90,3</i>	<i>87,1</i>	<i>91,5</i>	<i>91,6</i>	<i>96,9</i>
<i>Trento</i>	<i>12,07</i>	<i>83,7</i>	<i>75,2</i>	<i>73,0</i>	<i>73,3</i>	<i>65,7</i>	<i>72,9</i>	<i>78,1</i>
Veneto	79,8	61,2	56,2	57,2	61,6	58,0	38,0	56,7
Friuli-Venezia Giulia	59,1	39,1	32,7	34,2	33,0	24,9	18,9	31,4
Liguria	149,3	84,6	80,0	80,8	91,2	61,5	34,8	74,0
Emilia-Romagna	155,8	88,9	69,9	69,4	71,3	57,6	39,3	70,7
Toscana	84,2	43,5	34,2	32,7	32,9	23,8	12,4	32,2
Umbria	157,9	74,2	64,1	73,8	73,3	43,0	13,3	61,5
Marche	46,3	27,2	25,7	23,4	26,8	20,4	15,9	24,4
Lazio	102,1	59,9	57,2	75,4	88,3	66,3	25,3	65,6
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	74,3	64,2	55,2	64,1	70,0	63,2	84,0	68,4
Campania	46,2	32,6	37,4	53,3	72,3	37,5	24,2	44,7
Puglia	67,6	47,6	55,4	62,2	76,4	52,7	37,0	56,9
Basilicata	59,9	32,2	34,5	42,1	44,3	33,4	46,5	41,2
Calabria	63,5	60,1	86,7	140,9	189,3	124,6	101,7	116,9
Sicilia	51,3	41,3	47,3	62,2	80,1	63,9	88,0	64,0
Sardegna	45,9	28,7	27,4	32,0	36,0	29,7	14,3	29,2
Italia	94,2	56,6	52,0	57,2	66,4	49,6	34,3	55,7

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Tabella 4 - Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e gruppo diagnostico - Anno 2023

Gruppo diagnostico	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Disturbi da abuso o intossicazione da sostanze psicoattive	1,5	1,7	1,5	1,2	0,8	0,4	0,1	1,0
Altri disturbi psichici	9,8	5,2	4,6	5,1	5,6	3,0	1,5	4,7
Assenza di patologia psichiatrica	5,0	4,0	4,0	3,7	3,6	3,0	2,7	3,6
Demenze e disturbi mentali organici	0,6	0,6	0,6	0,8	1,5	2,8	8,1	2,2
Depressione	10,8	8,5	9,0	12,0	16,2	11,8	6,4	10,9
Diagnosi in attesa di definizione	17,5	11,8	9,8	9,8	10,2	7,8	6,3	9,9
Disturbi della personalità e del comportamento	9,5	4,4	2,7	2,4	2,2	1,3	0,5	2,8
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,0	2,3	2,3	2,8	3,6	2,6	1,1	2,5
Ritardo mentale	4,7	1,8	1,2	1,1	1,0	0,7	0,7	1,3
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	6,5	5,7	5,1	5,3	5,9	4,4	1,7	4,8
Sindromi nevrotiche e somatoformi	14,1	9,4	8,1	8,0	8,3	5,5	3,0	7,6
Italia	82,0	55,3	49,1	52,3	58,8	43,2	31,9	51,3

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il “Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030” dell’OMS prevede tra i principali obiettivi la fornitura di servizi di salute mentale e sociali completi, integrati nelle comunità (8). Questo implica lo sviluppo di una rete assistenziale in grado intercettare precocemente i disturbi, soprattutto nei casi di primo episodio psichiatrico (8). Nel contesto italiano emerge una marcata eterogeneità nel rilevamento del *first ever* psichiatrico, che ostacola l’attuazione dei principi promossi dall’OMS. Evidente è l’ampia variabilità esistente tra le diverse regioni sulla rilevazione e sulla gestione dei casi di primo contatto con i servizi di salute mentale a livello territoriale. Questa disomogeneità riflette le differenze nei modelli organizzativi e assistenziali nei diversi territori che condizionano fortemente la capacità di intercettazione precoce degli utenti, con un sensibile ritardo nell’accesso alle cure e nel trattamento dei diversi disagi psichici. Permane, inoltre, una marcata differenza di genere, con una maggiore incidenza di *first ever* nel genere femminile rispetto al genere maschile (9), verosimilmente legata ad una maggiore propensione delle prime nel rivolgersi ai servizi rispetto agli uomini, ancora condizionati dallo stigma e da barriere psicologiche e culturali che limitano la richiesta di aiuto (10). Il quadro complessivo evidenzia la necessità di politiche orientate al rafforzamento della rete assistenziale e alla programmazione di interventi precoci. In questa prospettiva, l’utilizzo dell’Intelligenza Artificiale (in particolare dei modelli di *machine learning*) rappresenta una risorsa promettente per identificare in modo più accurato i soggetti a rischio di primo episodio psichiatrico (11).

Riferimenti bibliografici

(1) Starace F, Minguzzi R, a cura di. Strutture e processi assistenziali della salute mentale in Italia: Indicatori SIEP. Quaderno di Epidemiologia Psichiatrica, n. 8. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP); 2021. Disponibile sul sito:

https://siep.it/wp-content/uploads/2021/07/QEP-8_2021-DEF.pdf.

(2) Ministero della Salute. Rapporto salute mentale: Analisi del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Roma: Ministero della Salute; 2023. Disponibile sul sito: www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3502_all_egato.pdf.

(3) Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto. Sistemi informativi in psichiatria: utilizzi e potenzialità. Estratto da IES - Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, n. 3, luglio 2007, pp. 4–66. Verona: SER Veneto; 2007. Disponibile sul sito: www.ser-veneto.it/public/File/documents/articoli_di_bollettino/ies200703/ies200703SistemiInformativiInPsichiatria.pdf.

(4) Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan; 27 (1): 281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.

(5) Doyle A, O’Sullivan M, Craig S, McConkey R. People with intellectual disability in Ireland are still dying young. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021 Jul; 34 (4): 1.057-1.065. doi: 10.1111/jar.12853. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33377272; PMCID: PMC8359186.

(6) Chen L, Selvendra A, Stewart A, Castle D. Risk factors in early and late onset schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2018 Jan; 80: 155-162. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.09.009. Epub 2017 Sep 20. PMID: 29096206.

(7) Barbui, C., Papola, D. & Saraceno, B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 12, 43 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223>.

(8) Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(9) Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. The gender gap in mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50, 1089-1095 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>.

(10) Keohane A, Richardson N. Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American Journal of Men’s Health*. 2017;12(1):160-171. doi:10.1177/1557988317733093.

(11) Sharma, S.K., Alutaibi, A.I., Khan, A.R. et al. Early detection of mental health disorders using machine learning models using behavioral and voice data analysis. *Sci Rep* 15, 16518 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00386-8>.

Continuità assistenziale Ospedale-territorio

Significato. La continuità assistenziale Ospedale-territorio in psichiatria è un principio fondamentale (e una pratica operativa) che mira a garantire che il paziente psichiatrico riceva un'assistenza coordinata, coerente e senza interruzioni nel passaggio tra le cure fornite in ambito ospedaliero (tipicamente durante una fase acuta) e quelle erogate dai servizi territoriali (per la gestione a lungo termine, la riabilitazione e il reinserimento sociale).

