La salute mentale come questione di comunità

Dal carico crescente dei disturbi psichici al rischio suicidario: un quadro globale e italiano, con uno sguardo ai prossimi dieci anni

A cura di **Dott. Luca Pianigiani**
Direttore U.O.C. Psicologia · Azienda USL Toscana Sud Est (Area Senese)
Vicepresidente SIPSOT

Esistono numeri che, da soli, cambiano il modo in cui guardiamo a un problema. Uno di questi arriva da un recente studio dell'**Institute for Health Metrics and Evaluation** (IHME), realizzato con l'Università del Queensland e pubblicato su *The Lancet*: oggi circa **1,2 miliardi di persone** nel mondo convivono con un disturbo mentale, un numero quasi raddoppiato rispetto al 1990. I disturbi mentali risultano così la **principale causa di disabilità su scala globale**. Accanto a questo dato ne corre un altro, più difficile da pronunciare: il suicidio resta una delle prime cause di morte nelle fasce giovanili, la quarta tra i 15 e i 19 anni.

Come **Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT)** riteniamo che questi numeri non vadano letti come curve astratte, ma come la fotografia di una sofferenza diffusa che attraversa scuole, famiglie, luoghi di lavoro e servizi sanitari. E che chiamano in causa, prima ancora della clinica, le scelte di un'intera comunità. In quanto associazione di riferimento per gli psicologi che operano nel Servizio Sanitario Nazionale — in ambito ospedaliero e territoriale — la nostra missione è valorizzare la psicologia clinica nel sistema sanitario e promuovere pratiche basate sulle evidenze, modelli organizzativi sostenibili ed equità di cura. È da questa prospettiva che leggiamo i dati che seguono. Questo articolo prova a tenere insieme i due piani — la diffusione dei disturbi mentali e il loro esito più drammatico — per ricostruirne il filo e, con la dovuta prudenza, immaginare dove ci stiano portando.

La dimensione del fenomeno

L'analisi su cui si fonda lo studio IHME è imponente: 204 Paesi e territori, 21 regioni, 25 fasce d'età, entrambi i sessi, dal 1990 al 2023. Sono stati valutati dodici disturbi mentali; tra questi, ansia e disturbo depressivo maggiore figurano all'undicesimo e quindicesimo posto per impatto su oltre trecento malattie e lesioni considerate.

Per misurare quell'impatto i ricercatori usano i **DALY** (*Disability-Adjusted Life Years*), che sommano gli anni di vita persi per morte prematura e quelli vissuti in condizione di disabilità. Nel 2023 i disturbi mentali hanno prodotto **171 milioni di DALY** e spiegano oltre il **17% di tutti gli anni vissuti con disabilità** nel mondo. È un carico enorme, in crescita costante, presente in ogni continente: una porzione consistente della sofferenza umana che non passa dai reparti d'urgenza, ma erode silenziosamente la qualità della vita di centinaia di milioni di persone. Il suo costo economico complessivo è stimato in migliaia di miliardi di dollari l'anno, pari — a seconda delle regioni — al 4–8% del prodotto interno lordo.

Un dato aiuta a leggere correttamente questa crescita. I tassi standardizzati per età sono rimasti sostanzialmente stabili dal 1990: a crescere è soprattutto il numero assoluto di persone colpite,

sospinto dall'aumento e dall'invecchiamento della popolazione, oltre che dalla maggiore capacità di riconoscere il disagio. La sofferenza, inoltre, è precoce: tra i 5 e i 24 anni circa **293 milioni di persone — l'11,6%** — convivono con almeno un disturbo mentale, e in questa fascia d'età un quinto di tutti gli anni vissuti con disabilità è attribuibile a cause psichiche.

Ansia, depressione e l'onda lunga della pandemia

La crescita recente non si spiega solo con una maggiore capacità diagnostica. È trainata soprattutto da ansia e depressione. Rispetto al 2019, la prevalenza standardizzata per età della depressione maggiore è aumentata di circa il **24%**, mentre i disturbi d'ansia sono cresciuti di **oltre il 47%**, con un picco negli anni immediatamente successivi alla pandemia di Covid-19. Tra i 15 e i 39 anni, in particolare, l'incidenza di questi disturbi è salita di oltre il 10% l'anno tra il 2019 e il 2021.

