

Elvira Reale*, Vittoria Sardelli**, Carla Cuccurese* Virginia D'Angelo*

Depressione nelle donne: un'epidemia silenziosa

Depression in woman: a silent epidemic

Abstract

Introduzione

I dati internazionali mostrano che la depressione è la principale causa di malattia e di disabilità nelle donne

Tutti gli studi convergono sul dato che la popolazione femminile sia maggiormente a rischio rispetto a quella maschile di incorrere in un disturbo psichico ed in particolare nella depressione. Tale maggior rischio è correlato nella ricerca medica alle differenze biologiche tra uomo donna con particolare riferimento al ciclo biologico femminile considerato quale causa di più eventi depressivi (Depressione Gravidica, Post-partum, la Sindrome Premestruale e la Depressione post-menopausale)

Obiettivo

Evidenziare la presenza di pregiudizi di genere nella ricerca medica che sopravvaluta fattori di rischio biologico/genetici e sottovaluta i fattori psicosociali e socio-relazionali

Metodologia

Visualizzare e confrontare le ricerche in campi diversi dalla medicina come il campo del lavoro e della violenza domestica, da cui emergono che le donne soffrono di depressione a partire dalle specifiche condizioni di contesto in cui sono immerse.

* Associazione Salute donna, Servizio psicologico, Pronto soccorso Ospedale "Cardarelli" Napoli – Italia

** Unità Operativa Psicologia Clinica, ASL Napoli 1 - Italia

Risultati

E' stato dimostrato dalla valutazione di studi intersettoriali a ampio raggio come la prevalenza della depressione nella popolazione femminile sia correlata a specifici fattori di rischio psicosociali e relazionali (stress, burn-out, violenza)

Conclusioni

Dai risultati emerge la necessità di una prevenzione per la depressione sensibile al genere. Essa quindi va rivolta principalmente ai soggetti più vulnerabili: ragazze adolescenti e donne (tra i 15 ei 44 anni di età). Inoltre i programmi di prevenzione dovrebbero essere incentrati su nuovi fattori di rischio legati alla vita quotidiana delle donne, essendo questi responsabili della loro scarsa salute: **stress**, legato al doppio lavoro e al sovraccarico familiare; **burn-out** relativo alla maternità, alla cura totalizzante degli altri a discapito/negazione della cura personale; **violenza domestica**.

Parole chiave: donne, carico di malattia, depressione, fattori di rischio nella vita quotidiana

Abstract

Introduction

International data show that depression is the leading cause of illness and disability in women. All studies converge on this point: female population is at greater risk than male population to incur a mental disorder, depression particularly. Medical research relates this high risk with biological differences between men and women, and biological feminine cycle is considered the cause of several depressive events (Pregnancy, Post-partum, Depression, Premenstrual Syndrome and Postmenopausal Depression).

Goal

to evidence gender biases in medical research that overestimates biological / genetic risk factors and underestimates psychosocial and social-relational risk factors.

Methodology

to visualize and to compare researches on fields quite different from those of medical research, such as the field of work and domestic violence; from which this evidence emerges: women suffer from depression primarily for specific context conditions in which they are immersed.

Outcomes

the assessment of sectoral and long-range studies has proved that the prevalence of depression in female population is related with specific psycho-social and relational risk factors (stress, burn-out, violence)

Conclusions

The results point out the necessity of a gender-sensitive depression prevention. Therefore, it should be addressed to the most vulnerable subjects: girls and women (between 15 and 44 years of age). Prevention programmes should be focused on daily life new risk factors, since these factors are responsible for women's low health: **stress**, linked to double work and family overload; **burn-out** relating to motherhood, to the totalizing care of others to the detriment /denial of personal care; **Domestic violence**.

Keywords: women, disease burden, depression, daily life risk factors

Gli studi internazionali

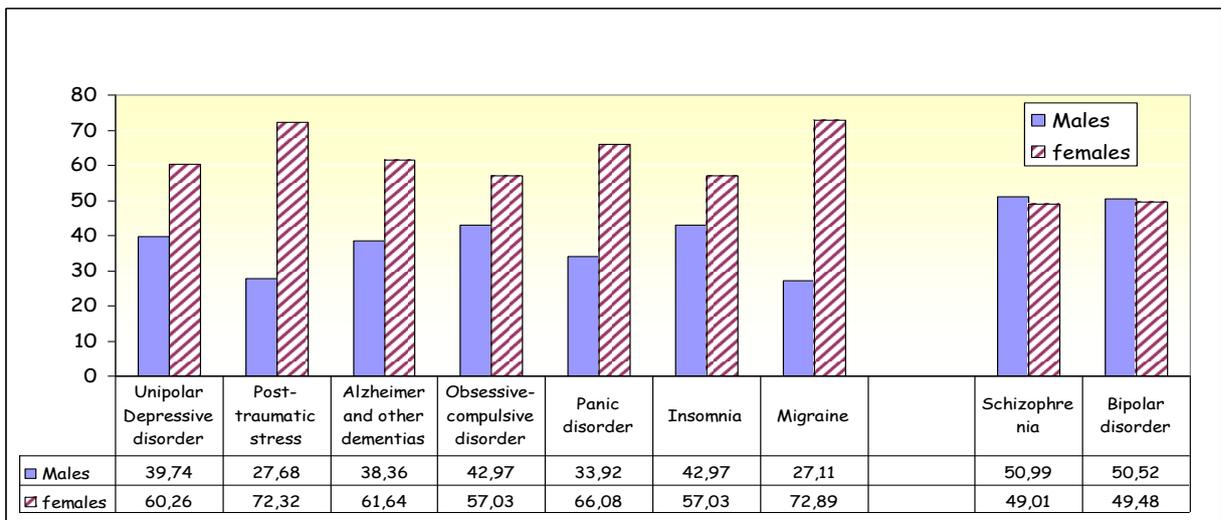


Le statistiche internazionali mostrano che i disturbi mentali (in particolare la depressione, l'ansietà ed i disturbi alimentari) sono prevalenti e crescenti tra le donne.

Nel grafico sottostante è rappresentato il carico di malattia da disturbi psichici misurato in DALYs.

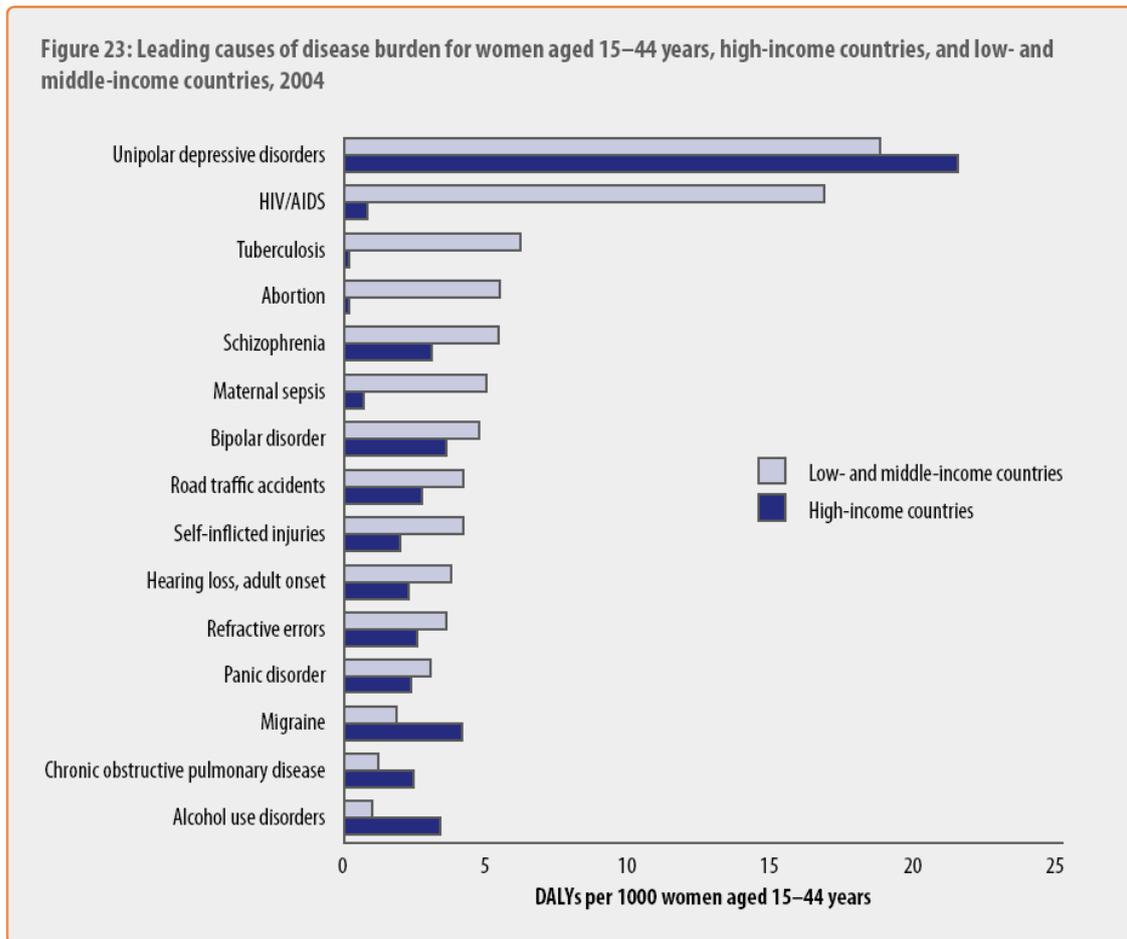
Il DALYs *Disability-Adjusted Life Year* è una misura sviluppata dall'OMS e congiuntamente dalla Harvard University e dalla World Bank; si calcola sommando gli anni di vita persi dovuti a mortalità prematura nella popolazione (Years of Life Lost - YLL) con gli anni di vita persi per la cattiva salute (Lost due to Disability - YLD).

Il carico stimato per il 2002 dall'OMS parla di un carico di malattia per tutti i disturbi psichici, che è nelle donne quasi doppio rispetto a quello stimato per gli uomini, tranne che per i disturbi bipolari e la schizofrenia (WHO, 2004).



Fonte: WHO, 2004. Burden of disease in DALYs estimates for 2002

La depressione, in particolare, è la causa principale del carico di malattia (*disease burden*) nelle donne tra i 15 ei 44 anni sia nei paesi ad alto reddito che in quelli a medio e basso reddito (WHO, 2008);



Fonte WHO 2004

La depressione si colloca poi al terzo posto nelle dieci principali cause del carico globale di malattia femminile (indipendentemente dall'età) rispetto all'8° posto del carico di malattia negli uomini, con una differenza percentuale d'incidenza pari quasi al doppio (5,8% nelle donne, 2,8 % negli uomini) (WHO, 1999).

Gli studi sul carico di malattia dal 1990 al 2010

Altri studi condotti più recentemente sulla valutazione del carico di malattia e di disabilità globale danno costantemente risultati analoghi, come si vede nel grafico successivo, dove il carico di malattia è valutato su tutti i tipi di disturbi psichici.

Il carico di malattia (DALYs) conferma nel 2010 che le ragazze e le donne hanno un carico maggiore di disturbi mentali rispetto ai ragazzi e agli uomini (grafico sottostante). Gli uomini, invece, hanno un carico maggiore delle donne per i disturbi correlati all'uso di sostanze in tutte le fasce di età (Whiteford et al., 2013). Questi dati forniscono poi le stime per la crescita dei disturbi depressivi nelle ragazze a partire

dall'età di 10-14 anni in poi. I dati sotto i 10 anni, con una prevalenza maschile, non sono unanimemente condivisi, come vedremo in seguito.

Oltre i 65 anni d'età, sia gli uomini che le donne mostrano un calo dei tassi di depressione, ma la prevalenza femminile rimane inalterata.