I pilastri operativi della continuità assistenziale sono: la presa in carico globale (il paziente non è visto solo come un “caso acuto” da risolvere in Ospedale, ma come una persona con bisogni complessi che richiedono un intervento integrato e prolungato nel tempo); la comunicazione e collaborazione tra Ospedale (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura-SPDC) e Territorio (Centro di Salute Mentale-CSM); Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP) con uno scambio fluido e costante di informazioni cliniche, piani di trattamento, valutazione del rischio e dei bisogni socio-assistenziali; il coinvolgimento precoce del territorio; la pianificazione della Dimissione (*Discharge Planning*) che non è un semplice atto burocratico, ma un processo che inizia precocemente durante il ricovero e include, spesso, anche la definizione di un Progetto Terapeutico Individualizzato condiviso tra SPDC, CSM, paziente e, se opportuno, familiari; il “Passaggio di Consegne Attivo” (*Warm Handover*) che si declina idealmente in un incontro congiunto tra l'*équipe* ospedaliera, quella territoriale e il paziente (e, talvolta, i familiari) per assicurare che tutte le informazioni siano trasmesse e comprese con la garanzia che il paziente abbia un appuntamento fissato con il CSM poco dopo la dimissione.

Il CSM svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza psichiatrica in coerenza con la Legge n. 180/1978 (Legge Basaglia) e il Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale” (PON Salute Mentale), regolamentato dal DPR 7 aprile 1994 (Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”) e dal DPR 10 novembre 1999, n. 484 (Progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000”) (1-6).

Le cure erogate dai CSM sono il fulcro dell'assistenza psichiatrica territoriale, garantendo il proseguimento delle cure, il monitoraggio, la prevenzione delle ricadute, il supporto psicologico e sociale e l'integrazione con altri servizi di assistenza territoriale (servizi sociali, SerDP e MMG). Attraverso di esso si garantisce una *governance* sul coordinamento degli interven-

ti riabilitativi (centri diurni, comunità terapeutiche e inserimenti lavorativi) (7-9).

Uno dei principali obiettivi della continuità assistenziale è la prevenzione delle ri-ospedalizzazioni, giacché una buona continuità riduce il rischio di “porte girevoli”, ovvero di dimissioni seguite da rapide ricadute e nuovi ricoveri, spesso dovuti a una presa in carico territoriale inadeguata o tardiva che accelerano spesso il processo di graduale riduzione dei livelli di funzionamento psico-sociale (10-13).

La continuità assistenziale deve includere, inoltre, il coinvolgimento dei familiari (o dei *caregiver*) unitamente al paziente (14-16).

Per raggiungere tutti gli scopi a cui mira una solida continuità assistenziale, c'è bisogno che il sistema sia in grado di rispondere con flessibilità, facile accessibilità e rapidità a eventuali peggioramenti o crisi che possono verificarsi nel *setting* territoriale, attivando interventi di crescente intensità assistenziale che vanno dalla intensificazione di quelli domiciliari alla, se necessario, ri-ospedalizzazione breve e programmata con obiettivi chiari e raggiungibili a breve termine (17-19).

In sintesi, la continuità ospedale-territorio in psichiatria significa costruire un “ponte” solido e ben gestito tra la fase acuta della malattia, trattata in Ospedale, e la fase di stabilizzazione, recupero e mantenimento del benessere nel contesto di vita del paziente, gestita dai servizi territoriali. L'obiettivo finale è promuovere la *recovery*, l'autonomia e la qualità della vita della persona con disturbo mentale (20).

Per valutare l'efficienza della presa in carico territoriale psichiatrica dopo la dimissione ospedaliera, focalizzandosi sia sulla rapidità che sulla completezza dell'intervento, sono stati selezionati due indicatori quali il tasso di utenti dimessi nell'anno 2023 dal SPDC che effettuano la prima visita di controllo a 14 e 30 giorni.

La scelta di questi indicatori si basa sulla loro capacità di misurare direttamente la “proporzione di successo” dei servizi territoriali nel raggiungere i pazienti dimessi (popolazione a rischio), valutando rispettivamente:

- rapidità (P14): capacità di garantire un primo contatto entro il periodo critico di 14 giorni;
- completezza (P30): estensione del *follow-up* fino a 30 giorni, comprensiva di eventuali visite non immediate.

P14 = rapidità

Numeratore	N prime visite effettuate entro 14 giorni dalla dimissione
Denominatore	Dimissioni annue da Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

x 100

P30 = completezza

Numeratore	N prime visite effettuate entro 14 giorni + N visite tra 15-30 giorni dalla dimissione
Denominatore	Dimissioni annue da Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

x 100

Validità e limiti. Gli indicatori P14 e P30 risultano validi in quanto misurano in modo diretto e quantitativo la tempestività e la capacità del servizio territoriale di garantire continuità assistenziale dopo la dimissione da SPDC. La loro costruzione è semplice, basata su dati routinari facilmente reperibili nei sistemi informativi sanitari e permette di confrontare diverse realtà territoriali o monitorare l'andamento nel tempo. Inoltre, la distinzione tra P14 e P30 consente di cogliere sia la prontezza dell'intervento (rapidità) sia la copertura complessiva del *follow-up* (completezza), offrendo una lettura articolata della presa in carico.

Tuttavia, gli indicatori presentano alcuni limiti. Non tengono conto della qualità dell'intervento (contenuti, esiti clinici e adeguatezza del contatto) né delle motivazioni di eventuali ritardi o mancati *follow-up*, che possono dipendere da fattori organizzativi, territoriali o legati al paziente (ad esempio rifiuto, trasferimento o perdita di contatto). Inoltre, l'uso delle sole dimissioni da SPDC come denominatore non distingue i diversi livelli di complessità clinica, rischiando di sovra o sottostimare la performance dei servizi in presenza di casi più gravi o difficilmente raggiungibili. Infine, la variabilità nella registrazione delle visite o nelle fonti dati può influire sull'affidabilità del risultato.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di standard internazionali univoci, si riportano come valori di riferimento nazionali i seguenti tassi medi annui:

- P14: 36,54%;
- P30: 43,48%.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 la prevalenza nazionale degli accessi ai Centri di Salute Mentale entro 14 giorni dalla dimissione è pari a 36,54% dei dimessi, mentre entro 30 giorni sale al 43,48%. L'analisi regionale restituisce un quadro estremamente eterogeneo, con differenze che raggiungono livelli molto ampi e che mostrano sia eccellenze sia fragilità profonde nella capacità dei servizi territoriali di garantire continuità assistenziale.

I valori più elevati si osservano nella PA di Trento, che rappresenta il caso limite più significativo dell'intero Paese: 77,14% entro 14 giorni e 84,29% entro 30 gior-

ni, con scostamenti dalla media nazionale pari, rispettivamente, a +40,60 e +40,81 p.p.. Subito dopo si colloca la PA di Bolzano, anch'essa con livelli molto alti (71,55% a 14 giorni e 79,31% a 30 giorni) e differenziali pari a oltre 35 p.p.. Questi due contesti, con valori che in alcuni casi superano il doppio della media nazionale, delineano un modello organizzativo marcatamente più efficace, o comunque più orientato alla presa in carico precoce, rispetto al resto del Paese.

