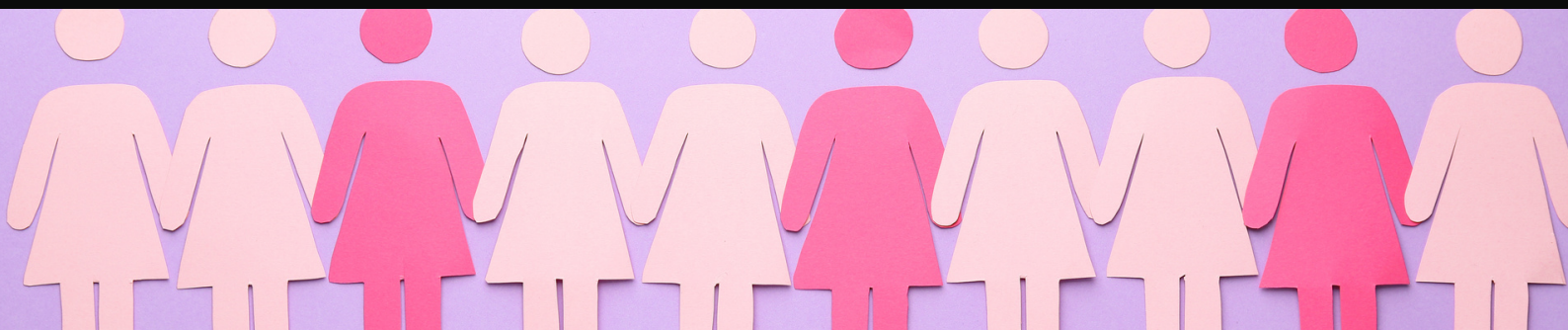




Donne Invisibili: Salute Mentale e Stigma di Genere in Italia

Superare stigma e disparità di genere per una psichiatria equa, efficace e attenta ai bisogni delle donne

Eleonora Caiazza

8 Marzo 2025

La salute mentale delle donne rappresenta una sfida cruciale che coinvolge non solo le istituzioni sanitarie e accademiche, ma l'intera società. Le donne affrontano condizioni emotive e psicologiche fortemente condizionate dall'interazione dinamica tra fattori biologici, psicologici e socioculturali. Questa complessa intersezione influenza profondamente non solo la manifestazione dei disturbi, ma anche la capacità delle donne di ottenere cure appropriate e tempestive. La prospettiva di genere nella psichiatria si rivela indispensabile per comprendere pienamente queste differenze. È infatti dimostrato che le donne soffrono con maggiore frequenza di disturbi come depressione, ansia, disturbi alimentari e disturbo da stress post-traumatico. Sebbene fattori biologici quali le fluttuazioni ormonali abbiano un ruolo, le cause principali risiedono spesso in condizioni sociali e culturali, quali discriminazioni strutturali, disparità economiche, violenza di genere e stereotipi di ruolo.

In particolare, il cosiddetto "carico mentale", derivante dalla necessità di gestire simultaneamente carriera e responsabilità familiari. Le donne occupate dedicano in media 5 ore al lavoro familiare ogni giorno, 2 ore e 20 minuti in più rispetto agli uomini della stessa fascia d'età. L'elevata mole di lavoro domestico e di cura grava fortemente sul loro tempo libero e contribuisce a determinare livelli elevati di stress, stanchezza e insoddisfazione personale (ISTAT, 2019; Centro Documentazione Donna Modena, 2015). Nel contesto italiano, queste problematiche assumono sfumature peculiari: le donne affrontano ancora oggi aspettative radicate in modelli tradizionali che influenzano fortemente il loro benessere mentale. Il permanere di atteggiamenti sessisti e il fenomeno della violenza di genere contribuiscono ulteriormente all'aggravarsi delle condizioni psichiatriche. Nonostante gli importanti progressi nel Servizio Sanitario Nazionale, l'assistenza psichiatrica non è ancora



pienamente adattata alle esigenze specifiche delle donne, spesso limitandosi a interventi farmacologici a scapito di un approccio integrato psicosociale (Ussher, 2023). La conseguenza è una frammentazione dei percorsi terapeutici e una difficoltà strutturale nel riconoscere e affrontare efficacemente il disagio mentale femminile.

In occasione della Giornata Internazionale della Donna, è fondamentale portare alla luce l'intersezionalità tra genere, stigma e salute mentale, soprattutto per le donne con diagnosi psichiatriche. Essere una donna con un disturbo mentale significa affrontare una duplice marginalizzazione: il pregiudizio relativo alla propria condizione psichiatrica e quello derivante dall'identità di genere. Studi recenti confermano che le donne con gravi disturbi psichici sono significativamente più esposte a violenze fisiche, psicologiche e sessuali rispetto alla popolazione generale, un fenomeno purtroppo ancora poco discusso e affrontato nel nostro Paese (Uvelli et al., 2024; Oram, Khalifeh, & Howard, 2023; Kumar, Nizamie, & Srivastava, 2013).