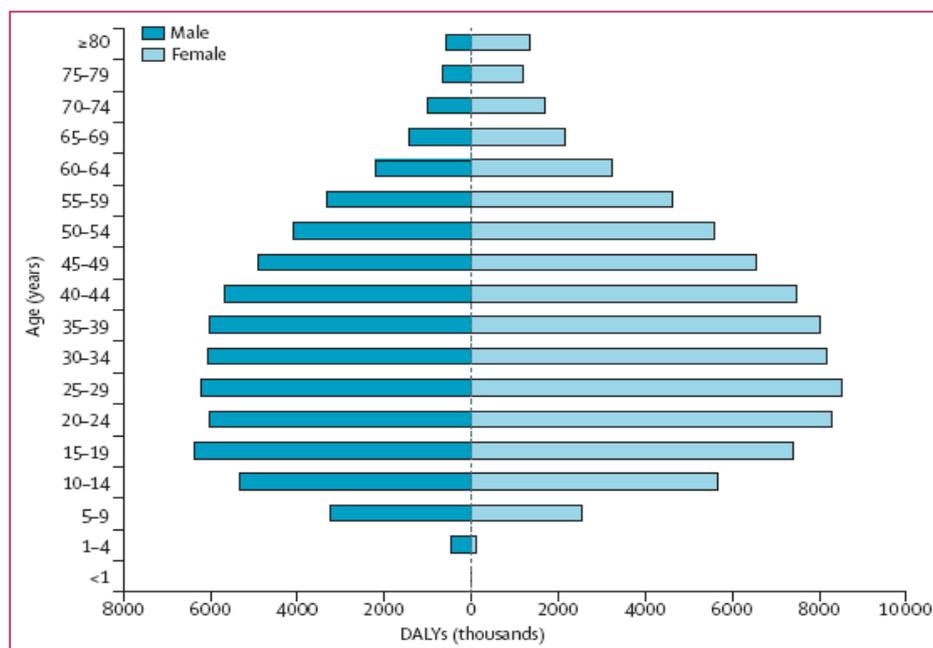


Figure 2: Disability-adjusted life years (DALYs) for all mental and substance use disorders in 2010, by age and sex

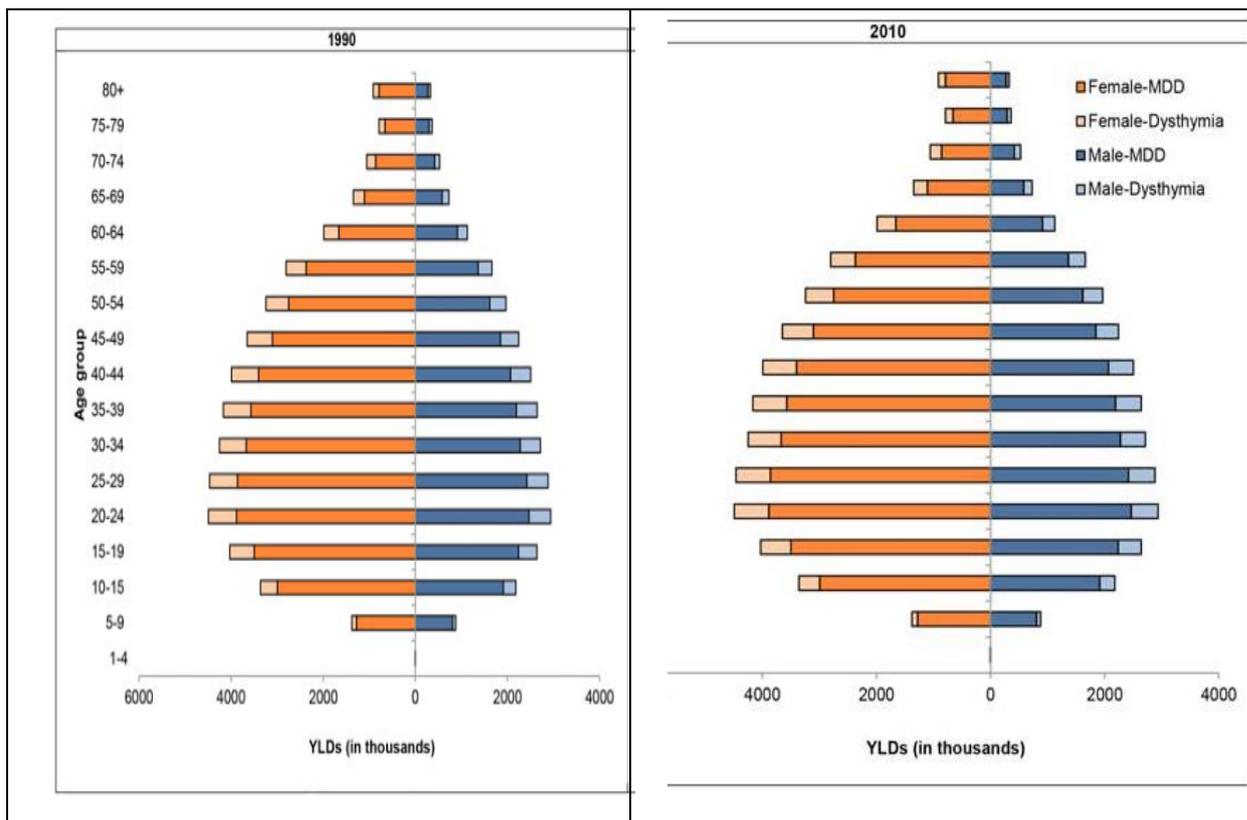
Poi all'interno della gamma delle malattie mentali, la depressione è la principale causa del carico globale di malattia (GBD). Lo studio del GBD del 1990 ha classificato la depressione come la quarta principale causa del carico di malattia in tutto il mondo dopo le infezioni delle vie respiratorie inferiori, malattie diarroiche e problemi che si verificano durante il periodo perinatale.

Nello studio del GBD del 2000, i disturbi depressivi sono diventati la terza causa principale del carico di malattia (per ambedue i sessi) dopo le infezioni respiratorie e le malattie diarroiche.

Il GBD 2010 ha identificato quindi i disturbi depressivi come una delle principali cause di carico di malattia. Il peso dei disturbi depressivi è sempre più alto nelle donne rispetto agli uomini.

I disturbi depressivi (MDD, depressione maggiore e distimia) sono la principale causa di disabilità, responsabile del 13,4% del YLDs (Years Lived with Disability, anni vissuti in disabilità) nelle donne e dell'8,3% negli uomini, come si vede nel grafico sottostante (Ferrari et al., 2013a).

YLDs by age and sex for MDD (major depressive disorder) and dysthymia in 1990 and 2010



Fonte: Ferrari et al., 2010

I due studi su carico di malattia e carico di disabilità forniscono le stime più recenti e complete sul peso che hanno i disturbi depressivi nella popolazione sia a livello mondiale che in singoli paesi e regioni. Questi risultati sottolineano l'importanza di includere i disturbi depressivi come priorità nelle politiche per la salute pubblica e l'attuazione di interventi economicamente efficaci per ridurre il carico globale (Whiteford et al., 2013).

All'interno dei disturbi neuro psichiatrici, i disturbi depressivi costituiscono poi il 41.9% della disabilità (YLDs) tra le donne ed il 29.3% tra gli uomini (WHO, 2002).

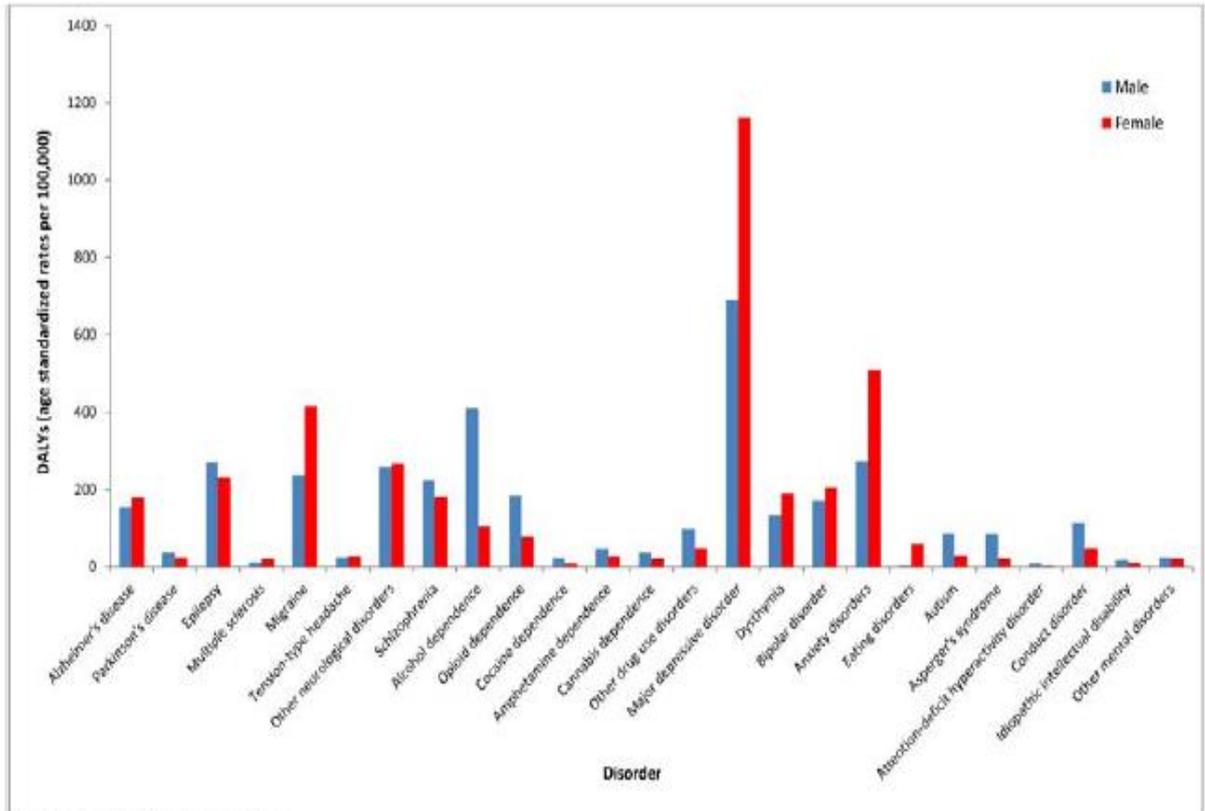
Sempre dalla valutazione del carico globale di malattia del 2010, sono tratti i dati sottostanti che riguardano le specificazioni dei disturbi mentali suddivisi per sesso (Whiteford et al., 2015).

La figura in basso mostra i tassi di carico di malattia (DALYs - *Disability-Adjusted Life Year*) - per ogni disturbo mentale, neurologico e di uso di sostanze disaggregato per sesso. Le donne sono presenti con maggior carico nella maggior parte dei disturbi mentali e neurologici, ad eccezione nell'età infantile, nella schizofrenia, nel morbo di Parkinson ed epilessia, dove gli uomini superano le donne nel carico di malattia. Gli

uomini sono rappresentati con più carico di malattia rispetto alle donne in tutti i disturbi da uso di sostanze.



Age-Standardized DALY Rates Attributable to Individual Mental, Neurological, and Substance Use Disorders, by Gender, 2010

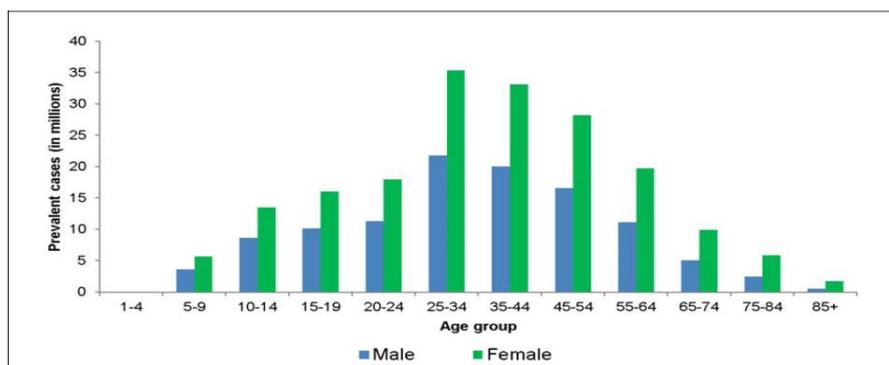


Note: DALYs = disability-adjusted life years.

Fonte: Whiteford et al., 2015

Nello studio di Alize Ferrari, focalizzato sulla depressione, si segnala come vi siano stati oltre 298 milioni di casi di MDD (depressione maggiore) a livello globale in qualsiasi momento nel tempo, con la percentuale più alta di casi che si verificano tra 25 e 34 anni. La prevalenza globale è stata molto simile nel tempo (4,4% nel 1990, 4,4% nel 2005 e nel 2010), ma più elevata nelle donne nel 2010 (5,5% rispetto ai maschi 3,2%).

Da questo studio è tratto il grafico sottostante con il numero di casi prevalenti di MDD suddivisi per età e sesso (Ferrari et al., 2013b).