Tra le regioni di piccole dimensioni, anche la Valle d'Aosta presenta livelli molto alti (51,28% a 14 giorni e 64,10% a 30 giorni), con scostamenti che raggiungono +20,62 p.p. entro 30 giorni e +14,74 p.p. entro 14 giorni, configurandosi come un altro caso degno di particolare menzione. Tra le regioni più ampie, la Lombardia, con una popolazione e un sistema molto complesso, registra valori significativamente superiori alla media (47,40% a 14 giorni e 57,29% a 30 giorni). Tra le regioni del Nord valori superiori alla media italiana si osservano anche in Piemonte ed Emilia-Romagna, mentre tra le regioni centrali nelle Marche, segnalando una buona capacità complessiva di garantire accesso precoce ai servizi.

Molto diverso il quadro nelle regioni con valori inferiori. Il Lazio mostra i valori più bassi d'Italia (15,64% a 14 giorni e 19,15% a 30 giorni), con differenziali di -20,90 p.p. entro 14 giorni e -24,33 p.p. entro 30 giorni. Anche la Toscana rappresenta un caso critico: 22,91% a 14 giorni e 25,00% a 30 giorni, con scostamenti negativi di -13,63 p.p. a 14 giorni e -18,48 p.p. a 30 giorni, confermandosi tra i sistemi regionali con minore continuità assistenziale post-dimissione.

Anche la Liguria (32,54% a 14 giorni e 39,49% a 30 giorni) e la Sicilia (30,69% a 14 giorni e 41,06% a 30 giorni) presentano livelli inferiori alla media, ma con scostamenti meno accentuati.

Nel Mezzogiorno, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria, presentano valori superiori alla media nazionale sia a 14 e sia a 30 giorni con differenziali, per i 14 giorni, che variano da 1,46 p.p. della Campania a 17,45 p.p. del Molise, e per i 30 giorni, da 2,24 p.p. in Campania a 18,96 p.p. in Molise. Il Molise, inoltre, rappresenta il caso più sorprendente dell'area, con valori nettamente sopra la media e differenziali che lo avvicinano alle *performance* del Nord.

Un ulteriore elemento critico riguarda le regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo e Sardegna, per le quali i dati non risultano disponibili. L'assenza di informazioni per intere aree del Paese rende più difficile interpretare il quadro complessivo e potrebbe nascondere ulteriori differenze strutturali o criticità

sulla rilevazione.

Nel complesso, il confronto tra i valori a 14 e 30 giorni accentua le disuguaglianze tra regioni ed evidenzia le differenze nei modelli organizzativi, nella disponibilità dei servizi territoriali e nella capacità di presa in carico precoce degli utenti dimessi.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) degli accessi in Centri di Salute Mentale entro 14 e 30 giorni dalla dimissione per regione - Anno 2023

Regioni	Giorni	Prevalenza	Italia	Δ (Prevalenza-Italia)
Piemonte	14	42,00	36,54	5,46
	30	50,37	43,48	6,89
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14	51,28	36,54	14,74
	30	64,10	43,48	20,62
Lombardia	14	47,40	36,54	10,86
	30	57,29	43,48	13,81
Bolzano-Bozen	14	71,55	36,54	35,01
	30	79,31	43,48	35,83
Trento	14	77,14	36,54	40,60
	30	84,29	43,48	40,81
Veneto	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Liguria	14	32,54	36,54	-4,00
	30	39,49	43,48	-3,99
Emilia Romagna	14	40,97	36,54	4,43
	30	46,72	43,48	3,24
Toscana	14	22,91	36,54	-13,63
	30	25,00	43,48	-18,48
Umbria	14	39,72	36,54	3,18
	30	42,99	43,48	-0,49
Marche	14	43,67	36,54	7,13
	30	55,06	43,48	11,58
Lazio	14	15,64	36,54	-20,90
	30	19,15	43,48	-24,33
Abruzzo	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	14	53,99	36,54	17,45
	30	62,44	43,48	18,96
Campania	14	38,00	36,54	1,46
	30	45,72	43,48	2,24
Puglia	14	44,05	36,54	7,51
	30	54,76	43,48	11,28
Basilicata	14	48,00	36,54	11,46
	30	56,00	43,48	12,52
Calabria	14	40,48	36,54	3,94
	30	59,52	43,48	16,04
Sicilia	14	30,69	36,54	-5,85
	30	41,06	43,48	-2,42
Sardegna	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per colmare il significativo divario tra il modello legislativo delineato dalla Legge n. 180/1978 e la prassi operativa del sistema sanitario italiano, è imperativo agire strategicamente su più fronti. Innanzitutto, è fondamentale istituire un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione che si basi su indicatori standardizzati, al fine di garantire una *governance data-driven*,

un'allocazione mirata delle risorse e una riduzione delle marcate disparità regionali, promuovendo il *benchmarking* e il trasferimento delle buone pratiche.

Parallelamente, è essenziale standardizzare e rendere vincolanti, in tutte le regioni, i pilastri operativi della continuità di cura, includendo un *discharge planning* strutturato, un *warm handover* efficace e l'implementazione di piattaforme digitali interoperabili per una flui-

da condivisione delle informazioni cliniche tra Ospedale e territorio.

Accanto a ciò, è cruciale procedere con l'appianamento delle differenze regionali, e tra aree urbane e aree interne, in termini qualitativi e quantitativi dei servizi territoriali. Questo richiederebbe investimenti mirati in modelli di cura basati sull'evidenza e la messa a sistema del coinvolgimento attivo degli utenti e dei loro familiari in tutti i processi di programmazione e valutazione dei servizi, unito a campagne di sensibilizzazione per combattere efficacemente lo stigma ancora persistente.

Inoltre, è imprescindibile rafforzare, in tutto il territorio nazionale, e in maniera uniforme, l'integrazione socio-sanitaria e la collaborazione intersettoriale con Enti locali, servizi per l'impiego e il terzo settore, per affrontare in maniera olistica i determinanti sociali che influenzano profondamente la salute mentale.

Infine, per migliorare l'accessibilità, la personalizzazione e la resilienza di tutti i servizi territoriali regionali, è un imperativo lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni digitali per la salute mentale (come telepsichiatria e telemonitoraggio), con un forte impegno nella formazione degli operatori e nell'alfabetizzazione digitale di utenti e familiari, al fine di massimizzare i benefici.

L'obiettivo finale di queste raccomandazioni è trasformare le criticità attuali in concrete opportunità di miglioramento, colmando, in Italia, le descritte sperequazioni regionali esistenti in tema di salute.