L'emergenza sanitaria ha lasciato un segno profondo, fatto di isolamento, lutti, paura, precarietà economica e relazioni interrotte. Ma gli autori invitano a non fermarsi qui: povertà, insicurezza, violenza, abusi e indebolimento dei legami di comunità agiscono come **fattori strutturali**, capaci di rendere più vulnerabili intere popolazioni. È un cambio di prospettiva decisivo. La salute mentale appare sempre meno come una vicenda esclusivamente individuale e sempre più come un **indicatore della salute complessiva di una società**: dove crescono instabilità, disuguaglianze e solitudine, cresce anche il peso dei disturbi psichici.

Adolescenti e donne: i volti più esposti

Due dati indicano con precisione dove intervenire. Il primo riguarda l'età: il carico dei disturbi mentali raggiunge il suo apice tra i **15 e i 19 anni**, cioè quando si costruiscono identità, relazioni, percorso scolastico e ingresso nella vita adulta. Nell'infanzia prevalgono condizioni come i disturbi dello spettro autistico, l'ADHD, i disturbi della condotta e la disabilità intellettiva evolutiva; con l'adolescenza diventano centrali ansia e depressione. Se non intercettato per tempo, questo disagio può compromettere rendimento scolastico, autostima e prospettive lavorative per anni.

Il secondo dato riguarda il genere. Nel 2023 erano **620 milioni le donne** che convivevano con un disturbo mentale, contro **552 milioni di uomini**; anche il carico in DALY è più alto al femminile (92,6 contro 78,6 milioni). Le ragioni sono molteplici e intrecciate: maggiore esposizione alla violenza domestica e sessuale, responsabilità di cura, discriminazione di genere e disuguaglianze strutturali. La salute mentale, in altre parole, non nasce nel vuoto: dipende dai ruoli sociali, dalla sicurezza personale, dalle condizioni economiche e dalla possibilità concreta di chiedere aiuto.

Una geografia diseguale

Il peso dei disturbi mentali è cresciuto ovunque, ma con intensità diverse. I tassi più elevati si osservano in aree ad alto reddito come l'Australasia e l'Europa occidentale, con valori importanti in Paesi come Paesi Bassi, Portogallo e Australia; aumenti significativi emergono anche nell'Africa subsahariana occidentale e in alcune zone dell'Asia meridionale. Il dato va interpretato con prudenza: nei Paesi ricchi pesa una maggiore capacità di diagnosi, che fa emergere casi altrove sommersi; nei contesti più fragili contano povertà, conflitti, carenze dei sistemi sanitari e accesso

limitato alle cure. Non esiste una ricetta unica: servono politiche calibrate sui bisogni reali di ciascuna comunità.

Il vero nodo: il divario di cura

È qui che il quadro diventa più preoccupante. Le stime del *Global Burden of Disease* indicano che solo circa il **9% delle persone con depressione maggiore** riceve, nel mondo, un trattamento minimamente adeguato. In **90 Paesi** questa quota scende sotto il 5%; soltanto pochi sistemi ad alto reddito — tra cui Australia, Canada e Paesi Bassi — superano il 30% di copertura. La maggioranza di chi soffre di ansia o depressione, dunque, resta senza cure efficaci o le riceve troppo tardi. E le conseguenze non ricadono solo sui singoli: coinvolgono famiglie, caregiver, scuole, luoghi di lavoro e sistemi sanitari.

Dall'epidemiologia all'esito estremo

Quando la sofferenza psichica non viene intercettata, il rischio più grave è il suicidio. I dati recenti permettono di delinearne il quadro globale e italiano, indispensabile per capire dove la prevenzione può incidere.