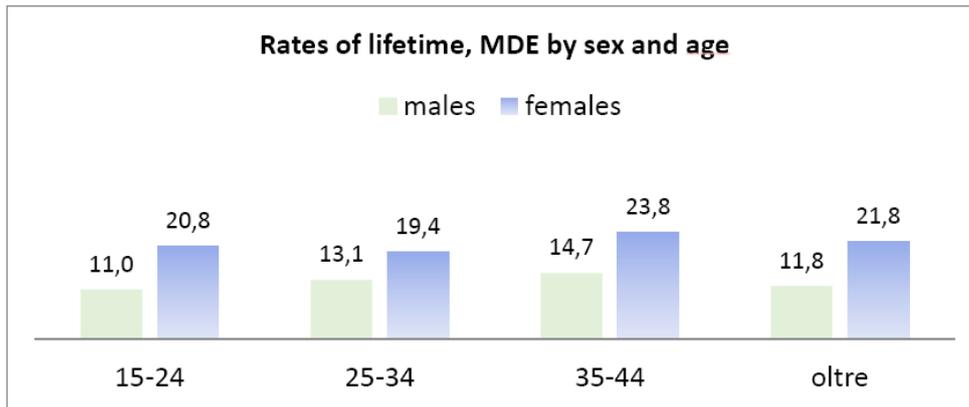
Il dato nuovo che emerge in questo studio è che per la prima volta registriamo, che la depressione maggiore coinvolge le donne anche a partire nell'età infantile e non solo dall'adolescenza in concomitanza con lo sviluppo ormonale. Tesi invece proposta da molti tra cui Cyranowski et al, (2000) e lo stesso Whiteford (2015) che affermano:

" Importantly, before puberty, girls and boys have similar rates of depression; the rate is perhaps even higher for boys" ();" Indeed, starting at puberty, young women are at the greatest risk for major depression and mental disorders globally"

La ricerca epidemiologica negli Stati Uniti

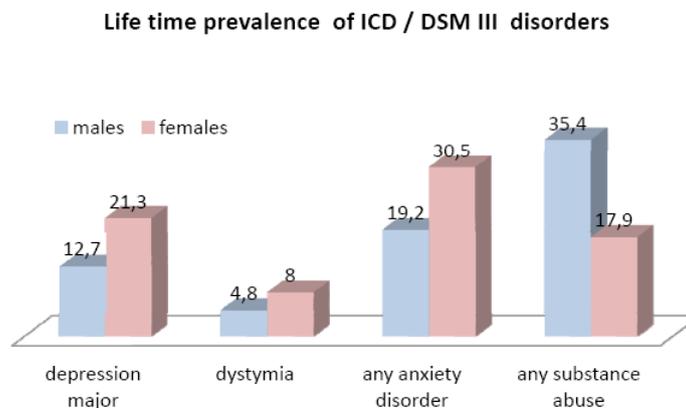
Il National Comorbidity Survey (NCS) è un'indagine epidemiologica sulla prevalenza, cause e conseguenze della morbilità psichiatrica e della comorbilità negli Stati Uniti. L'NCS è un sondaggio voluto dal Congresso Americano sui disturbi psichiatrici negli Stati Uniti per avere dati sulla prevalenza, fattori di rischio, e conseguenze della morbilità psichiatrica e comorbilità. L'NCS I (1990-92) è la prima indagine sulla popolazione generale degli Stati Uniti utilizzando la somministrazione di un colloquio psichiatrico strutturato sul DSM-III-R (Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). I dati sulle differenze di genere vengono presentati in tre studi di Ronald Kessler del 1993 e del 1994 e 2005.

Come si evince dal primo grafico l'indagine di popolazione non comprende maschi e femmine al di sotto dei 15 anni e non può dare indicazioni sulla depressione in età infantile. I dati parlano di una stabilità della malattia (MDE, major depressive episodes) all'interno delle fasce di età sia per la popolazione maschile che per quella femminile che è quasi sempre, però, il doppio di quella maschile (Kessler et al., 1993)



Fonte: Kessler (1993)

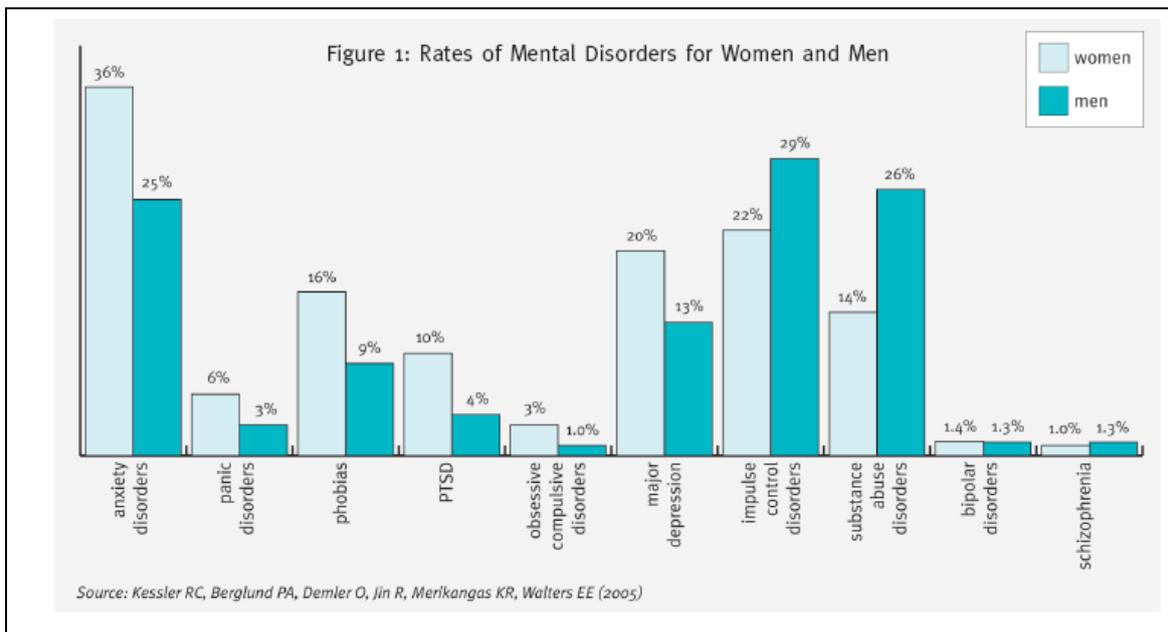
L'analisi successiva (Kessler et al., 1994) dei dati in rapporto alle differenze di genere entra nelle specificazioni dei disturbi psichici: depressione, distimia, disturbi ansiosi e mostra come la prevalenza nel corso della vita sia del genere femminile rispetto a quello maschile. L'abuso di sostanze invece, che *strictu sensu* non può essere considerato in sé un disturbo psichico ma un comportamento in-salutare che provoca effetti dannosi sulla salute, è invece a netta prevalenza maschile.



Fonte: Kessler 1994, I Comorbidity Survey

Questi dati di prevalenza del genere femminile nello spettro delle patologie psichiche (l'assunzione di alcool e droghe non può essere considerato, come abbiamo detto, una patologia, ma un comportamento in-salutare spia eventualmente di un disagio psico-sociale) si confermano anche nel II National Comorbidity Survey (2001-2003), quando l'indagine viene replicata utilizzando la somministrazione di un colloquio psichiatrico strutturato sul DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Nel

grafico sottostante i valori femminili sono tutti significativamente più elevati per la depressione e per i disturbi d'ansia nelle sue varie articolazioni (Panico, fobie, DPTS); per la schizofrenia ed i disturbi bipolari i valori sono pari tra uomini e donne. Notiamo anche qui come i valori maschili siano sempre più elevati in due ambiti che non possiamo considerare classicamente un disturbo ma che si riferiscono a comportamenti sociali disfunzionali: il discontrollo degli impulsi e l'uso di sostanze (Kessler et al., 2005).



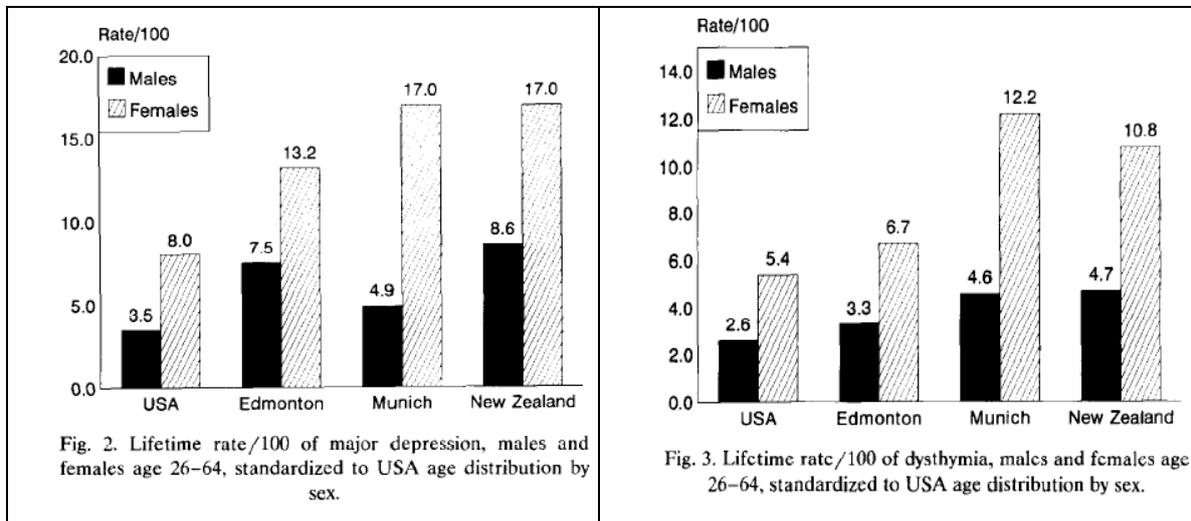
Fonte: Kessler, 2005

Nel 2013 Ronald Kessler così sintetizza i dati epidemiologici, mostrando il limite di molte ricerche sui fattori eziologici e di rischio che non procedono nell'analisi di ciascun fattore (ad esempio: stato civile, stato socio-economico, occupazione, ecc.) ad una suddivisione dei dati per genere, moltiplicando così artificialmente i fattori di rischio invece di rimanere ancorati al fattore di rischio principale; ovvero l'essere donna con i suoi livelli maggiori rispetto agli uomini nelle varie condizioni soggette ad indagine (isolamento, povertà, inoccupazione, vedovanza, disabilità, ecc.):

Women typically have a twofold increased risk of major depression compared with men, individuals who are separated or divorced have significantly higher rates of major depression than do the currently married (7, 134), and prevalence of major depression generally goes down with age. (Kessler 2013 p.124)

Gli studi epidemiologici di Myrna Weissman

Negli stessi anni altre ricerche epidemiologiche transnazionali sono state condotte da Myrna Milgram Weissman, psichiatra ed epidemiologa della Columbia University, con un'attenzione alla differenza di genere nei disturbi psichici e nella depressione. In particolare riportiamo due studi epidemiologici del 1993 e del 1996 focalizzati sui tassi di depressione nei due sessi, condotti con lo stesso metodo (utilizzo dell'intervista strutturata sul DSM III) a livello transnazionale e che hanno coinvolto oltre gli Stati Uniti altri Paesi tra cui l'Italia. Nello studio del 1993 (Weissman et al., 1993); sono stati coinvolti oltre gli Stati Uniti anche il Canada, la Germania e la Nuova Zelanda; in basso i dati sulle differenze uomo-donna nella depressione maggiore e nella distimia.



Fonte: Weissman et al., 1993

Nel secondo studio del 1996 (Weissman et al., 1996) sono stati coinvolti 10 Paesi: Stati Uniti, Canada, Porto Rico, Francia, Germania Ovest, Italia, Libano, Taiwan, Corea, Nuova Zelanda.

Ambedue gli studi hanno riportato risultati sovrapponibili: i tassi di depressione maggiore e distimia sono più elevati nelle donne in tutti i Paesi, mentre quelli per i disturbi bipolari si equivalgono. Anche le età di esordio sono similari e si situano al di sopra dei 20 anni. Anche in questo studio non compaiono campioni in età pre-adolescenziale. I sintomi comuni sono: mancanza di energia, insonnia, difficoltà di concentrazione e idee suicidarie. La depressione è poi in comorbidità con l'uso di sostanze, attacchi di panico, disturbi ossessivo-compulsivi.

In sintesi i dati internazionali mostrano che la depressione è la principale causa di malattia correlata al carico di malattia e di disabilità nelle donne:

- studi epidemiologici hanno dimostrato che la prevalenza nel corso della vita di un disturbo depressivo maggiore nelle donne (21,3%) è quasi il doppio di quella negli uomini (12,7%). Questo rapporto è stato documentato in diversi Paesi e gruppi etnici. Le differenze di sesso relative alla depressione variano con l'età, con bambini maschi e femmine che mostrano tassi di incidenza simili. I dati rivelano che le differenze di sesso nella prevalenza appaiono per la prima volta intorno all'età di 10 anni e persistono fino alla mezza età, dopo di che scompaiono (Noble, 2005).

Tutti gli studi convergono sul dato che la popolazione femminile sia maggiormente a rischio rispetto a quella maschile di incorrere in un disturbo psichico ed in particolare nella depressione. Tutti gli studi che abbiamo mostrato a livello internazionale e globale sottolineano l'importanza di includere i disturbi depressivi come priorità nel panorama della salute pubblica con l'attuazione di interventi efficaci per ridurre il carico globale di malattia.

Secondo l'OMS nel 2012:

mentre la depressione è la principale causa di disabilità sia per i maschi che per le femmine, il peso della depressione è del 50% superiore per le donne rispetto ai maschi. In realtà, la depressione è la principale causa di carico di malattia per le donne sia nei Paesi ad alto reddito che in quelli a basso e medio reddito (Marcus et al., WHO 2012).