Riferimenti bibliografici

- (1) Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
- (2) Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996". (Primo Progetto Obiettivo Nazionale che ha delineato l'organizzazione dei servizi di salute mentale).
- (3) Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, n. 484. Regolamento recante progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".
- (4) Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996".
- (5) Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, n. 484. Regolamento recante progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".
- (6) Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): I DPCM che definiscono i LEA, e i successivi aggiornamenti, spesso includono specifiche relative all'assistenza psichiatrica e alla continuità delle cure. Ad esempio, il DPCM 12 gennaio

2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

- (7) Sytema, S., & Burgess, P. (2008). Continuity of care in mental health services: a multilevel, multifaceted concept. *Psychological Medicine*, 38 (11), 1.553-1.555.
- (8) Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., & Kates, N. (2005). Continuity of care and health outcomes among e gli obiettivi).
- (9) Sytema, S., & Burgess, P. (1999). Continuity of care in mental health: a review of the literature persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1.061-1.069.
- (10) Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al. (2009). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332 (7545), 815-820.
- (11) Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (3), 350-361.
- (12) Viggiano, T. P., Bell, R. A., & Berland, D. W. (2005). *Principles of family medicine* (Fourth Edition). (Molti manual persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56 (9), 1.061-1.069.
- (13) De Girolamo, G., Picardi, A., Polidori, G., & Morosini, P. (2002). The Italian psychiatric reform 20+ years after. An assessment of its CINDI (Core Indicators) and AIMS (WHOi di medicina di famiglia o psichiatria comunitaria trattano i principi del discharge planning e della continuità).
- (14) Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1 Checklist).
- (15) International Journal of Law and Psychiatry, 25 (3), 225-247.
- (16) Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and the Italian model: A journey of liberation. *Journal of Humanistic Psychology*, 54 (1), 3-24. (Sull'esperienza di Trieste, 410-421).
- (17) Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (2002). *A practical guide to assertive community treatment*. Oxford University Press.
- (18) Johnson, S., & Killaspy, H. (2019). Crisis resolution and home treatment teams. In *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 193-200). Oxford University Press.
- (19) Lloyd-Evans, B., Bond, G. R., Ruud, T., Ivanecka, A., Gray, R., Osborn, D., ... & Johnson, S. (2016). Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC psychiatry*, 16 (1), 1-13.
- (20) McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C., & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 616-622.
- (21) Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per gruppo diagnostico

Significato. I disturbi psichiatrici costituiscono una sfida prioritaria per la sanità pubblica globale. La letteratura internazionale evidenzia l'ampia diffusione dei disturbi d'ansia (prevalenza *lifetime* 15-30%) e della depressione maggiore (10-20%), seguiti da condizioni meno comuni ma a elevato impatto come il disturbo bipolare (1-2,5%) e la schizofrenia (0,5-0,8%) (1- 6). La natura cronica di queste patologie rende imprescindibile una presa in carico territoriale strutturata, capace di assicurare continuità assistenziale e prevenire le riacutizzazioni cliniche.

Un'area di attenzione riguarda la gestione delle fasi di scompenso, che in alcune realtà territoriali può essere resa più difficoltosa da sfide organizzative dei Centri di Salute Mentale (CSM). In queste circostanze, si registra una tendenza a ricorrere al PS, che, pur essendo un presidio fondamentale, non rappresenta sempre il *setting* più adeguato alle specifiche necessità del paziente. È opportuno considerare come tale flusso non solo solleciti ulteriormente il sistema di emergenza, ma possa anche comportare percorsi meno lineari per i pazienti, mettendo a rischio i progetti territoriali di una presa in carico e aumentando i costi.

In questo quadro, l'analisi dei dati di accesso in PS, raccolti dal NSIS consente di valutare differenze regionali e identificare possibili criticità. Il NSIS classifica gli accessi secondo i codici ICD-9-CM in otto raggruppamenti principali: schizofrenia e altre psicosi funzionali; mania e disturbi affettivi bipolari; depressione; sindromi nevrotiche e somatoformi; disturbi della personalità e del comportamento; alcolismo e tossicomanie; demenze e disturbi mentali organici; ritardo mentale. A questi si aggiunge una nona categoria residuale, "altri disturbi psichici" (codici ICD-9-CM 307.0-307.3, 307.5-307.7, 309.2-309.9, 313, 314, 315), il cui peso può indicare criticità nella precisione diagnostica in un contesto d'emergenza.

Pertanto, l'analisi dei tassi di accesso standardizzati per popolazione e della distribuzione percentuale delle diagnosi non si limita a misurare il carico sul PS. Essa può essere letta come un possibile indicatore indiretto dell'efficacia delle strategie preventive dei CSM e dell'equità distributiva dei servizi sul territorio. In tal senso, i dati sull'emergenza possono rappresentare una fonte informativa da considerare nella programmazione sanitaria regionale.

Tasso di accesso in Pronto Soccorso per raggruppamenti di disturbi psichiatrici

$$\text{Tasso di accesso} = \frac{\text{Accessi in Pronto Soccorso per singolo gruppo di disturbi psichiatrici per regione}}{\text{Popolazione media per regione}} \times 10.000$$

Prevalenza percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per raggruppamenti di disturbi psichiatrici

$$\text{Prevalenza} = \frac{\text{Accessi in Pronto Soccorso per singolo gruppo di disturbi psichiatrici per regione}}{\text{Accessi in Pronto Soccorso per tutte le categorie di disturbo psichiatrico per regione}} \times 100$$

Validità e limiti. Il dataset NSIS sugli accessi in PS rappresenta una fonte fondamentale per l'analisi dell'attività dei PS a livello nazionale e si basa sulla codifica diagnostica ICD-9. Sebbene i dati 2023 utilizzati in questa Sezione risultino completi per tutte le regioni, è importante sottolineare alcuni limiti legati al sistema di codifica. Anche in presenza di standard di riferimento chiari, garantire un'uniformità nella formulazione delle diagnosi rappresenta una sfida costante. La pratica clinica evidenzia come l'applicazione dei criteri diagnostici possa divergere significativamente tra diversi contesti sanitari e aree geografiche, oltre a essere influenzata dall'esperienza e dall'approccio specifico di ogni professionista. Inoltre, l'uso della classificazione ICD-9 comporta criticità legate alla sottostima di diagnosi concomitanti e al frequente utilizzo di codici generici riferiti a sintomi

piuttosto che a diagnosi precise. In questo contesto, l'impiego del tasso std per popolazione consente di rendere più affidabili i confronti tra le diverse regioni.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2023, gli accessi psichiatrici in PS sono stati 573.663, pari al 3,1% del totale nazionale e a un tasso medio di 97,3 accessi ogni 10.000 abitanti. Il dato più saliente è la profonda eterogeneità interregionale, evidenziata dai tassi std: mentre Abruzzo e Puglia si attestano a meno della metà della media nazionale (rispettivamente, 45,7 e 48,2 per 10.000), le Marche la supe-

rano ampiamente (198,4 per 10.000), seguita dal Piemonte (146,3 per 10.000), Lombardia (132,3 per 10.000) e PA Bolzano (132,0 per 10.000) (Tabella 1). Questa variabilità, come mostra il Grafico 1, non riguarda solo il volume totale, ma anche la distribuzione delle singole diagnosi.

A livello nazionale, le sindromi nevrotiche e somatoformi rappresentano la diagnosi più frequente (37,6 per 10.000) e sono la prima causa di accesso in 17 regioni su 21, sebbene con oscillazioni notevoli tra il minimo della Valle d'Aosta (16,2 per 10.000) e il massimo del Piemonte (62,7 per 10.000). Seguono la schizofrenia e altre psicosi (8,0 per 10.000) e le demenze e disturbi organici (7,7 per 10.000), anch'esse caratterizzate da forti disparità: per la schizofrenia, la Liguria (17,8 per 10.000) doppia la media nazionale, mentre per le demenze è il Piemonte a registrare il valore più elevato (15,1 per 10.000).