La storia della medicina ha spesso minimizzato il dolore psicologico femminile, attribuendo le manifestazioni di sofferenza mentale a caratteristiche innate di fragilità emotiva, piuttosto che riconoscere autentiche condizioni cliniche. Questo atteggiamento persiste ancora

oggi, causando ritardi diagnostici e trattamenti spesso superficiali o eccessivamente medicalizzati, privi di un reale supporto psicologico e sociale (Nami, 2024; Ussher et al., 2023).

Un aspetto spesso ignorato riguarda inoltre le donne caregiver, le quali assumono prevalentemente il compito di assistere familiari con disturbi psichiatrici, senza un supporto istituzionale adeguato. Tra il 60% e l'80% dei prestatori di assistenza informale sono donne e molte di loro soffrono di burnout, isolamento sociale e cattiva salute fisica e mentale a causa della mancanza di un supporto adeguato (Eurocarers, 2022). Questa responsabilità invisibile ha conseguenze significative sulla loro salute fisica e mentale, aumentando i rischi di burnout, depressione e isolamento sociale (Eurocarers, 2022; Censis, 2023).

Questo articolo approfondisce dunque le specificità della salute mentale femminile, mettendo in luce le barriere e le sfide esistenti nel contesto italiano, con l'obiettivo di offrire un quadro esaustivo e raccomandazioni concrete per politiche sanitarie inclusive, preventive e terapeutiche, capaci di rispondere con efficacia alla complessità della condizione femminile nella psichiatria contemporanea.

Contesto Storico e Sociale delle Donne nella Psichiatria

La relazione storica tra donne e psichiatria riflette un lungo percorso di pregiudizi, incomprensioni e discriminazioni che hanno lasciato segni profondi e ancora visibili nell'approccio terapeutico odierno. A partire dall'Ottocento, la figura femminile è stata frequentemente associata alla fragilità emotiva e all'instabilità mentale, attraverso diagnosi come l'isteria, utilizzata per etichettare e marginalizzare comportamenti e sentimenti che sfuggivano agli standard imposti dalla società patriarcale. Tale diagnosi, fortemente stigmatizzante, ha permesso per decenni di giustificare trattamenti estremi, quali il ricovero forzato in manicomi e l'applicazione di terapie invasive, spesso senza consenso e contro la volontà delle pazienti (Ussher, 2017; Tasca et al., 2012).

Nel contesto italiano, fino alla storica legge Basaglia del 1978, che decretò la chiusura degli ospedali psichiatrici, le donne rappresentavano una percentuale significativa dei ricoveri coatti. Spesso, le ragioni del loro internamento non erano strettamente psichiatriche, ma derivavano da ribellioni alle rigide norme sociali del tempo o da conflitti familiari, relegando la psichiatria a uno strumento di controllo sociale piuttosto che di cura autentica. L'eredità di questo modello paternalistico è evidente ancora oggi nella frequente minimizzazione dei sintomi femminili, con diagnosi frettolose e stereotipate di disturbi "psicosomatici" o legati a una presunta emotività eccessiva (Ussher, 2017; Tasca et al., 2012).

Negli anni Sessanta e Settanta, il movimento femminista internazionale ha avviato un rocesso cruciale di revisione critica di queste pratiche.

In particolare, negli Stati Uniti e in Europa, gruppi femministi e intellettuali come Phyllis Chesler e Franca Basaglia Ongaro hanno denunciato apertamente la patologizzazione sistematica del femminile nella medicina psichiatrica, portando all'attenzione pubblica la necessità di un cambiamento radicale. Il movimento italiano "Psichiatria Democratica", guidato da Franco Basaglia, si è fortemente intrecciato con le istanze femministe, sottolineando l'urgenza di trattamenti più umani, inclusivi e orientati al rispetto della dignità e della soggettività delle pazienti.

Questa pressione culturale ha condotto a una progressiva, seppur lenta, trasformazione delle pratiche cliniche. Oggi, gli approcci terapeutici iniziano a incorporare maggiormente la prospettiva di genere, integrando considerazioni biologiche con aspetti psicologici, sociali e culturali. Nonostante ciò, le barriere sono tutt'altro che superate. Persistono lacune importanti nella formazione degli operatori sanitari, che non sempre riescono a cogliere e gestire adeguatamente la complessità delle esperienze femminili. Inoltre, l'accesso delle donne a cure psicologiche integrate e personalizzate rimane limitato, specialmente per le fasce più vulnerabili, come donne immigrate, anziane o economicamente svantaggiate.

Per superare definitivamente queste sfide, è essenziale una riflessione profonda sul passato e una presa di coscienza critica del presente. La psichiatria moderna deve evolvere ulteriormente, ponendo al centro delle proprie pratiche non solo la dimensione clinica, ma anche quella etica e sociale.

È cruciale investire in una formazione professionale capace di riconoscere e contrastare i pregiudizi di genere, promuovere una maggiore partecipazione attiva delle pazienti nelle decisioni cliniche e assicurare servizi integrati, accessibili e orientati al benessere globale della donna. Solo così sarà possibile realizzare pienamente la promessa di una psichiatria realmente inclusiva, equa e libera da ogni forma di discriminazione.