Secondo l'OMS nel 2017:

- La depressione è un disturbo mentale comune. A livello globale, oltre 300 milioni di persone di tutte le età soffrono di depressione.
- La depressione è la principale causa di disabilità in tutto il mondo e contribuisce in modo determinante al carico globale della malattia.
- Più donne sono affette da depressione rispetto agli uomini (WHO, 2017).

Gli studi in Europa e in Italia

In Europa, il rapporto (2004) della Commissione europea, DG Salute e tutela dei consumatori, su "Lo stato della salute mentale nell'Unione europea" afferma che le donne hanno tassi più alti di depressione e ansia (denominati disturbi internalizzati) e gli uomini hanno più alti tassi di abuso di sostanze e disturbi antisociali (chiamati disturbi esternalizzati) (Kovess et al., 2004).

Un altro studio, Eseméd Project, mette in evidenza l'entità dei disturbi mentali in sei Paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi e Spagna) e afferma che le donne hanno livelli di salute mentale costantemente più bassi di quelli degli uomini in tutti i Paesi in cui i dati erano disponibili (Alonso et al., 2004).

Lo stesso studio (progetto ESEMeD) ha fornito la prima indagine nazionale italiana sulla prevalenza dei problemi mentali in Italia. Il campione (4.712 soggetti) è stato selezionato per rappresentare una popolazione di circa 47 milioni di abitanti di età pari o superiore a 18 anni. I risultati hanno mostrato che la prevalenza di 12 mesi di qualsiasi disturbo mentale è del 7,3% dell'intera popolazione di età pari o superiore a 18 anni (3,9% negli uomini e 10,4% nelle donne) e la prevalenza nell'arco della vita è del 18,3% (11,6 % negli uomini e 24,4% nelle donne). La prevalenza della depressione è del 3% (1,7% uomini e 4,2% nelle donne).

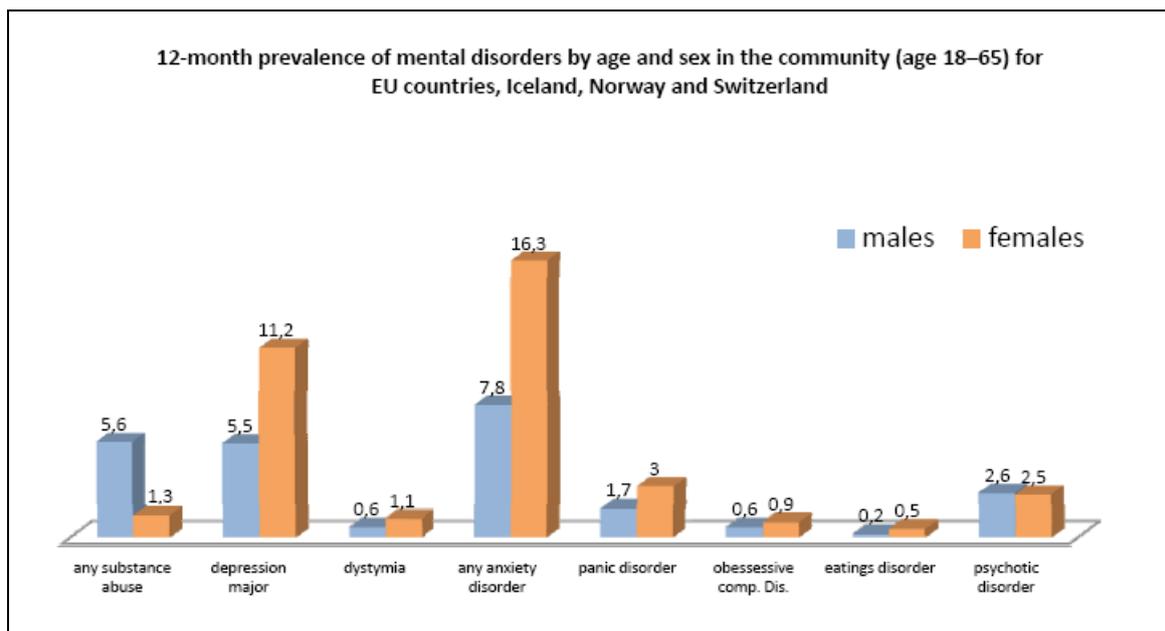
Circa 8,5 milioni di cittadini italiani soffrono di disturbi mentali almeno una volta nella loro vita, le donne sono a maggior rischio di sviluppare qualsiasi disturbo mentale (eccetto i disturbi legati all'alcol) e presentano tassi da due a tre volte più elevati degli uomini.

Tabella 2. - *Prevalenza dei disturbi mentali in Italia (percentuali pesate ed intervalli di confidenza)*

	Prevalenza a 12 mesi			Prevalenza nel corso della vita		
	% (IC 95%)			(lifetime) % (IC 95%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ogni disturbo mentale	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2- 3,0)	7,3 (6,0-8,6)	11,6 (9,7- 14,0)	24,4 (21,0-28,0)	18,3 (16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)	7,2 (6,0-8,4)	14,9 (13,0-17,0)	11,2 (9,8- 13,0)
Ogni disturbo d'ansia	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)	5,5 (4,0-7,1)	16,2 (13,0-19,0)	11,1 (9,3- 13,0)
Ogni disturbo da alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	2,0 (1,1-3,0)	0,1 (0,0-0,3)	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)	6,5 (5,5-7,5)	13,4 (11,0-15,0)	10,1 (9,0- 1,0)
Distimia	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	2,3 (1,6-3,0)	4,4 (3,2-5,5)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-1,2)	3,0 (2,0-4,0)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)	1,6 (0,8-2,3)	2,6 (1,6-3,6)	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)	2,5 (1,4-3,6)	8,6 (6,2-11,0)	5,7 (4,3-7,0)
DPTS	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)	1,1 (0,1-2,1)	3,3 (1,7-4,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,6 (0,1-1,1)	1,7 (0,9-2,5)	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,9 (0,5-1,3)	2,2 (1,6-2,8)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,0	0,1 (0,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	0,0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)

Inoltre essere disoccupati, casalinghi o disabili aumenta il rischio di disturbi mentali (De Girolamo et al., 2005, 2006). Anche qui l'analisi risulta parziale in quanto non comprende la suddivisione per genere di tutti i fattori di rischio considerati: tra le categorie di disoccupati, disabili e casalinghi infatti vi è, per evidenza di dati statistici di settore, una preminenza di donne!

Successivi studi di comunità condotti in Paesi europei evidenziano altri dati epidemiologici su un'ampia gamma di disturbi mentali nell'UE. L'indagine (Wittchen et al., 2005) ha identificato complessivamente un totale di 27 recenti studi epidemiologici condotti nella comunità che comprendevano oltre 155.000 soggetti provenienti da 16 paesi europei.



In tutti questi studi si stima che il 27% della popolazione dell'UE adulta (18-65 anni) (compresi Islanda, Norvegia e Svizzera) soffra almeno di un disturbo mentale. Questa stima di prevalenza a 12 mesi equivale a un totale stimato di 82,7 milioni di soggetti colpiti. Nonostante una considerevole variabilità nei metodi e nei progetti di ricerca, vi è un ulteriore accordo tra tutti gli studi per tassi più elevati nelle donne rispetto agli uomini (33% rispetto al 22%) e quasi altrettanto alte prevalenze in tutte le fasce di età nella popolazione femminile con un considerevole grado di comorbilità tra i vari disturbi psichici.

Inoltre nel 2011, Wittchen et al. hanno ripetuto lo studio sui disturbi mentali per i Paesi dell'UE.

Quest'analisi del 2011 si è concentrata sulla percentuale del carico di malattia (DALYs).

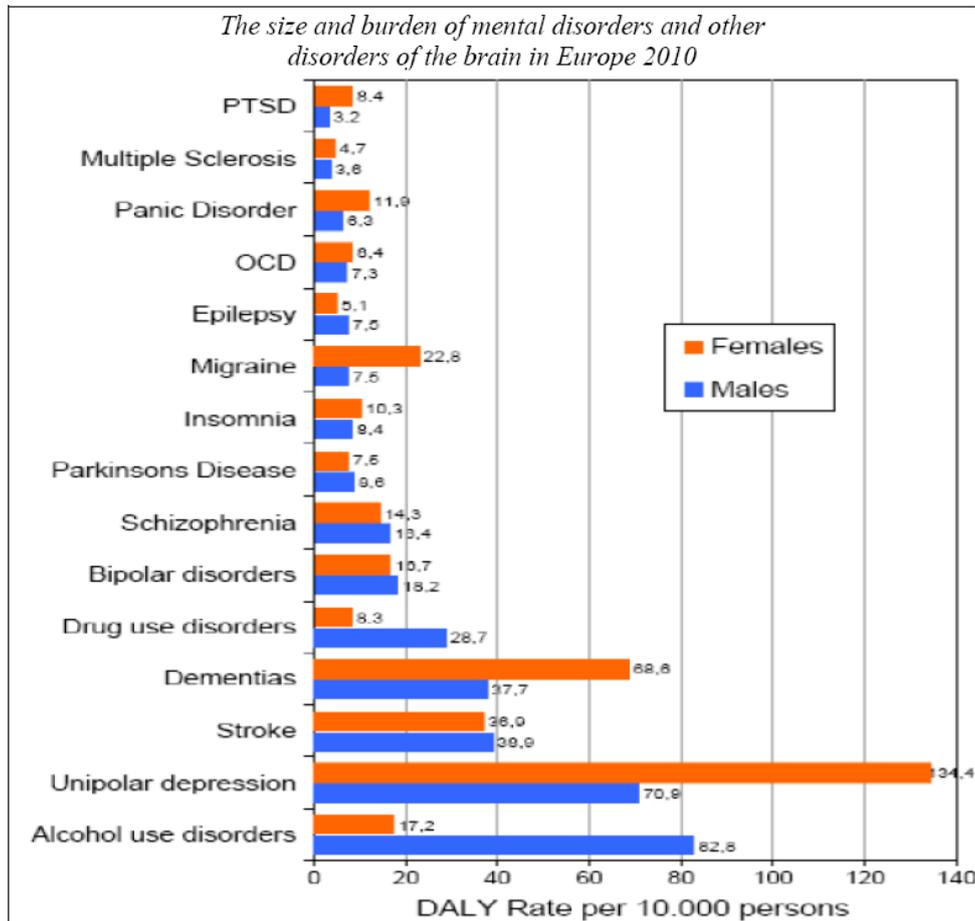
Le analisi sul carico di malattia (misurato in DALYs) presentate in questo rapporto forniscono misure notevolmente più appropriate e specifiche per l'UE

Le nuove stime confermano:

- che i disturbi mentali sono i principali fattori che contribuiscono al carico totale di malattia nell'UE;
- l'esistenza di differenze del carico di disabilità tra donne e uomini.
- Fatta eccezione per i disturbi da uso di sostanze, con una marcata preponderanza di maschi e i disturbi psicotici con una leggera preponderanza di maschi, le femmine sono

colpite da tutti gli altri disturbi mentali circa 2-3 volte più frequentemente rispetto ai maschi.

Le stime rivisitate per le condizioni neuropsichiatriche rappresentano il 30,1% del carico totale di malattia nelle donne e il 23,4% nei maschi.



fonte: H.U. Wittchen, 2011

Vi sono chiare differenze di genere nella depressione: le donne nel carico di malattia sono colpite in modo sproporzionato dalla depressione (1 anno perso su 10 anni di vita in buona salute è dovuto a questo disturbo, o al 10,3% di tutti i DALYs) (Wittchen et al., 2011).

A differenza delle precedenti analisi del carico di malattia (DALYs), Wittchen afferma che le loro analisi consolidate per i Paesi dell'UE-27 rivelano anche modelli di carico sostanzialmente diversi per maschi e femmine, e un ordine di classificazione delle malattie più invalidanti considerevolmente diverso dalle precedenti pubblicazioni (Wittchen et al. 2011).

Lo studio di Wittchen ha visualizzato così le 10 cause principali di carico di malattia per uomini e donne in Europa: le depressione è per le donne la prima causa di carico di malattia (disease burden misurato in DALYs) come si vede dalla tabella sottostante:



Men				Women		
Diagnosis	Total DALYs	Rate per 10,000 DALYs	Rank	Diagnosis	Total DALYs	Rate per 10,000 DALYs
Alcohol use disorders	1,668,597	82.8	1	Unipol. depr. dis.	2,891,945	134.4
Unipol. depr. dis.	1,428,455	70.9	2	Dementias	1,476,756	68.6
Stroke	783,449	38.9	3	Stroke	793,389	36.9
Dementias	759,758	37.7	4	Migraine	490,744	22.8
Drug use disorders	578,236	28.7	5	Alcohol use disorders	371,143	17.2
Bipolar affective disorder	367,638	18.2	6	Bipolar affective disorder	360,204	16.7
Schizophrenia	329,945	16.4	7	Schizophrenia	307,748	14.3
Parkinson's disease	174,037	8.6	8	Panic disorder	256,932	11.9
Insomnia (primary)	168,845	8.4	9	Insomnia (primary)	220,908	10.3
Migraine	151,933	7.5	10	OCD	181,777	8.4

Fonte: Wittchen et al., 2011

Gli studi sulle differenze circa l'assunzione di farmaci

Ci sono evidenze che l'intervento farmacologico stia aumentando e le donne occupano il primo posto nell'assunzione di psicofarmaci. L'OMS afferma: l'appartenenza al genere femminile è il predittore principale nella prescrizione di psicofarmaci " (*Female gender predicts being prescribed psychotropic drugs*). In Canada tra il 2007 e il 2011, gli antidepressivi sono stati prescritti più del doppio alle donne rispetto che agli uomini (Rotermann et al., 2014).