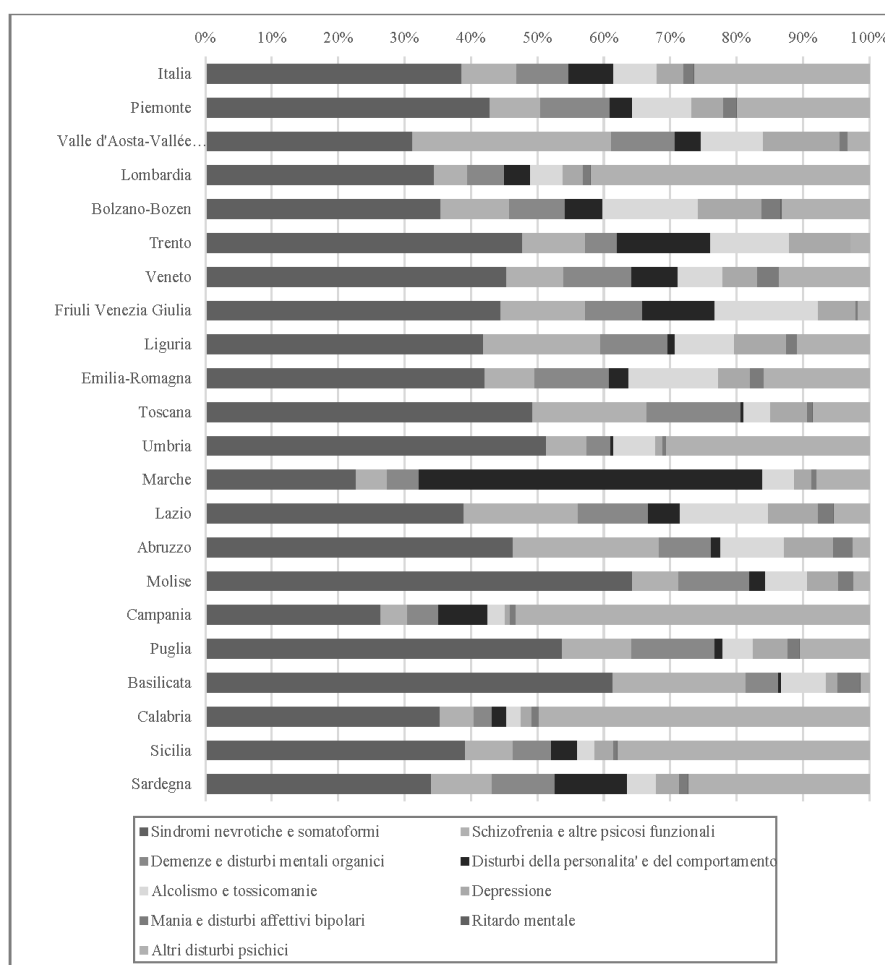
Emergono, inoltre, chiari pattern geografici per alcune diagnosi. Sia per alcolismo e tossicodipendenze (6,4 per 10.000) che per la depressione (3,9 per 10.000), si osserva un netto gradiente Nord-Sud ed Isole: la PA di

Bolzano registra i picchi più alti (rispettivamente, 19,0 e 12,7 per 10.000), mentre le regioni meridionali, come Calabria e Campania, mostrano i valori più bassi.

Due categorie, in particolare, rivelano le criticità più acute del sistema. La prima è quella dei disturbi della personalità (6,6 per 10.000), dove la variabilità raggiunge il suo apice: a fronte di 5 regioni con tassi quasi nulli (<1 per 10.000), le Marche registrano un picco eccezionale di 102,6 per 10.000. La seconda è la categoria aspecifica "altri disturbi psichici" che, con un tasso di 25,7 per 10.000, raccoglie oltre un quarto di tutti gli accessi. Il suo peso è enorme in Lombardia (55,4 per 10.000), Campania (43,8 per 10.000), Sicilia (42,8 per 10.000) e Calabria (41,6 per 10.000) diventando un probabile indicatore di difficoltà nella codifica o di assenza di percorsi diagnostici definiti, a differenza di regioni come la Basilicata (0,8 per 10.000) che mostrano una codifica più precisa.

Infine, i disturbi affettivi bipolari (1,4 per 10.000) presentano una variabilità più contenuta, mentre gli accessi per ritardo mentale sono pressoché nulli su tutto il territorio nazionale.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) degli accessi in Pronto Soccorso per gruppo diagnostico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), valori assoluti. Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di accessi in Pronto Soccorso per gruppi diagnostici per regione - Anno 2023

Regioni	Sindromi nevrotiche e sematoformi	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Demenze e disturbi mentali organici	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Depressione	Mania e disturbi affettivi bipolari	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale complessivo
Piemonte	62,7	11,2	15,1	4,9	13,1	7,2	2,8	0,2	29,1	146,3
Valle d'Aosta	16,2	15,5	5,0	2,0	4,9	6,0	0,6	0,0	1,7	51,9
Lombardia	45,6	6,7	7,4	5,1	6,5	4,1	1,4	0,1	55,4	132,3
Bolzano-Bozen	46,8	13,6	11,1	7,5	19,0	12,7	3,7	0,2	17,4	132,0
Trento	31,0	6,2	3,1	9,1	7,7	6,0	0,0	0,0	1,8	64,9
Veneto	45,5	8,6	10,2	7,0	6,8	5,3	3,2	0,0	13,6	100,1
Friuli-Venezia Giulia	34,2	9,7	6,6	8,4	12,0	4,4	0,3	0,0	1,3	76,9
Liguria	42,3	17,8	10,2	1,1	9,0	7,9	1,7	0,0	10,9	101,0
Emilia-Romagna	37,5	6,7	10,0	2,7	12,0	4,3	1,8	0,0	14,2	89,2
Toscana	32,6	11,4	9,4	0,3	2,6	3,7	0,5	0,0	5,6	66,2
Umbria	54,2	6,3	3,8	0,6	6,6	1,1	0,6	0,0	32,3	105,6
Marche	45,1	9,3	9,3	102,6	9,6	5,2	1,5	0,0	15,7	198,4
Lazio	21,9	9,7	5,9	2,7	7,4	4,2	1,3	0,1	3,0	56,4
Abruzzo	21,2	10,0	3,6	0,7	4,4	3,4	1,3	0,0	1,1	45,7
Molise	35,4	3,8	5,8	1,3	3,5	2,5	1,3	0,0	1,3	55,1
Campania	21,8	3,3	3,8	6,1	2,2	0,6	0,8	0,0	43,8	82,3
Puglia	25,9	5,1	6,1	0,5	2,2	2,5	0,8	0,0	5,0	48,2
Basilicata	39,4	13,0	3,2	0,3	4,3	1,1	2,2	0,1	0,8	64,3
Calabria	29,7	4,3	2,3	1,8	1,8	1,3	1,0	0,0	41,7	83,8
Sicilia	44,2	8,1	6,5	4,4	3,0	3,2	0,7	0,1	42,8	112,8
Sardegna	32,5	8,8	9,1	10,4	4,1	3,4	1,2	0,1	26,1	95,6
Italia	37,6	8,0	7,7	6,6	6,4	3,9	1,4	0,1	25,7	97,3

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), valori assoluti. Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore sugli accessi psichiatrici in PS rivela una forte eterogeneità tra le regioni, attribuibile più a differenze nei modelli organizzativi che a reali bisogni epidemiologici. Un segnale critico è l'abuso della categoria diagnostica "altri disturbi psichici", che indica difficoltà di codifica e l'assenza di percorsi clinici chiari.