Sul piano mondiale, il suicidio è la **quarta causa di morte tra i 15 e i 19 anni**. Un'analisi di 52 Paesi su dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (giovani 10–24 anni, 1990–2020) mostra forti differenze geografiche, con tassi maschili da 2 a 5 volte quelli femminili. In molti Paesi europei la tendenza è in calo, mentre aumenti marcati si registrano negli Stati Uniti, in America Latina e in Australasia; negli USA i tassi giovanili maschili sono arrivati fino a 15,5 ogni 100.000, con incrementi annui del 3,8% tra il 2009 e il 2020. L'Europa, però, non è omogenea: pur in calo complessivo, conosce eccezioni come il Regno Unito, in aumento. E il calo di lungo periodo non è stato lineare: in diversi Paesi, Italia compresa, la crisi economica del 2008 ha prodotto interruzioni o temporanee inversioni di tendenza, a riprova di quanto il fenomeno sia sensibile alle condizioni sociali ed economiche.

Particolarmente istruttiva è la distanza tra pensiero e atto. Tra i giovani, l'**ideazione suicidaria** riguarda globalmente il 14–23% (con punte intorno al 25% nella regione MENAT) ed è più frequente nelle ragazze dai 14 anni in su; i **tentativi** interessano il 4–16%, dunque molto più dei decessi. Questo "imbuto" — molti pensieri, meno tentativi, ancor meno morti — è proprio lo spazio in cui la prevenzione lavora.

Il quadro italiano presenta tratti peculiari. Sul lungo periodo (1979–2016) il tasso complessivo di suicidio è diminuito in modo significativo, e i giovani italiani mostrano alcuni dei tassi più bassi d'Europa: nel 2020, tra i 10 e i 24 anni, **3,1 ogni 100.000 nei maschi e 0,9 nelle femmine**. Eppure il fenomeno resta tutt'altro che marginale: nel biennio 2020–2021 si sono registrati **7.422 suicidi**, con netta prevalenza maschile (circa il 77% dei casi) e tassi più elevati nel Nord-Est rispetto al Sud. Negli anni più recenti la mortalità si concentra nell'età adulta-matura, con un picco tra i 45 e i 54 anni, seguita dagli anziani (valori più alti tra i 65 e i 75 anni). Le donne, in Italia, compiono più tentativi, spesso associati a depressione e ansia non trattate.

Sul piano dei **fattori di rischio**, la gerarchia è chiara. Un precedente tentativo e l'ideazione suicidaria sono i predittori più forti, associati a un rischio di morte per suicidio da **6 a 16 volte**

maggiore. I disturbi psichiatrici — depressione, disturbi d'ansia, disturbo post-traumatico, uso di sostanze — aumentano il rischio da **4 a 13 volte**. Nella popolazione generale pesano inoltre malattie fisiche gravi, disoccupazione, basso livello d'istruzione, indebitamento, contatti con il sistema della giustizia penale, storia familiare di suicidio e isolamento; tra gli adolescenti, conflitti familiari, bullismo, violenza, stress scolastico, povertà, abusi, appartenenza a minoranze sessuali o di genere.

Il filo che lega disturbi e suicidio

A questo punto è possibile ricomporre il ragionamento. L'intuizione più immediata è lineare: se aumentano ansia e depressione, dovrebbero aumentare anche i suicidi. I dati, però, dicono qualcosa di più sottile. I disturbi mentali sono il **terreno** su cui matura il rischio, ma tra il disturbo e la morte si interpone una lunga catena di fattori che possono spezzarsi o reggere: l'accesso a una cura tempestiva, la continuità dell'assistenza, la rete sociale, le condizioni economiche, la possibilità concreta di chiedere aiuto.

È questa catena intermedia a spiegare un fatto apparentemente contraddittorio: a fronte di una morbilità psichica in aumento quasi ovunque, la mortalità per suicidio **non** sta crescendo in modo universale. Una meta-analisi internazionale non rileva un aumento generalizzato di ideazione e tentativi tra i giovani, con un'eccezione marcata — gli Stati Uniti dopo il 2007. La prevalenza dei disturbi, insomma, è condizione necessaria ma non sufficiente: ciò che decide l'esito è l'architettura protettiva che una società costruisce attorno alla persona vulnerabile.