In Italia, secondo l'ISTAT, ci sono 5,5 milioni di consumatori di medicine (psicofarmaci, in particolare antidepressivi); tra questi ci sono 3,7 milioni di donne e 1,7 milioni di uomini. Le donne in trattamento con farmaci spesso sperimentano sintomi acuti e più effetti collaterali e/o paradossi (Muscettola, 2001). Il trattamento medico è spesso inefficace e causa dipendenza psicologica.

Gli studi sulla comorbidità e le differenze di genere

Le donne sono sovra-rappresentate nella comorbidità dei disturbi psichici : *Depression and anxiety are common comorbid diagnoses and women have higher prevalence than men of both lifetime and 12 month comorbidity of three or more disorders*" (Kessler et al., 1994).

Secondo l'OMS, la comorbidità è associata a malattie mentali di maggiore gravità, livelli più elevati di disabilità e maggiore utilizzo dei servizi. Le donne hanno tassi di prevalenza più alti rispetto agli uomini per comorbidità che coinvolgono tre o più disturbi. Depressione e ansia sono i più comuni disturbi in comorbidità, ma vi sono anche altri disturbi concomitanti come agorafobia, disturbo di panico, disturbi somatoformi e disturbo post traumatico da stress (WHO, 2002).

Nonostante tutte queste evidenze che segnalano l'emergenza del carico di malattia nel mondo (comprese l'Europa e l'Italia) in rapporto alle malattie mentali; nonostante più studi parlino di evidenze epidemiche per la depressione femminile e altri disturbi psichici, non emerge al momento, un'adeguata politica sanitaria per combattere questa emergenza.

L'elemento che genera un mancato allarme sociale per l'attivazione di un'appropriata politica sanitaria è il pregiudizio che su questa emergenza al femminile non si possa intervenire al pari di altre patologie, perché essa sarebbe generata 'nel corpo stesso delle donne' ovvero come frutto del suo ciclo biologico e delle sue intrinseche fluttuazioni. Una politica sanitaria di prevenzione della malattia ha bisogno di mettere in evidenza fattori di rischio psico-sociali e ambientali su cui agire, e per la depressione femminile (mentre ciò non vale per la depressione maschile più facilmente associata a fattori ambientali come il lavoro, lo stress e la disoccupazione) si pensa che non vi siano attività di prevenzione e comportamenti o stili di vita virtuosi quali quelli ad esempio suggeriti nel campo delle patologie cardiovascolari o polmonari!

Ma che non sia possibile una prevenzione primaria è frutto del pregiudizio, perché in più ambiti della ricerca sono riconosciuti, al contrario, i fattori di rischio psico-sociali per la depressione femminile, salvo poi a non essere utilizzati nelle pratiche cliniche (trattamento) e nella prevenzione.

Nell'analisi dei fattori di rischio, come emersi nella ricerca internazionale e nazionale, esamineremo come primo fattore di rischio la violenza che trova unanime consenso nell'essere considerata generatrice di depressione. Proprio sulla violenza una nota ricercatrice del campo J. Campbell afferma: *The relationship between battering and depression has been documented for more than two decades, but has rarely been noted in the depression literature* (Campbell et al., 1996 p. 106).

Gli studi sugli effetti della violenza

Vi sono evidenze in numerosi studi che le conseguenze della violenza contro le donne hanno come esito gravi danni psichici. In particolare queste le conseguenze più frequenti:

- Depressione
- Disfunzione sessuale
- Suicidalità
- Problemi alimentari
- Paura, sentimenti di vergogna e colpa
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Ansia, attacchi di panico
- Disturbo post traumatico da stress
- Bassa autostima
- Abuso di farmaci, alcol e droghe

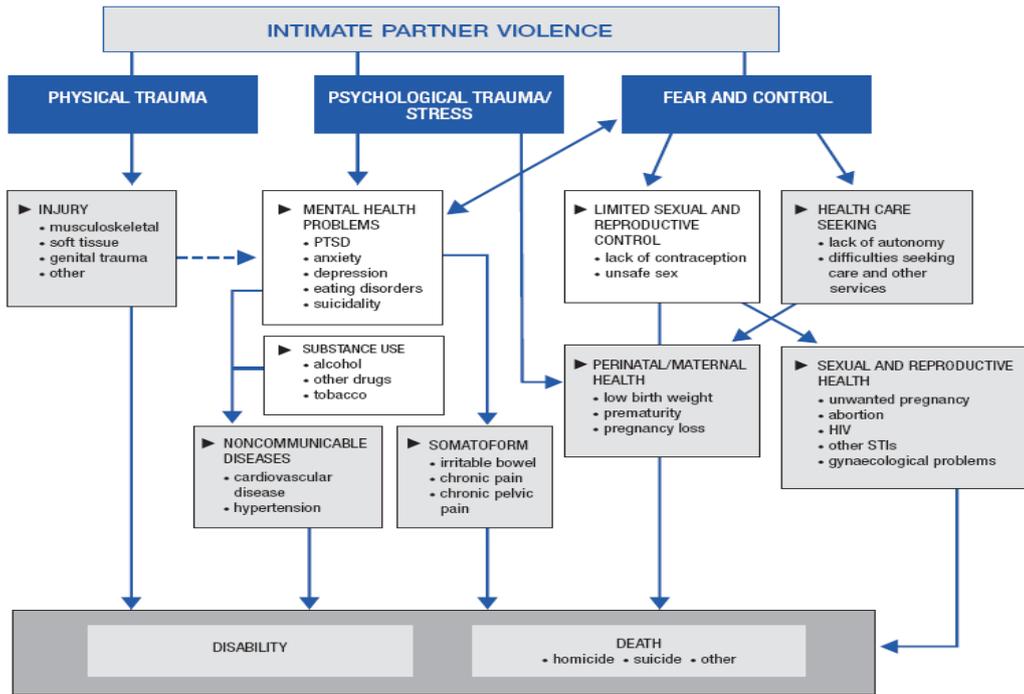
La gravità e la durata dell'esposizione alla violenza sono altamente predittive della gravità degli effetti sulla salute mentale. I tassi di depressione nella vita adulta sono da 3 a 4 volte più alti nelle donne esposte all'abuso sessuale nell'infanzia o alla violenza fisica del partner nella vita adulta (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

L'ultimo report dell'Organizzazione Mondiale della sanità che indica come vi sia un 30% della popolazione femminile nel mondo che subisce violenze fisiche e sessuali nell'ambito della relazione intima (partner o ex-partner) - parla di fenomeno di proporzioni epidemiche:

Violence against women is not a small problem that only occurs in some pockets of society, but rather is a global public health problem of epidemic proportions, requiring urgent action (WHOa, 2013 p.3). Health-care providers are in a unique position to address the health and psychosocial needs of women who have experienced violence (WHOb, 2013 p.1).

L'OMS (WHOa, 2013) ha disegnato la mappa di tutte le conseguenze a livello di salute che la violenza ha sulla vita della donna, e gli effetti sulla salute mentale hanno un posto centrale

IL
TEMA



Fonte: WHOa, 2013

E ha anche indicato, nello schema sottostante, le fasce di età più a rischio per la violenza.

Table 3. Lifetime prevalence of intimate partner violence by age group among ever-partnered women

Age group, years	Prevalence, %	95% CI, %
15–19	29.4	26.8 to 32.1
20–24	31.6	29.2 to 33.9
25–29	32.3	30.0 to 34.6
30–34	31.1	28.9 to 33.4
35–39	36.6	30.0 to 43.2
40–44	37.8	30.7 to 44.9
45–49	29.2	26.9 to 31.5
50–54	25.5	18.6 to 32.4
55–59	15.1	6.1 to 24.1
60–64	19.6	9.6 to 29.5
65–69	22.2	12.8 to 31.6

CI = confidence interval.

Fonte: WHOa, 2013

Se si guarda alla violenza distribuita per le fasce di età si osserva una totale sovrapposizione tra le età della depressione in crescita a partire dai 15 anni nelle donne ed in decrescita dopo i 55 anni. Questo dato (della presenza della violenza in tutte le fasce di età comprese nella fase riproduttiva della vita della donna) potrebbe sostituire

del tutto l'ipotesi (frutto di pregiudizi) che la depressione si spalma nella vita della donna seguendo (ovvero a causa di) le fasi del suo ciclo riproduttivo.

Studi su campioni di donne hanno dato risultati di una forte associazione tra disturbi depressivi e violenza del partner:

The findings from this study suggest that physical abuse is an important part of the etiology of depression in battered women and that the abuse in combination with daily hassles supports a stress explanation of depression with a woman's ability to take care of herself a protective factor (Campbell et al., 1997 p. 271) .

A conferma della forte associazione tra depressione, in comorbilità con altri disturbi d'ansia, e violenza del partner segnaliamo uno studio polacco più recente (2017):

The type of violence and socioeconomic characteristics were more strongly associated with anxiety and depressive symptoms in women experiencing IPV than demographic variables (Karakuła- Juchnowicz et al , 2017 pag. 63).

Inoltre vi è evidenza che: per le donne che escono dalla violenza e per le quali si interrompe il maltrattamento, si hanno riduzioni significative del livello dei sintomi depressivi, mentre per quelle che proseguono l'esperienza della violenza non si evidenziano riduzioni dei sintomi depressivi (WHO 2002). Di conseguenza fornire alternative alla violenza come (ad esempio) forme di alloggio sicuro costituisce un trattamento efficace per la salute mentale:

In addition, treatment plans for depressed battered women in primary care and mental health settings need to include strategies for ending the violence (Campbell et al, 1996 pag.109).

Di fronte alle evidenze sul rapporto tra violenza e disturbi psichici, molti autori indicano la presenza di barriere nei servizi di salute mentale che ostacolano l'individuazione della violenza quale causa e fattore di rischio dei disturbi psichici .

Nel suo editoriale in una rivista psichiatrica Hegarty afferma:

Despite domestic violence being a very common problem in individuals with severe mental illness, there is very little research in this setting. Multiple barriers exist to disclosure by users and enquiry by providers. Training systems for identification and responding to domestic violence are urgently needed in mental health clinics (Hegarty, 2011 pag.169).

L'autrice nell'editoriale richiama il dato che pur in presenza di evidenze chiare e fondate sull'associazione tra disturbi mentali e violenza, i dati clinici scarseggiano, le ricerche sono poche, e gli operatori psichiatrici non sono formati ad indagare nel percorso eziopatogenetico la presenza di violenza attuale e/o pregressa.

Anche un'altra studiosa di differenze di genere segnala il problema della mancanza d'individuazione della violenza nelle pratiche cliniche conseguente ad una mancanza di formazione (Howard, 2012 pag.129):

Domestic violence is a major public health problem because it is common and associated with physical and mental health morbidity. It is more common in psychiatric patients but is under detected by mental health professionals. Routine enquiry increases detection but needs to be introduced in the context of comprehensive training, and only where referral and care pathways have been developed. High-risk patients should be referred to multi-agency risk assessment conferences for multidisciplinary assessment and safe management.

Un altro studio valuta i motivi prevalenti (barriere) che impediscono agli operatori di salute mentale di giungere alla decodifica della violenza come causa dei disturbi psichici:

Service users described barriers to disclosure of domestic violence to professionals including: fear of the consequences, including fear of Social Services involvement and consequent child protection proceedings, fear that disclosure would not be believed, and fear that disclosure would lead to further violence; the hidden nature of the violence; actions of the perpetrator; and feelings of shame (Rose, 2011 pag.189).

Di fronte a pregiudizi sul ruolo della violenza nella genesi della depressione, molti altri studi confermano come la violenza sia associata con numerosi disturbi psichici e come in questa veste costituisca il maggior problema per la salute mentale. Tra questi studi, i seguenti:

Reported lifetime prevalence of severe domestic violence among psychiatric in-patients ranged from 30% to 60%. Lower rates are reported for men when prevalence is reported by gender (Howard et al., 2010 pag. 881).

High levels of symptoms of perinatal depression, anxiety, and PTSD are significantly associated with having experienced domestic violence (Howard et al., 2013 pag.1 PLOS one).