L'elevato numero di accessi per patologie come schizofrenia e disturbi di personalità evidenzia una carente capacità della rete territoriale nel gestire le fasi acute. Questa debolezza è ulteriormente confermata dalle difficoltà nella gestione delle demenze e delle dipendenze, che spesso non trovano risposte adeguate nei servizi dedicati (7).

La soluzione risiede in una duplice strategia: potenziare i PS con percorsi dedicati e, soprattutto, rafforzare i servizi territoriali per prevenire le crisi e ridurre il carico sul sistema di emergenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (3), 327-335.
- (2) Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- (3) McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., & Weyerer, N. (2023). Schizophrenia: a new epidemiological scenario. *World Psychiatry*, 22 (2), 180-181.
- (4) Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., & Zarkov, Z. (2011). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 68 (3), 241-251.
- (5) Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8 (9), 251-269.
- (6) Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2 (5), e141.
- (7) Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica n. 2/2018.

Trattamenti residenziali in strutture psichiatriche

Significato. Le strutture residenziali psichiatriche rappresentano un nodo essenziale dell'assistenza territoriale in salute mentale, costituendo un collegamento tra il trattamento delle fasi acute e il reinserimento sociale. La loro funzione è duplice: favorire la stabilizzazione clinica e attivare percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati. L'accesso avviene tramite il Centro di Salute Mentale, previa definizione di un progetto terapeutico individualizzato condiviso tra *équipe* curante e paziente, al fine di garantire appro-

priatezza e continuità di cura.

Il sistema residenziale si articola su più livelli di intensità assistenziale e include sia strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sia strutture private accreditate o in convenzione con il SSN, con accordi formali che definiscono volumi, tipologie di utenza e standard qualitativi. Elemento cardine della programmazione è la localizzazione in contesti urbanizzati, per favorire l'inclusione e contrastare la cronicizzazione e l'istituzionalizzazione.

Tasso di utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private	
Denominatore	Popolazione adulta residente età ≥18 anni	x 10.000

Tasso giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private	
Denominatore	Popolazione adulta residente età ≥18 anni	x 10.000

Validità e limiti. I dati provengono dal NSIS - Salute Mentale del Ministero della Salute - Ex DGSIS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale" (1, 2).

La fonte consente un monitoraggio sistematico delle attività dei DSM e delle strutture convenzionate, ma presenta alcune criticità: incompletezza territoriale per alcune regioni, eterogeneità nella qualità del dato e potenziale sottostima di alcune variabili operative. Pertanto, la variabilità interregionale non riflette unicamente differenze epidemiologiche, ma anche disomogeneità nell'offerta assistenziale e nelle capacità di registrazione.

L'utilizzo combinato dei due indicatori fornisce, tuttavia, una misura *proxy* robusta della qualità e della capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute mentale della popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore medio nazionale nell'anno considerato. I dati regionali sono confrontati con il dato nazionale al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale sia degli utenti ammessi sia delle giornate di degenza.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, 12.107 utenti psichiatrici sono stati ammessi in strutture residenziali psichiatriche, in particolare 4.489 in strutture afferenti al DSM e 7.618 in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN. Nello

stesso anno di osservazione sono state erogate 10.575.255 giornate di degenza in strutture residenziali psichiatriche afferenti al DSM o in strutture residenziali psichiatriche private accreditate o in convenzione con il SSN. Per entrambi questi parametri non sono disponibili i dati per l'Abruzzo e la Sardegna. L'analisi dei valori assoluti mostra che la Lombardia e l'Emilia-Romagna sono le regioni con il maggior numero di utenti ammessi in strutture afferenti al DSM; il valore più basso si registra in Basilicata. Le regioni con il più alto valore assoluto di utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche private accreditate o in convenzione con il SSN sono il Lazio e la Lombardia; valori assoluti più bassi si sono registrati in Campania e Friuli-Venezia Giulia (Tabella 1).

In media si registrano 0,9 per 10.000 ammissioni in strutture afferenti al DSM e 1,6 per 10.000 in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN. Altresì, si contano 693,7 giornate di degenza erogate in strutture afferenti al DSM e 1.514,0 giornate in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN per 10.000 abitanti (Tabella 2).

L'analisi dei volumi di attività evidenzia che in diverse regioni, tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, il tasso di giornate di degenza erogate dalle strutture private accreditate o in convenzione con il SSN risulta superiore a quello registrato nelle strutture afferenti ai DSM.

Tabella 1 - Utenti (valori assoluti) ammessi e giornate (valori assoluti) di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Regioni	Utenti ammessi			Giornate di degenza		
	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Totale	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Totale
Piemonte	71	257	328	106.867	602.356	709.223
Valle d'Aosta	n.d.	43	43	n.d.	31087	31087
Lombardia	1.510	1.814	3.324	816.485	1.960.356	2.776.841
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>128</i>	<i>15</i>	<i>143</i>	<i>62200</i>	<i>9414</i>	<i>71614</i>
<i>Trento</i>	<i>81</i>	<i>n.d.</i>	<i>81</i>	<i>52.606</i>	<i>1.460</i>	<i>54.066</i>
Veneto	41	31	72	31.773	72.496	104.269
Friuli-Venezia Giulia	63	4	67	72.153	4.391	76.544
Liguria	123	189	312	96.780	481.434	578.214
Emilia-Romagna	1.033	717	1.750	197.568	430.941	628.509
Toscana	154	n.d.	154	601.157	13.140	614.297
Umbria	174	70	244	140.008	166.427	306.435
Marche	337	n.d.	337	378.471	2.920	381.391
Lazio	96	3.319	3.415	209.129	1.067.148	1.276.277
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	237	12	249	10.094	3.515	13.609
Campania	162	3	165	127.365	5.199	132.564
Puglia	42	393	435	46.115	1.194.594	1.240.709
Basilicata	4	33	37	6.020	204.127	210.147
Calabria	56	147	203	17.921	42.202	60.123
Sicilia	177	571	748	350.442	958.894	1.309.336
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	4.489	7.618	12.107	3.323.154	7.252.101	10.575.255

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Ex DGSISS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2025.**Tabella 2** - Utenti (valori assoluti) ammessi e giornate (valori assoluti) di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Regioni	Utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN		Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN	
	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione
Piemonte	0,2	0,7	291,1	1.640,7
Valle d'Aosta	n.d.	4,1	n.d.	2.941,4
Lombardia	1,8	2,1	966,7	2.320,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,9</i>	<i>0,3</i>	<i>1.419,2</i>	<i>214,8</i>
<i>Trento</i>	<i>1,8</i>	<i>n.d.</i>	<i>1.154,7</i>	<i>32,0</i>
Veneto	0,1	0,1	76,7	175,0
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,0	696,9	42,4
Liguria	0,9	1,4	732,9	3.646,0
Emilia-Romagna	2,7	1,9	521,9	1.138,3
Toscana	0,5	n.d.	1.901,7	41,6
Umbria	2,4	0,9	1.891,2	2.248,0
Marche	2,6	n.d.	2.957,0	22,8
Lazio	0,2	6,8	429,4	2.191,1
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	9,3	0,5	395,6	137,8
Campania	0,3	0,0	270,4	11,0
Puglia	0,1	1,2	137,5	3.562,3
Basilicata	0,1	0,7	128,3	4.349,9
Calabria	0,4	0,9	113,6	267,5
Sicilia	0,4	1,4	858,4	2.348,8
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	0,9	1,6	693,7	1.514,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Ex DGSISS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori analizzati non si limitano a descrivere i volumi assistenziali, ma riflettono la capacità del sistema territoriale di garantire percorsi di cura appropriati, continui e orientati alla riabilitazione psicosociale. Le differenze interregionali evidenziano disuguaglianze di accesso e di governance, che richiedono interventi di riequilibrio economico e organizzativo.