Da qui emergono due asimmetrie che orientano la prevenzione. La prima è di **genere**: le donne presentano più disturbi e più tentativi — spesso legati a sofferenza non trattata — mentre gli uomini muoiono per suicidio molto più frequentemente. Sono due facce dello stesso problema, che richiedono risposte diverse: intercettare e trattare la sofferenza femminile prima che cronicizzi; raggiungere gli uomini, che chiedono aiuto meno e più tardi. La seconda è **anagrafica**: il picco di sofferenza e di tentativi è giovanile, ma in Italia la mortalità pesa di più nell'età matura e anziana. La prevenzione, perciò, non può essere solo "per i giovani": deve seguire l'intero corso di vita.

Una previsione per scenari

Proiettare i suicidi è un esercizio incerto, perché dipende da fattori a valle difficili da prevedere. Più che azzardare numeri, è utile delineare tre scenari condizionati per i prossimi 5–10 anni, pensati per orientare le scelte.

Nello **scenario inerziale**, se nulla cambia, la coorte di adolescenti e giovani adulti colpita dall'ondata post-pandemica di ansia e depressione invecchia portandosi dietro una quota di sofferenza non trattata. È prevedibile un aumento di ideazione e tentativi, soprattutto tra ragazze e giovani donne, mentre la mortalità complessiva in Italia potrebbe restare contenuta ma con disuguaglianze regionali persistenti e un rischio concentrato negli uomini di mezza età e anziani. Un equilibrio instabile, sostenuto più dall'inerzia dei sistemi che da una protezione attiva.

Nello **scenario di divergenza**, se la tendenza al rialzo del suicidio giovanile osservata negli Stati Uniti e in Australasia dovesse estendersi all'Europa — per effetto di isolamento, pressione sociale digitale, strascichi della pandemia e indebolimento dei legami comunitari — e se i servizi restassero

sottodimensionati, il calo storico italiano potrebbe arrestarsi o invertirsi. I segnali da sorvegliare sarebbero un aumento dei tentativi nelle giovani donne e una risalita nei gruppi più svantaggiati.

Nello **scenario di prevenzione**, un investimento mirato — diagnosi precoce, psicologi nelle scuole, integrazione della salute mentale nell'assistenza primaria, continuità di cura per chi ha già compiuto un tentativo, riduzione dello stigma, politiche di protezione sociale — può mantenere bassa la mortalità e ridurre attivamente tentativi e ideazione. È lo scenario in cui la crescita della morbilità *non* si scarica sull'esito più grave, perché la catena che porta dal disturbo alla tragedia viene spezzata nei suoi anelli modificabili.

La differenza tra questi scenari non dipende dalla biologia del fenomeno, ma da decisioni di politica sanitaria e sociale. È, in larga parte, una previsione che si auto-determina.

Cosa monitorare, dove agire

Per capire verso quale scenario ci stiamo muovendo, alcuni indicatori sono più informativi di altri: l'andamento dei tentativi e degli accessi in urgenza tra adolescenti e giovani donne; la copertura effettiva dei trattamenti per ansia e depressione; il divario Nord-Sud e tra contesti urbani e rurali; la quota di pazienti con pregresso tentativo che resta agganciata ai servizi nel tempo.

Sul piano operativo, la prevenzione che rende di più è quella **multilivello** — sanitaria, scolastica, familiare e sociale — concentrata sui gruppi a maggior rischio e calibrata sui determinanti che ne moltiplicano la probabilità. Tre leve hanno il miglior rapporto tra evidenza e impatto, e ciascuna agisce su un fattore misurato dalla letteratura. La prima è la presa in carico continuativa di chi ha già compiuto un tentativo o presenta ideazione: è il gruppo a rischio massimo — fino a 6–16 volte — e, insieme, il più facilmente identificabile. La seconda è l'intercettazione precoce del disagio dove i giovani vivono davvero — scuole, consultori, medicina di base — per trattare quei disturbi psichiatrici che da soli moltiplicano il rischio di 4–13 volte. La terza è la riduzione delle barriere di accesso alle cure, dai costi allo stigma, accompagnata dall'attenzione ai fattori sociali — disoccupazione, indebitamento, isolamento — che agiscono da amplificatori. A queste misure rivolte alla singola persona la ricerca affianca le **strategie ambientali e di contesto**: rendere più sicuri e accoglienti gli ambienti di vita e di cura potenzia l'effetto degli interventi mirati, secondo una logica di "contesto sano" che la letteratura documenta anche negli ambiti a più alta concentrazione di rischio.