There is a higher risk of experiencing adult lifetime partner violence among women with depressive disorders, anxiety disorders, and PTSD compared to women without mental disorders (Trevillion et al., 2012 pag.1, PLOS one).

Gli studi che rilevano il rapporto tra violenza e disturbi psichici nel contempo rilevano come non vi sia la capacità da parte degli operatori di salute mentale di individuare la violenza dietro i disturbi

Mental health services were reported to give little consideration to the role of domestic violence in precipitating or exacerbating mental illness and the dominance of the biomedical model and stigma of mental illness were found to inhibit effective responses (Trevillion et al., 2014 pag. 430).

Gli studi sui fattori di rischio nella vita quotidiana e nel lavoro delle donne

Ci sono evidenze che:

- molte donne soffrono nella vita quotidiana dell'isolamento, della separazione, della vedovanza, della disoccupazione, della mancanza di sostegno economico, del peso dei bambini, della violenza, ecc.;
- le donne subiscono più eventi avversi nella loro vita;
- le donne hanno più carichi di lavoro (domestico ed extradomestico) e sono soggette a maggiori stress.

In Italia, ad esempio, il carico di lavoro domestico in Italia è ancora tutto sulle spalle delle donne.

Le differenze nei profili delle giornate-tipo di uomini e donne diventano più marcate quando nella coppia ci sono anche i figli. Essere madri, infatti, comporta un consistente incremento delle ore dedicate al lavoro familiare (6h e 47'), che cresce sensibilmente all'aumentare del numero di bambini. I tempi degli uomini, al contrario, non risultano variare in funzione della

fase del ciclo di vita in cui si trova la famiglia, e la nascita dei figli coincide, piuttosto, con un maggiore coinvolgimento maschile sul piano lavorativo. Il contributo degli uomini al lavoro domestico e alla cura dei figli è così poco rilevante che, addirittura, l'assenza dei padri (nelle famiglie di madri sole) si traduce in una riduzione del lavoro familiare a carico della donna (Reale & Carbone, 2009 pag. 26).

L'Istat segnala nel rapporto del 2014 (confermando i rapporti precedenti se non per lievissimi miglioramenti) che gli uomini svolgono un'ora e mezza di lavoro domestico a giorno, di fronte a 5 volte di lavoro in più delle donne (ma diremmo, ad esempio, che in queste ore non è stato compreso il raffronto del lavoro notturno con i bambini piccoli!).

- Le donne soffrono più di disoccupazione il che incide sulle loro capacità di autonomia, (nel 2018 in Italia il tasso di occupazione è stato sotto il 50% e l'Italia è al quartultimo posto tra i 35 Paesi sviluppati per percentuale di donne occupate). Le donne nel lavoro esterno hanno paghe più basse degli uomini e ricoprono ruoli di minore responsabilità e minor riconoscimento sociale ed economico. Nella presentazione all'ONU del *Global Gender Gap Report 2017*, Anuradha Seth, consigliere delle Nazioni Unite, ha affermato che la differenza salariale di genere è il “più grande furto della storia”. Secondo i dati raccolti dalle Nazioni Unite, nel mondo, le donne guadagnano in media il 23% in meno degli uomini, senza distinzioni di aree, comparti, età o qualifiche. Per non parlare del soffitto di cristallo dove le donne non riescono a ricoprire nella loro carriera le posizioni apicali.

Le donne, nel lavoro esterno, soffrono dal punto di vista della salute di maggiori condizioni di *distress* (scarsa autonomia decisionale, sovraccarico, bassa soddisfazione) rispetto agli uomini (OSHA- EU, 2004); e inoltre sono le donne a patire maggiormente nel lavoro - rispetto agli uomini- per le situazioni di mobbing, burn out, molestie sessuali e violenza dei clienti (EWCS, 2007).

Afferma l'OMS: *The workplace itself is another area where rank is predictive of depression and linked to gender* (WHO, 2002 pag.13).

Ma soprattutto gli studi sulla violenza del partner in famiglia indicano come il rapporto tra violenza e sintomi ansioso-depressivi sia mediato dallo stress. La violenza infatti, agisce come un potente fattore di stress nella vita di una donna. Campbell, la nota ricercatrice sui temi della violenza contro le donne e i fattori di rischio per il femminicidio, ha indicato come l'abuso non sia mai rintracciato ed evidenziato come

fattore di stress e anche quando si parla di *marital distress*, la violenza ed il maltrattamento del partner non sono menzionati o indagati (Campbell, 1997).

Stress, mobbing, burn-out, molestie sessuale e violenza da parte dei clienti e dei partner (o ex-partner) sono tutte condizioni significativamente associate con disturbi psichici quali ansia e depressione.

Come siano poi questi fattori psico-sociali (stressor della vita quotidiana) ad avere maggiore fondatezza scientifica è dimostrato da uno studio completo sulla differenza di genere nella depressione, condotto da Piccinelli e Gomez Homen per l'OMS. Lo studio è stato condotto con la consultazione del “data base Medline”, attraverso la ricerca di pubblicazioni comprese nel periodo che va dal 1985 al maggio 1996 usando le parole chiave: *affective disorder, depressive disorder, depression, mania, dysthymia* ed inoltre attraverso la consultazione di riviste specializzate, nonché la consultazione delle referenze bibliografiche inserite nelle pubblicazioni esaminate; infine sette esperti hanno rivisto e selezionati le pubblicazioni più significative ed importanti.

Questo studio conferma che dal complesso delle ricerche su eziologia e fattori di rischio emergono come più deboli, o scarsamente suffragate da dati significativi le ipotesi genetiche, ormonali e psico-costituzionali (struttura di personalità); proprio quelle ipotesi che nel mondo medico sembrano trovare più credito.

Sono state suggerite molte ipotesi sulla preponderanza delle donne rispetto ai tassi di depressione: fattori genetici, ormoni riproduttivi, monoamine e altri sistemi di neurotrasmettitori, sistemi di regolazione endocrina, modelli di sviluppo, fattori ambientali (es. eventi di vita e supporto sociale), conflitti di ruolo sessuale e scoperte nella neuropsicologia.

- I Fattori genetici: si conosce ben poco delle modalità di trasmissione di questi.
- Fattori ormonali (ciclo mestruale, post-partum e menopausa): non vi sono evidenze sul collegamento tra questi fattori ed il maggior rischio di depressione.
- Fattori sociali e di ruolo: vi sono invece evidenze nel ruolo giocato nell'insorgenza degli episodi depressivi. Le donne subiscono più eventi negativi e questi sono collegati con il loro ruolo e status sociale che le espone maggiormente a eventi negativi (minore occupazione, maggiore povertà, maggiore violenza subita, ecc.) (Piccinelli & Gomez Homen, 1997).

Sui fattori di rischio psico-sociali per la depressione segnaliamo altre due ricerche: quella inglese di Brown e Harris nel 1978 e la ricerca italiana al CNR nel 1982/1998. La ricerca inglese ha messo l'accento sui fattori che hanno avuto maggiori associazioni con

la depressione e cioè quelli che hanno comportato un livello di stress recente: la mancanza di una relazione intima, la mancanza di lavoro retribuito, la presenza di tre o più figli e la morte della madre durante l'infanzia (Brown & Harris, 1978).

La ricerca italiana ha centrato anch'essa l'attenzione sui fattori stressanti nella vita quotidiana della donna con particolare riguardo al carico di lavoro familiare ed alla violenza nelle relazioni familiari (Reale et al., 1982, 1998).

In accordo con le ricerche sui fattori di rischio psico-sociale e lo stress riportiamo anche la ricerca più attuale di Kate L. Harkness :

Le donne depresse erano significativamente più a rischio di riportare un evento grave nella vita prima dell'inizio del DDM (depressione maggiore) rispetto agli uomini. Poiché si tratta di eventi gravi maggiormente associati all'insorgenza di episodi di DDM, questa scoperta potrebbe avere implicazioni significative per comprendere la relazione differenziale dello stress con l'eziologia della DDM nelle donne rispetto agli uomini. È importante notare che il nostro studio è trasversale. Tuttavia, poiché questi eventi si sono verificati in stretta prossimità temporale con l'insorgenza del DDM per le donne, questo risultato suggerisce che lo stress grave può svolgere un ruolo più importante nell'eziologia del DDM nelle donne rispetto che agli uomini (Harkness, 2010 pag. 797).

Nonostante vi siano maggiori evidenze sul rapporto tra fattori psico-sociali (Stress e burn out da lavoro, violenza in famiglia e al lavoro) e disturbi psichici e in particolare la depressione, la ricerca ancora oggi è indirizzata a impiegare più mezzi di ricerca e fondi per valutare la maggiore affidabilità delle cause ormonali e genetiche che non sono suffragate da altrettante prove ed evidenze. L'elemento confusivo è dato dal fatto che i tassi di prevalenza per la depressione nelle donne si elevano nell'età riproduttiva (dai 15 anni fino ai 55 anni) per poi abbassarsi e divenire simili ai tassi di prevalenza maschile, e questo determina l'idea (ovvero il pre-giudizio) che il fattore di rischio principale nelle donne sia costituito dalle variazioni ormonali collegate alla vita riproduttiva; manca cioè una visione più ampia (scevra da pregiudizi) dei problemi delle donne che in quella fascia di età accumulano più fattori di stress e di violenza sia in famiglia che al lavoro.

Un esempio per tutti sul pregiudizio che colpisce le donne è tratto da un editoriale recente di Paul Albert del *Department of Neuroscience, Ottawa Hospital, Canada*:

However, despite this complexity, recent evidence suggests that biological factors, such as the variation in ovarian hormone levels and particularly decreases in estrogen, may contribute to the increased prevalence of depression and anxiety in women and that strategies to mitigate decreases in estrogen levels may be protective (Albert, 2015 pag.220).

Conclusioni

- La ricerca, pur avendo difficoltà a dimostrare la validità delle ipotesi genetiche ormonali e di personalità, è tuttavia orientata principalmente a valutare la correlazione tra le patologie mentali delle donne, in particolare la depressione, e fattori ormonali, biologici e di personalità. Allo stesso modo, nella pratica clinica troviamo pregiudizi sul genere femminile: il fatto che la malattia mentale, in particolare la depressione sia molto più diffusa nelle donne, è considerata - da molti psichiatri, in prosecuzione diretta con la prima psichiatria di Charcot - come correlata alla biologia femminile (fluttuazione ormonale e così via) e ai tratti della personalità (passività, bassa autostima, dipendenza).

La pratica medica attuale svolge solo un tipo di azioni basate, principalmente, sui farmaci somministrati con lo scopo di modificare l'attività dei neurotrasmettitori per migliorare il tono dell'umore e, quindi, lo stato di depressione. Tale pratica non prende in sufficiente considerazione quei fattori ambientali che hanno causato o causano l'insorgenza di problemi di depressione e che potrebbero comportare un cambiamento nello stile di vita.

La ricerca e gli interventi psico-sociali attuali si concentrano, al contrario, sulle condizioni di vita femminili attraverso una prospettiva spesso settoriale, con risultati contrastanti. Per esempio, fattori come essere casalinga, avere un lavoro fuori casa, essere sposati, essere donne single, presenza o assenza di bambini sono tutti considerati, alcune volte, come fattori di rischio e, altre volte, come fattori di protezione.

E' necessario allora considerare non tanto le singole declinazioni psico-sociali dell'esser donna ma il ruolo femminile nel suo complesso e la posizione sociale che la donna occupa nella società con le sue conseguenze di minor potere e maggiore esposizione alla violenza altrui (in primis quella del partner nelle relazioni familiari).

Su questa direzione si esprime anche l'OMS quando afferma che:

Il genere è una determinante critica della salute mentale e delle malattie mentali (Gender is a critical determinant of mental health and mental illness) . Depressione, ansia, disagio psicologico, violenza sessuale, violenza domestica e tassi di aumento dell'uso di sostanze colpiscono le donne in misura maggiore rispetto agli uomini in Paesi diversi e in contesti diversi. Le pressioni create dai loro molteplici ruoli, dalla discriminazione di genere e dai fattori associati alla povertà, fame, malnutrizione, lavoro eccessivo, violenza domestica e abuso sessuale, si combinano per spiegare la scarsa salute mentale delle donne. Esiste una relazione positiva tra la frequenza e la gravità di tali fattori sociali e la frequenza e la gravità dei problemi di salute mentale nelle donne. Gli eventi gravi della vita che causano un senso di perdita, inferiorità, umiliazione o intrappolamento possono predire la depressione [...] Depression, anxiety, somatic symptoms and high rates of comorbidity are significantly related to interconnected and co-occurrent risk factors such as gender based roles, stressors and negative life experiences and events [...] Gender specific risk factors for common mental disorders that disproportionately affect women include gender based violence, socioeconomic disadvantage, low income and income inequality, low or subordinate social status and rank and unremitting responsibility for the care of others (WHO, Gender and Women's Mental Health 2018 https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/).