Da questa analisi emergono chiare direttrici per l'azione. Sebbene l'obiettivo a lungo termine debba essere il potenziamento delle strategie di prevenzione, nell'immediato risulta improrogabile ampliare e diversificare l'offerta assistenziale territoriale. Tale intervento è strategico non solo per un efficientamento delle risorse dedicate alla salute mentale, ma soprattutto per garan-

tire un sistema di cure completo e inclusivo, capace di rispondere sul territorio ai bisogni individuali preservandone il funzionamento.

La coesistenza di modelli pubblici e privati fortemente disomogenei impone una riflessione strategica sulle politiche di investimento e sulla gestione del sistema di salute mentale, orientata all'equità e alla sostenibilità.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute - Ex DGSIS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2023.

(2) Ministero della Salute, Nuovo sistema informativo sanitario, Salute Mentale (SISM). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/tema/nuovo-sistema-informativo-sanitario/salute-mentale.

Intimate partner violence: approcci integrati di Sanità Pubblica alla prevenzione della violenza di genere

Dott.ssa Felicia Cuoco, Dott. Fabio Panariello

La violenza contro le donne rappresenta, secondo l'OMS, una delle più gravi emergenze di sanità pubblica a livello globale, in quanto fattore determinante di morbosità e mortalità evitabile nelle donne e nelle ragazze (1). La Convenzione di Istanbul (Legge n. 77/2013) ne riconosce la natura strutturale, quale espressione delle disuguaglianze di potere tra i generi, alimentate da stereotipi e pregiudizi radicati nel tessuto sociale (2).

Le forme di violenza comprendono dimensioni fisiche, psicologiche, sessuali, economiche e digitali, spesso esercitate nell'ambito di relazioni affettive o familiari. Le conseguenze sulla salute sono ampie: traumi fisici, disturbi psichiatrici (disturbo post-traumatico da stress, depressione e ansia), abuso di sostanze e rischio suicidario (3). Nei casi di violenza assistita, gli effetti si estendono anche ai minori, con ripercussioni sul loro sviluppo emotivo e sociale (4).

In Italia, il fenomeno mantiene dimensioni rilevanti e in larga parte sommerse. Secondo i dati Istat-Ministero dell'Interno (2023), circa un omicidio su quattro ha come vittima una donna uccisa dal *partner* o *ex-partner* (tasso 0,21 per 100.000 donne, dieci volte superiore a quello maschile). La natura relazionale e di genere di tali crimini evidenzia la necessità di strategie integrate di prevenzione e risposta.

Sebbene i dati sui profili degli autori di violenza restino parziali, evidenze disponibili mostrano una quota significativa di soggetti con dipendenze (22%) o disturbi psicologici/psichiatrici. Tuttavia, la ricerca nazionale rimane frammentaria e carente di sistemi informativi integrati che colleghino dati sanitari, sociali e giudiziari, limitando la capacità di monitoraggio e di programmazione territoriale.

Il Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2021-2023) promuove un approccio sistemico fondato su quattro direttrici principali (5-7):

- Prevenzione primaria: educazione alla parità di genere, contrasto agli stereotipi, campagne di sensibilizzazione;
- Formazione degli operatori: sviluppo di competenze specifiche per personale sanitario, sociale, giudiziario e delle forze dell'ordine;
- Prevenzione terziaria e trattamento: programmi di rieducazione per uomini autori di violenza e prevenzione della recidiva;
- Responsabilità dei media: promozione di una rappresentazione non sessista e contrasto alla normalizzazione della violenza.

La violenza di genere va, quindi, affrontata attraverso un modello ecologico, che consideri fattori individuali, relazionali, comunitari e strutturali. Il SSN svolge un ruolo cruciale non solo nella cura degli esiti fisici e psicologici, ma come nodo centrale per l'emersione precoce dei casi e l'attivazione delle reti di protezione.

Investire in informazioni integrate, formazione interdisciplinare e politiche orientate all'equità di genere costituisce una condizione essenziale per ridurre l'impatto sanitario e sociale della violenza e per promuovere una società più sicura e inclusiva.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- (2) 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.
- (3) Agency for Fundamental Rights (FRA) 2014. Violence against women: An EU-wide survey. Technical report). Disponibile sul sito: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-technical-report>.
- (4) Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- (5) Osservatorio sul fenomeno della violenza nei confronti delle donne e sulla violenza domestica. Violenza maschile contro le donne. Libro bianco per la formazione Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Pari Opportunità, Roma, 2024.
- (6) European Institute for Gender Equality, EIGE. Risk assessment and management of intimate partner violence in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019.
- (7) Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Pari Opportunità, Roma, 2021.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Dott.ssa Tindara Scirocco, Dott. Fabio Panariello

Negli ultimi anni, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), che includono anoressia nervosa, bulimia, disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo e *binge-eating disorder*, hanno mostrato una crescita costante sia a livello globale che in Italia. Secondo l'ultimo studio *Global Burden of Disease* (GBD) 2019, si stimano 55,5 milioni di persone con un DNA nel mondo, pari a circa lo 0,7% della popolazione. Un'analisi GBD aggiornata fino al 2021 rivela che, tra il 1990-2021, l'incidenza e il carico di malattia (misurato in *Disability-Adjusted Life Year*) sono entrambi aumentati, con il tasso di incidenza standardizzato per età globale passato da circa 106,8 a 124,4 per 100.000 persone. Questo rialzo è stato particolarmente accentuato per la bulimia. Le regioni a più alto reddito socio-demografico, come l'Europa occidentale, registrano il carico di malattia più elevato e a livello internazionale emerge un forte squilibrio di genere, con le donne, specialmente nella fascia di età 15-24 anni, che sperimentano tassi di malattia significativamente superiori agli uomini.