C'è infine un compito culturale che ci riguarda tutti: una comunicazione pubblica più matura, capace di distinguere il disagio comune — che fa parte della vita — dalla patologia che richiede cure, senza banalizzare il primo né drammatizzare la seconda.

Conclusione: la salute mentale come bene comune

Da queste evidenze emerge una conclusione che, come comunità scientifica, sentiamo il dovere di sottolineare. I disturbi mentali in crescita non producono automaticamente più suicidi: tra il disagio e la tragedia c'è una catena di fattori su cui un sistema sanitario e una comunità possono intervenire. L'Italia parte da una posizione relativamente favorevole, ma non garantita: una morbilità in aumento, un'ampia quota di sofferenza non trattata e una generazione giovanile segnata dalla pandemia rendono il prossimo decennio una finestra decisiva.

La salute mentale, in fondo, non è un capitolo a sé della medicina, ma un termometro della qualità delle nostre società. Curare meglio significa intervenire prima, fuori dagli ambulatori tanto quanto al loro interno: nella prevenzione precoce, nei consultori, nei centri giovanili, nelle reti contro la violenza, nelle scuole. La previsione più onesta è anche la più impegnativa: l'esito non è scritto nei numeri, ma nelle scelte che faremo per accorciare la distanza tra chi soffre e chi cura.

È in questa distanza che si gioca il ruolo della psicologia nei servizi pubblici. Come SIPSOT, la nostra vocazione è promuovere modelli organizzativi sostenibili e Servizi di Psicologia strutturati, capaci di tradurre questi dati in pratiche basate sulle evidenze, in linee guida e in interventi che garantiscano uniformità ed equità di cura ai cittadini, ovunque vivano. I numeri di questa ricerca non descrivono categorie astratte, ma bisogni concreti. La buona notizia è che molti di quei bisogni hanno una risposta possibile. La domanda che resta aperta non è tanto se sappiamo cosa fare, ma se sapremo scegliere di farlo.

Bibliografia

Alicandro G., Malvezzi M., Gallus S., La Vecchia C., Negri E., Bertuccio P. (2019). Worldwide trends in suicide mortality from 1990 to 2015 with a focus on the global recession time frame. *International Journal of Public Health*, 64, 785–795.

Arias D., Saxena S., Verguet S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*, 54.

Bertuccio P., Amerio A., Grande E. et al. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*, 70 (e versione collegata in The European Journal of Public Health, 34, 2024).

Favril L. (2021). Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Suicidal Thoughts and Behaviour in Prisons: A Literature Review. *Psychologica Belgica*, 61, 341–355.

Favril L., Yu R., Geddes J., Fazel S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public Health*, 8, e868–e877.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Psychiatry*, 9, 137–150.

Gualtieri S., Lombardo S., Sacco M. et al. (2025). Suicide in Italy: Epidemiological Trends, Contributing Factors, and the Forensic Pathologist's Role in Prevention and Investigation. *Journal of Clinical Medicine*, 14.

Hughes J., Horowitz L., Ackerman J. et al. (2023). Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *BMJ*, 381.

Institute for Health Metrics and Evaluation – University of Queensland (2025). Carico globale dei disturbi mentali, 1990–2023. *The Lancet*. [studio principale di riferimento]

Kieling C., Buchweitz C., Caye A. et al. (2024). Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*.

Renaud J., MacNeil S., Vijayakumar L. et al. (2022). Suicidal ideation and behavior in youth in low- and middle-income countries. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

Terranova C. (2022). Trends and Methods of Suicide in Italy, 1979 to 2016. *SAGE Open*, 12.

Van Meter A., Knowles E., Mintz E. (2022). Systematic Review and Meta-Analysis: International Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.