Le proposte e le implicazioni pratiche della ricerca sul campo

Cosa significa che il genere è una determinante critica della salute mentale e delle malattie mentali? Il genere femminile è solo uno dei vari fattori intervenienti, come il livello sociale, occupazionale, ecc.?

La risposta è: NO

- Perché l'indicatore di genere femminile è sempre coinvolto in tutti gli altri indicatori: le donne hanno il più basso tasso di occupazione, il più alto tasso di povertà, di isolamento, vedovanza, invalidità in età avanzata e maggiori problemi nell'adolescenza. Tutti fattori implicati nell'insorgenza della depressione che, quando non declinati secondo il genere, creano una moltiplicazione fittizia di gruppi a rischio: disabili, inoccupati, vedovi, ecc.

Senza una corretta impostazione della ricerca capace di valutare che la sommatoria di tutti i fattori di rischio porta alla prevalenza (per la depressione e altri disturbi psichici) del genere femminile in ogni età e condizione sociale, sarà difficile sviluppare un piano

di prevenzione che argini l'aumento dei tassi di depressione generale nella popolazione in Italia, in Europa, nel mondo.

Manca questa visione unitaria sui fattori di rischio che mostri la presenza femminile in ogni sotto gruppo di fattori, e ciò succede:

- perché la raccolta dei dati non è disaggregata per sesso in ogni variabile. Per questo motivo si possono modificare in maniera inesatta i differenti gruppi di rischio; in realtà il principale gruppo di rischio è uno: le donne. In effetti, le donne sono la maggioranza tra i vecchi e i disabili, gli adolescenti, i vedovi e così via.

Tutti i fattori di rischio spalmati in una serie di condizioni si possono unificare in un unico fattore di rischio, ovvero, l'essere donna in questa società dove il potere sociale ed economico non è equamente distribuito tra uomini e donne, e dove le donne in omaggio allo status quo sono tenute con violenza in una condizione di sottoposizione (preambolo della Convenzione di Istanbul, 2011).

Il minor potere sociale delle donne è segnato poi dal ruolo materno che le carica di quello stress aggiuntivo di cui gli uomini non soffrono. Il lavoro materno è infatti, un carico di materiale e di responsabilità, pressoché illimitato e senza confronti con altri lavori, verso i bambini e verso gli altri componenti della famiglia; è un lavoro in cui la donna non si sente mai sufficientemente adeguata ed è un lavoro in cui viene fortemente criticata e giudicata in negativo.

Alla fine è proprio il carico di lavoro materno che costituisce quel fattore di rischio specifico per la depressione femminile, unitamente alla violenza maschile. Dal carico di lavoro materno e passando per la violenza, la donna entra nella esperienza di ridurre le proprie aspettative, i propri progetti di autoaffermazione a vantaggio di quella funzione così detta materna di 'essere al servizio delle esigenze altrui', andando a ledere la propria autostima che la porta poi a sentirsi inutile, stanca senza energie, senza futuro, in una parola, che la porta in depressione.

Di conseguenza, se si acquisisce questa visione unitaria sui fattori di rischio per la depressione femminile, se si riesce a collegare tra loro tutti i fattori di rischio che incidono in modo unitario sulla vita di una donna, avremo che l'appartenenza al genere femminile, l'essere donna, diviene il fattore centrale e determinante per la prevenzione della patologia all'interno della popolazione generale.

Il genere femminile così dovrebbe uscire dal complesso delle ricerche fin qui tracciate che lo vede portatore di un rischio maggiore rispetto al genere maschile, e

divenire l'obiettivo principale di un programma di prevenzione per ridurre l'impatto della malattia sulla popolazione generale.

Una prevenzione a misura di donna

Al fine di raggiungere questo obiettivo, la prevenzione dovrebbe essere sensibile al genere e rivolta principalmente ai soggetti più vulnerabili: ragazze adolescenti e donne (tra i 15 ei 44 anni di età). In questa gamma di età ci si dovrebbe concentrare su: donne con bambini; donne disoccupate, donne isolate, donne violentate e maltrattate; e anche poi le donne di età superiore a 44 anni, vedove, ecc.

I programmi di prevenzione dovrebbero essere incentrati su nuovi fattori di rischio legati alla vita quotidiana delle donne, essendo questi responsabili della loro scarsa salute:

- **stress** legato al doppio lavoro e al sovraccarico familiare;
- **burn-out** relativo alla maternità, alla cura totalizzante degli altri a discapito/negazione della cura personale;
- **violenza** (domestica / socio-ambientale) con incidenza sulla riduzione dell'autostima (Reale, 2007).
- **Lo stress sul lavoro** può essere definito come le risposte fisiche ed emotive dannose che si verificano quando i requisiti del lavoro non corrispondono alle capacità, alle risorse o ai bisogni del lavoratore. Lo stress da lavoro può portare a problemi di salute e persino a lesioni.

The effects of job stress on chronic diseases are more difficult to see because chronic diseases take a long time to develop and can be influenced by many factors other than stress. Nonetheless, evidence is rapidly accumulating to suggest that stress plays an important role in several types of chronic health problems, especially cardiovascular disease, musculoskeletal disorders, and psychological disorders (NIOSH, 1999 pag.10).

Le donne soffrono di stress sul lavoro più degli uomini. Il loro stress è causato da: lavori frenetici, richieste conflittuali o elevate, basso controllo sul ritmo del lavoro o su come svolgere compiti. Inoltre, come sappiamo, un fattore di rischio molto importante per le donne, diversamente dall'uomo, sono lo stress e la tensione collegati al doppio carico di lavoro per la famiglia e per il mercato del lavoro.

Nella ricerca medica e nella pratica clinica, viene data grande importanza al lavoro come fattore di rischio principale nell'analisi, nella prevenzione e nel trattamento delle malattie degli uomini, ma per le donne viene prestata poca attenzione a questo fattore o ad altre condizioni di vita. In particolare, poca o nessuna attenzione è data alla coesistenza per le donne di una pluralità di ruoli, responsabilità e compiti legati alla loro vita professionale e familiare. Il rischio di malattie fisiche e mentali viene negato e non sono disponibili parametri utili per misurare la pericolosità e la soddisfazione del lavoro familiare.

- Il **burn-out** è uno stato di esaurimento fisico, emotivo e mentale, è un periodo di eccessiva fatica sul lavoro, mentre si riscontra un recupero troppo esiguo. È causato da alte aspirazioni spesso irrealistiche, da obiettivi illusori e impossibili. Le aspirazioni irrealistiche e le aspettative sono destinate al fallimento e alla frustrazione. I lavoratori, coinvolti nelle professioni d'aiuto, che hanno interazioni frequenti, intense o emotivamente cariche con gli altri (i pazienti per gli esercenti una professione sanitaria) sono più suscettibili di burn-out.

La maternità, con le sue alte aspirazioni, presenta lo stesso rischio delle professioni d'aiuto, ma il rischio non è riconosciuto. E non viene analizzato nei procedimenti diagnostici.

L'analisi dell'essere madre si deve concentrare su caratteristiche quali: sovraccarico della responsabilità personale, grandi aspettative, modelli perfetti, dipendenza dalla soddisfazione dei bisogni degli altri, tutte cose ad alto rischio di burn-out.

Quindi, la maternità e il lavoro familiare, con il suo carattere di prendersi cura degli altri in contrapposizione alla cura di se stessi, possono essere ben considerati come fattori di rischio specifici per la salute mentale delle donne e in particolare per la depressione.

Per questo motivo una madre può andare in burn-out più frequentemente di altri operatori di aiuto: ogni volta che si sente sopraffatta e incapace di soddisfare le continue richieste di cure degli altri (figli e altre persone del contesto familiare).

- La **violenza** è lo strumento più tipico di pressione sulle donne; l'attore prevalente è un partner intimo. La violenza può assumere varie forme come:

- violenza sessuale sotto forma di stupro;
- violenza fisica, minacce e isolamento;

- violenza verbale e psicologica (insulti, svalutazione e negazione dell'autonomia e impedimento all'esercizio della libertà personale)

A casa, la donna è soggetta a violenza verbale e psicologica che consiste in abusi e giudizi critici che tendono a ridurre la sua autostima, la sua autonomia e la sua sicurezza.

Quando una donna mantiene il rapporto con il partner violento e si sottomette alle sue richieste e ai suoi comportamenti; le conseguenze sono:

- si sente disprezzata e priva di valore;
- è costretta ad aumentare i suoi compiti o ad occuparsi di compiti spiacevoli, conformandosi ai desideri e agli ordini del partner;
- tende a limitare, anche a negare i propri bisogni.

La maggior parte dei casi di depressione femminile si riferisce a donne che si sentono in colpa per essere state insultate o aggredite.

L'uso della violenza come forma di pressione nella vita di tutti i giorni è l'altro fattore di rischio specifico per la depressione nelle donne, ma anche questo non è sufficientemente riconosciuto dagli operatori sanitari come eziologia frequente nella depressione ed in altre patologie.

In sintesi:

Ogni fattore di rischio ha caratteristiche specifiche nelle varie fasi della vita delle donne: adolescenza, maternità, menopausa e vecchiaia.

Ma le donne e gli operatori sanitari non riconoscono lo stress, il burn-out o le conseguenze della violenza come fattori di rischio per la salute mentale. Di conseguenza, le donne spesso sopportano questi fattori di stress per lungo tempo e in questo modo abbassano i loro fattori di protezione (autostima, sostegno sociale, interessi personali e risorse).

La prevenzione deve adattarsi ai bisogni delle donne ed è necessario concentrare la ricerca e la pratica medica su questi fattori di rischio.

Attuare una buona prevenzione

Nel campo della salute mentale la sottovalutazione dei fattori di rischio nella vita quotidiana e l'eccessiva valutazione dei fattori biologico-ormonali hanno privato le donne di una prevenzione adeguata.

Oggi: la ricerca, la pratica medica, i servizi sanitari devono mirare all'organizzazione di piani informativi incentrati su questi fattori di rischio specificamente collegati alla vita quotidiana femminile

Una buona prevenzione è quella in grado di individuare i fattori di rischio, avviare da essi i corrispondenti fattori di protezione e trasferirli in un'informazione appropriata.

La prevenzione primaria dovrebbe essere focalizzata su fattori ambientali e socio-relazionali. Questi sono fattori su cui è possibile intervenire prima che il sovraccarico di pressioni si trasformi in una patologia.

La prevenzione consiste principalmente nel dare informazioni corrette e ampie sui processi coinvolti nell'ammalarsi e anche, nella direzione opposta, fornire i fattori protettivi.

Deve rivolgersi principalmente a:

- donne, ragazze adolescenti, insegnanti, operatori di servizi sanitari, operatori sociali.

Donne

L'obiettivo dell'approccio informativo è di aumentare la consapevolezza delle donne su:

- combattere lo stress, l'affaticamento e la stanchezza predittori della depressione;
- combattere il modello 'di sovraccarico materno', cioè quello di addossare alle donne ogni responsabilità che riguarda la soddisfazione delle esigenze e dei bisogni altrui;
- reagire contro la violenza familiare ed i maltrattamenti psicologici.

Strumenti di prevenzione per le donne:

- centri di ascolto, stage di formazione, gruppi di sostegno sociale e psicologico, gruppi di auto-aiuto, ecc.

Con l'obiettivo di:

- aumentare la capacità delle donne di comunicare ed esprimersi emotivamente; in particolare nella violenza domestica;
- aumentare la capacità di analizzare il proprio stile di vita ed i propri modelli di comportamento;

- migliorare la fiducia in se stessi e la propria autostima.

Adolescenti; personale docente

Secondo le statistiche internazionali, l'adolescenza è l'età in cui inizia l'aumento dei disturbi mentali nelle donne.

Per questo motivo, è importante organizzare incontri con insegnanti e genitori che mirino a migliorare i comportamenti salutari attraverso misure rivolte alle ragazze pre-adolescenti ed adolescenti:

- supporto all'autonomia personale;
- educazione all'affettività;
- aumento del rapporto con i pari, con lotta a comportamenti di bullismo e di discriminazione sessuale;
- rafforzamento degli interessi personali, delle abilità e dei progetti;
- miglioramento delle risorse, immagine di se stesse e autostima (Reale et al., 2001).

Operatori della salute

E' importante sviluppare seminari e incontri rivolti a operatori sanitari che entrano in contatto con i disturbi psichici delle donne, al fine di:

- combattere i pregiudizi.

Le fasi biologiche e il sistema riproduttivo della donna (menarca, gravidanza, parto, post-parto, menopausa) non sono cause appropriate o fattori di rischio per spiegare la morbilità femminile. Contrariamente, il ruolo sociale della donna, subordinato e dipendente, doppio lavoro, carico familiare e pressioni, violenza da partner, sono le cause appropriate dell'aumento della malattia mentale tra le donne.