Nel contesto italiano, i DNA rappresentano una sfida crescente per la sanità pubblica. Fonti ufficiali indicano che oltre 3 milioni di italiani, circa il 5-6% della popolazione, convivono con un disturbo alimentare. La sola anoressia nervosa colpisce circa l'1% degli italiani, per un totale di oltre 540 mila casi, di cui circa il 90% sono pazienti di genere femminile. Un'analisi dell'ISS basata sui Centri specialistici ha confermato questa prevalenza femminile. Tra i giovani italiani, si stima che l'8-10% delle ragazze e lo 0,5-1,0% dei ragazzi soffrano di anoressia o bulimia. Sebbene i maschi adolescenti rappresentino circa il 20% dei casi di età 12-17 anni, negli ultimi tempi si è osservato un incremento dei casi anche nella popolazione maschile adulta, che oggi costituirebbe circa un terzo del totale. Questo dato riflette in parte una maggiore attenzione diagnostica, poiché per lungo tempo i DNA nei maschi sono stati sottostimati. Un'analisi dell'ISS su oltre 8.000 utenti di centri DNA ha confermato che il 59% dei pazienti ha tra i 13-25 anni, mentre il 6% ha meno di 12 anni.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo, causando un'impennata delle nuove diagnosi a seguito dei lockdown e dell'isolamento sociale. Nel primo semestre del 2020, le diagnosi di DNA in età giovanile sono aumentate del 30-40% rispetto all'anno precedente. Studi clinici indicano che nei mesi post-pandemia l'incidenza tra i più giovani è stata fino a quattro volte superiore al periodo pre-COVID, un aumento attribuito a fattori stressanti come la chiusura delle scuole e l'ansia per il futuro, come confermato dal Ministero della Salute.

In risposta, il Governo ha intensificato gli sforzi. La Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021) ha istituito un Fondo nazionale per il contrasto dei DNA, con una dotazione iniziale di 25 milioni di € per il biennio 2022-2023, incrementata di altri 10 milioni per il 2024 con la legge di conversione del DL 30 dicembre 2023. Un Gruppo tecnico-scientifico ministeriale coordina l'uso di queste risorse, destinate a piani regionali per rafforzare l'assistenza. Gli interventi prioritari, definiti in Conferenza Stato-Regioni (Intesa 21 giugno 2022), mirano a definire livelli minimi di assistenza, sviluppare reti di diagnosi precoce, realizzare percorsi terapeutici integrati (come il "Percorso Lilla" in PS) e promuovere la formazione degli operatori. Questi sforzi si aggiungono a strumenti preesistenti come le Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale e le "Linee guida di appropriatezza" (2013). Nel 2020 sono state aggiornate le procedure di emergenza ospedaliera del "Percorso Lilla". Il Ministero della Salute promuove anche campagne informative come la "Giornata Nazionale del Focchetto Lilla" (15 marzo) e partecipa al World Eating Disorders Day (2 giugno).

L'Italia ha progressivamente sviluppato una rete di 169 Centri dedicati (pubblici e privati accreditati), che rappresentano un punto di riferimento per diagnosi e trattamento. Un elemento cardine di questi Centri è la presenza di équipe multidisciplinari, che integrano competenze psichiatriche, psicologiche e nutrizionali, considerate fondamentali per una presa in carico efficace. La rete è in espansione, con 66 Centri (il 39,1%) aperti a partire dal 2015, a testimonianza di una crescente attenzione al problema. Tuttavia, la distribuzione di questi Centri è disomogenea: si va da 1 centro in Molise ai 19 dell'Emilia-Romagna. La maggior parte dell'offerta è pubblica, con 136 Centri (80,5%) distribuiti tra Ospedali e territorio.

L'analisi dell'offerta rivela una specializzazione funzionale tra pubblico e privato accreditato. Le strutture pubbliche coprono quasi sistematicamente i servizi ambulatoriali (96,3%), essenziali per l'accesso precoce. Al contrario, il settore privato accreditato, pur essendo numericamente inferiore con 33 strutture, mostra una presenza proporzionalmente maggiore nei servizi ad alta intensità: il 72,7% delle strutture private offre servizi residenziali, contro il 24,3% del pubblico. Questa tendenza suggerisce una specializzazione del privato in aree assistenziali complesse.

Anche la distribuzione geografica evidenzia forti squilibri. Il Nord-Italia concentra quasi la metà delle strutture con 82 Centri, seguito dal Meridione con 52 Centri e dal Centro con 35 Centri. Questo divario quantitativo si

riflette nella disponibilità di servizi riabilitativi a lungo termine: al Nord, oltre la metà delle strutture offre servizi residenziali o semi-residenziali, mentre al meridione appena 12 su 52 Centri. La scarsa presenza del privato accreditato nel Mezzogiorno contribuisce a questa limitata offerta, creando una disparità strutturale nell'accesso a percorsi terapeutici complessi.

Un'altra criticità riguarda la copertura delle diverse fasce di età. Sebbene la maggior parte dei Centri prenda in carico pazienti dall'adolescenza all'età adulta, garantendo continuità, l'offerta per l'età pediatrica è ancora limitata. Solo 66 Centri trattano pazienti con meno di 12 anni e appena 24 Centri sono specificamente dedicati alla fascia fino ai 18 anni, lasciando scoperta un'area di crescente criticità.

In conclusione, l'analisi della rete italiana dei servizi per i DNA mostra un quadro in evoluzione, con una crescente attenzione istituzionale, ma ancora segnato da profonde disomogeneità territoriali, organizzative e assistenziali. La scarsa copertura dell'età pediatrica, la limitata diffusione dei servizi residenziali nel Mezzogiorno e la polarizzazione dei servizi ad alta intensità nel privato accreditato sono criticità che richiedono un'attenta pianificazione. Gli obiettivi prioritari per il futuro includono il rafforzamento della rete pubblica, la promozione di modelli di intervento omogenei e l'integrazione territoriale per garantire una risposta efficace ed equa a una patologia in rapida espansione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Superiore di Sanità. Mappatura territoriale delle associazioni e dei centri di cura che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Disponibile sul sito: <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it>. Data ultima consultazione: 30 giugno 2025.
- (2) Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2021 Apr; 8 (4): 320-328. doi: 10.1016/S2215-0366 (21)00040-7. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33675688; PMCID: PMC7973414.
- (3) Liu K, Gao R, Kuang H, E R, Zhang C, Guo X. Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *J Affect Disord*. 2025 Nov 1;388:119596. doi: 10.1016/j.jad.2025.119596. Epub 2025 Jun 4. PMID: 40480381. Il contesto italiano (articolo di prevalenza).
- (4) LEGGE 23 febbraio 2024, n. 18 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi. (24G00033) (GU Serie Generale n. 49 del 28 febbraio 2024)
- (5) Carta MG, Preti A, Moro MF, Aguglia E, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Oso L, Di Sciascio G, Drago F, Faravelli C, Hardoy MC, D'Aloja E, Cossu G, Calò S, Palumbo G, Bhugra D. Eating disorders as a public health issue: prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample. *Int Rev Psychiatry*. 2014 Aug; 26 (4): 486-92. doi: 10.3109/09540261.2014.927753. PMID: 25137115.
- (6) Giacomini G, Elhadidy HSMA, Paladini G, Onorati R, Sciarpa E, Gianino MM, Borraccino A. Eating Disorders in Hospitalized School-Aged Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study of Discharge Records in Developmental Ages in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 11; 19 (20): 12988. doi: 10.3390/ijerph192012988. PMID: 36293569; PMCID: PMC9602016.
- (7) J Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, Flanagan J, Paslakis G, Vyver E, Marcoux G, Dimitropoulos G. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023 Jan; 56 (1): 5-25. doi: 10.1002/eat.23704. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35384016; PMCID: PMC9087369.