- Promuovere un approccio clinico:

è necessario spiegare e analizzare con lo strumento medico (anamnesi, valutazione diagnostica, prognosi) il collegamento tra malattia mentale e fattori di stress specifici della vita quotidiana femminile (esperienze di violenza, sovraccarico di lavoro, stress materno e attitudine culturale a prendersi cura degli altri).

Riteniamo che sia importante per raggiungere questi obiettivi l'organizzazione di un programma di formazione specifico rivolto a medici di famiglia, psichiatri, psicologi e altri operatori socio-sanitari, finalizzato a:

- ridurre l'abuso di farmaci
- stimolare un approccio medico e psicologico in grado di spiegare la connessione tra malattia mentale e vita quotidiana;
- comprendere le fasi della vita delle donne (adolescenza, maternità, menopausa e vecchiaia) come fasi di aumento dei fattori di rischio psicosociale.

Operatori sociali

Le donne hanno un carico familiare molto pesante: tutte le politiche di sostegno sociale ed economico devono essere indirizzate e concentrate su di loro se si vuole raggiungere l'obiettivo di ridurre il carico di malattia riferito ai disturbi neuro-psichiatrici.

Implementare una prevenzione adeguata

Per una prevenzione adeguata, occorre sviluppare gruppi di lavoro locali, nazionali ma anche di scambio internazionale per le buone prassi finalizzate a:

- definire strategie comuni per la prevenzione delle malattie mentali nelle donne;
- attuare la formazione degli operatori sanitari;
- identificare stili di vita correlati al benessere;
- definire criteri e indicatori per la valutazione delle buone prassi nei servizi di salute mentale;
- elaborare e diffondere linee guida orientate al genere per la conoscenza dei fattori di rischio/protezione nella vita quotidiana delle donne da utilizzare nelle campagne di prevenzione ed informazione;
- evitare la prescrizione di psicofarmaci in età infantile come prevenzione primaria.

Come lanciare una sfida per avviare una prevenzione adatta per le donne?

La prevenzione dovrebbe avere la priorità in qualsiasi sistema sanitario, per qualsiasi patologia, tuttavia nel campo delle malattie mentali notiamo una mancanza di interesse nello sviluppo di studi e indicazioni sulla prevenzione primaria. Questa mancanza di interesse danneggia in special modo le donne, poiché hanno molti fattori di rischio ambientali e psico-sociali su cui è possibile agire (stress e violenza in campo familiare, lavorativo e sociale).

La prevenzione oggi presente è impropria perché collegata alla raccomandazione di iniziare l'assunzione di farmaci il prima possibile, cioè, al primo sintomo, anche durante l'adolescenza; e poi di evitare interruzioni e portare avanti l'assunzione di farmaci per lunghi periodi di tempo, creando spesso cronicità e dipendenza! Al fine di combattere e prevenire i disturbi mentali, deve essere data priorità al riconoscimento di una "emergenza femminile" riguardante in particolare la depressione. È necessario riconoscere che questa tendenza all'aumento della depressione nel mondo è dovuta alla mancanza di adeguate strategie di prevenzione e di appropriati trattamenti clinici che riguardano le donne.

Si deve riconoscere che la sotto-valutazione dei rischi nella vita quotidiana femminile priva le donne di importanti prospettive di prevenzione e di trattamenti appropriati e che il trend della patologia (non fermata da piani di prevenzione a misura di donna) di conseguenza saranno in aumento nei prossimi anni.

Bibliografia

Albert, Paul (2015) *Why is depression more prevalent in women?*, J Psychiatry Neurosci. Jul; 40(4): 219–221.

Alonso, Juan et al. (2004) *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand: 109 (Suppl. 420): 21–27.

Brown, George & Harris, Tirril (1978) *Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women*, Tavistock Press, N.Y.

Campbell, Jacquelyn et al. (1996) *Depression in battered women*, Journal of the American Medical Women's Association (1972) 51(3):106-10 · May.

Campbell, Jacquelyn et al. (1997) *Predictors of depression in battered women*, *Violence Against Women*, 3(3), 271-293.

Cyranowski, Jill et al. (2000) *Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model*. *Arch Gen Psychiatry*. Jan; 57(1):21-7.

De Girolamo, Giovanni et al (2005) *Prevalence of common mental disorders in Italy, risk factors, health status, and utilization of health services: the ESEMeD-WMH project*. *Epidemiol Psichiatr Soc*;14 (4 Suppl.):1-100.

De Girolamo, Giovanni et al., (2006) *Prevalence of common mental disorders in Italy. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) 41:853–861.

EWCS - European Working Conditions Survey , (2007) *The Fourth European Working Conditions Survey, 2005*, Luxembourg.

Ferrari, Alize et al. (2013a) *Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, *PLOS Medicine* 10(11), 5.

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547>

Ferrari, Alize et al. (2013b) *The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010*, *PLOS ONE* , 1 July , Volume 8 , Issue 7.

Harkness Kate et al., (2010) *Gender Differences in Life Events Prior to Onset of Major Depressive Disorder: The Moderating Effect of Age*, *J Abnorm Psychol*. Nov; 119(4): 791–803.

Hegarty, Kelsey (2011) *Domestic violence: the hidden epidemic associated with mental illness*, *The British Journal of Psychiatry* 198, 169–170.

Heise, Loris & Garcia-Moreno, Claudia (2002) *Violence by intimate partners in: World Report on Violence and Health*, WHO.

Howard, Louise et al. (2010) *Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions*. *Psychol Med*. Jun;40(6):881-93.

Howard, Louise (2012) *Domestic violence: its relevance to psychiatry*, *Advances in Psychiatric Treatment*, Volume 18, Issue 2

Howard, Louise et al. (2013) *Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *PLoS Med.*; 10(5) 2013 May.

Karakula-Juchnowicz, Hanna et al, (2017) *Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence*, Psychiatr Pol. Feb 26;51(1):63-74.

Kessler, Ronald et al. (1993) *Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence*, Journal of Affective Disorders, Volume 29, Issues 2–3, October–November.

Kessler, Ronald et al. (1994) *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry. Jan;51(1):8-19.

Kessler Ronald et al. (2005) *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry. 62(6):592-602. In: U.S. Department of Health and Human Services' Office on Women's Health; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Action Steps for Improving Women's Mental Health*, 2009.

Kessler, Ronald et al. (2013) *The Epidemiology of Depression Across Cultures*, Annu. Rev. Public Health. 34:119–38

Kovess, Viviane et al. (2004) *The state of mental health in the European Union*, European Commission, DG Health and Consumer Protection, Luxembourg.

Marcus, Marina et al. (2012) *Depression A Global Public Health Concern*, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. In: World Federation for Mental Health *DEPRESSION: A Global Crisis* , World Mental Health Day, 10 October.

Muscettola, Giovanni (2001) *disturbi psichici e differenze di genere: implicazioni psicopatologiche e terapeutiche*, in: Una salute a misura di Donna, Dipartimento Pari Opportunità, Roma.

NIOSH - The National Institute for Occupational Safety and Health (1999) *Stress at work*, U.S. Department of Health and Human Services, Publication No. 99-101

Nobel, Rudolf (2005) *Depression in women*, Metabolism. May;54(5 Suppl 1):49-52.

OSHA- EU, European Agency for Safety and Health at Work (2004) *Gender issues and diversity in occupational safety and health*, First Conference of Director Generals Dublin, April 18th – 20th.

Piccinelli, Marco & Gomez Homen, Francesca (1997), *Gender differences in the Epidemiology of affective Disorders and Schizophrenia*, Nation for Mental Helath, WHO, Geneva.

Reale, Elvira et al. (1982) *Malattia mentale e ruolo della donna, dall'esperienza pratica ad una nuova teoria del disagio femminile*, Collana del CNR, Il Pensiero scientifico editore, Roma.

Reale, Elvira et al. (1998) *Stress e vita quotidiana della donna: un'indagine sperimentale sui rischi di malattia*, Progetto finalizzato stress, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Roma.

Reale, Elvira et al. (2001) *Maschio e femmina; i principali fattori di rischio nell'adolescenza*, Progetto finalizzato, Regione Campania.

Reale, Elvira (2007) *Prima della Depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne*, Ed. F. Angeli, Milano.

Reale, Elvira & Carbone, Umberto (2009) *il genere nel lavoro*, Franco angeli, Milano.

Rose, Diane et al (2011) Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):189-94.

Rotermann, Michelle et al. (2014) *Prescription medication use by Canadians aged 6 to 79*. *Health Reports*. 25:1–9. Available: www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014006/article/14032-eng.pdf

Trevillion, Kylee, et al. (2012) *Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS ONE* 7(12): e51740, 26.12.

Trevillion, Kylee et al. (2014) *Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis*, *Int Rev Psychiatry*. Aug; 26(4): 430–444.

Weissman, Myrna et al. (1993) *Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives*. *J Affect Disord*. Oct-Nov;29(2-3):77-84.

Weissman, Myrna (1996) *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder* *JAMA*;276(4):293-299

Whiteford, Harvey et al.(2013) *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*. 2013;382:1575–86.

Whiteford, Harvey et al. (2015) *The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010*. *PLoS ONE* 10(2): e0116820.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320057/>

WHO (1999) *The world health report 1999: Making a difference*.

WHO (2002) *Gender Disparities In Mental Health*, World Health Organization Department Of Mental Health And Substance Dependence, WHO.

WHO (2004) *The World Health Report 2004, Burden of disease in DALYs estimates for 2002*

WHO (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, World Health Organization

WHO (2013a) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence*, World Health Organization.

WHO (2013b) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*, WHO Clinical and policy guidelines.

WHO (2017) *Fact sheet*, Updated February.

WHO (2018) *Gender and women's Mental Health*

http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2005) *Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies*, *European Neuropsychopharmacology* 15 357 – 376.

Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2011) *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679.

Elvira Reale è una psicologa, specialista in salute mentale delle donne (già direttore di un servizio pubblico per la salute mentale delle donne); responsabile del centro anti-violenza presso il pronto Soccorso dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, Direttrice scientifica dell'Associazione salute donna; Coordinatrice scientifica del master presso l'università, Luigi Vanvitelli, di Napoli su "violenza di genere sulle donne e percorso rosa in pronto soccorso"; autrice di numerosi libri e articoli tra cui: " Prima della depressione, manuale di prevenzione dedicato alle donne" Franco Angeli editore, Milano 2007.

Elvira Reale is psychologist head, psychotherapist, specialist in women mental health (past director of public service of women mental health); responsible anti-violence health sector at the Emergency Department in the "Cardarelli" Hospital in Naples; Scientific Director of Association Woman Health; Scientific Coordinator of Master, Naples University: " Gender violence and Pink Pathway in Emergency Department";

Author of many books and articles, including: *Before the depression. Prevention manual dedicated to women*, Edited by Franco Angeli, Milan 2007.

Vittoria Sardelli, laureata in Psicologia e Filosofia, è psicologa e psicoterapeuta. È Direttore dell'Unità di Psicologia Clinica del Distretto Sanitario n.26, nell'Asl Napoli 1 Centro. È esperta nella prevenzione e nella cura dei disturbi mentali prevalenti nelle donne e negli adolescenti. Si occupa della prevenzione della violenza e dell'elaborazione del trauma da violenza di genere. È autrice e coautrice di numerose pubblicazioni sul disagio psichico e sulla violenza di genere, è relatrice in convegni scientifici su tematiche.

Vittoria Sardelli, graduated in Psychology and Philosophy, is a psychologist and a psychotherapist. She is Director of the Clinical Psychology Unit of the Health District n.26, in the Local Health Company in Naples ("ASL Napoli 1 Centro"). She is an expert in the prevention and in the treatment of prevailing mental disorders in women and in adolescents. She takes care of the violence prevention and of the elaboration of gender violence trauma. She is the author and co-author of many publications on mental illness and gender violence. She is a speaker in scientific conferences on these topics.

Carla Cuccurese, psicologa e psicoterapeuta con formazione specifica per la prevenzione della violenza contro le donne. Psicologa presso servizi specializzati per le donne vittime di violenza (attualmente presso il Centro Antiviolenza di Napoli). Psicologa presso l'ospedale Cardarelli di Napoli per il "percorso rosa".

Carla Cuccurese, psychologist of Women Health Association and psychotherapist with specific training for the prevention of violence against women. Psychologist at specialized services for women victims of violence. Psychologist advisor for the "pink path" at Cardarelli Hospital in Naples.

Virginia D'Angelo, psicologa e psicoterapeuta con formazione specifica nel trattamento delle donne vittime di violenza e nel trattamento dei minori vittime di abusi sessuali. Segretaria dell'Associazione Salute Donna. È Consulente Tecnico del Tribunale Penale di Napoli e Consulente Tecnico d'Ufficio del Tribunale Civile di Napoli.

Virginia D'Angelo, psychologist and psychotherapist with specific training for the treatment of women victim of violence and for children victims of abuse. Secretary of Association Woman Health. She is Technical Adviser of Naples Criminal Court and Technical Office Consultant of Naples Civil Court.