Prevalenza ed Epidemiologia dei Disturbi Psichiatrici nelle Donne

La prevalenza dei disturbi psichiatrici nelle donne si configura come un problema sanitario complesso e profondamente radicato, che richiede una lettura attenta delle molteplici interazioni tra biologia, ambiente sociale e fattori clinici specifici. Numerosi studi epidemiologici hanno ormai consolidato la presenza di significative differenze di genere nella manifestazione e nella prevalenza di condizioni psichiatriche, con un'incidenza nettamente maggiore nelle donne per disturbi come depressione, disturbo bipolare, ansia e disturbo post-traumatico da stress (Mundo, 2005). In Italia per esempio, secondo il Presidente Fondazione ONDA, la depressione interessa con un'incidenza più che doppia il sesso femminile nell'arco della vita. Questa maggiore vulnerabilità psichiatrica femminile deriva da un intreccio profondo di fattori biologici, clinici e sociali. Dal punto di vista biologico e clinico, le donne hanno un rischio significativamente più alto di sviluppare comorbidità che complicano notevolmente la diagnosi e il trattamento psichiatrico.

Condizioni autoimmuni come il lupus eritematoso sistemico, l'artrite reumatoide e la sclerosi multipla, significativamente più frequenti nelle donne, presentano forti correlazioni con sintomi depressivi e ansiosi (Hung et al., 2020; Cooper, & Stroehla, 2003).

Svariate revisioni sistematiche sottolineano che la depressione clinica si manifesta in percentuali più alte nelle pazienti con lupus, mentre le donne affette da artrite reumatoide hanno un rischio doppio di sviluppare sintomi depressivi gravi rispetto alla popolazione generale (Moustafa et al., 2020; Zhang et al., 2017; Munce & Stewart, 2007). Questi disturbi autoimmuni e infiammatori non solo peggiorano la qualità della vita ma interferiscono direttamente con la stabilità psichiatrica, creando una condizione clinica complessa in cui i sintomi fisici e psichiatrici si amplificano reciprocamente.

Tuttavia, nonostante le evidenze cliniche disponibili, persiste ancora un forte bias diagnostico, soprattutto per le donne con una storia psichiatrica pregressa (Hallyburton, & Allison-Jones, 2023). In particolare, le donne con disturbo bipolare ricevono spesso diagnosi tardive o scorrette quando presentano sintomi fisici come affaticamento cronico o dolore persistente (Shefer, 2014). Questi sintomi vengono spesso erroneamente interpretati come psicosomatici, ritardando la diagnosi di patologie autoimmuni o neurologiche sottostanti. Tale approccio contribuisce a una pericolosa sottostima delle comorbidità, peggiorando la prognosi e amplificando il rischio di episodi depressivi o maniacali gravi.

Parallelamente, un ulteriore aspetto critico è rappresentato dalle interazioni farmacologiche specifiche del genere femminile. Il CDC (2019) indica che le donne con disturbi psichiatrici com le depressione assume in media cinque farmaci contemporaneamente, con un rischio elevato di interazioni indesiderate (Varani, nd). Ad esempio, uno studio pubblicato su the Lancet (2004) ha evidenziato come la contraccezione d'emergenza (pillola del giorno dopo) possa indurre episodi maniacali nelle donne con disturbo bipolare, a causa del brusco cambiamento ormonale, un rischio raramente discusso nella pratica clinica. Inoltre, la farmacocinetica degli psicofarmaci è influenzata significativamente dalle fluttuazioni ormonali durante il ciclo mestruale, la gravidanza e la menopausa, rendendo cruciale la revisione e l'aggiustamento continuo del trattamento psichiatrico.

Condizioni quali l'endometriosi, la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) e l'ipotiroidismo autoimmune da Hashimoto inoltre, non solo causano problemi fisici, ma possono anche interagire con i farmaci psichiatrici, aumentando il rischio di effetti collaterali. È essenziale, quindi, che ogni variazione o sintomo nuovo venga valutato in modo multidisciplinare, per evitare che il dolore fisico venga erroneamente attribuito esclusivamente al disagio emotivo.

Particolarmente critica è la situazione delle donne durante la gravidanza e il periodo post-partum. Per il disturbo bipolare, alcuni studi stimano una ricaduta durante la gravidanza in circa l'8–18% dei casi (Taylor et al., 2018), il che può peggiorare considerevolmente quando il trattamento viene interrotto o gestito in modo inappropriato.

Questa vulnerabilità è ulteriormente confermata da studi recenti che mostrano come nel post-partum il rischio di ricadute di episodi maniacali o depressivi possa aumentare significativamente, fino al 35% per le pazienti con disturbo bipolare (Wesseloo et al., 2016). Tale dato sottolinea la necessità urgente di un'attenta pianificazione terapeutica, che integri rigorosamente la sicurezza materna e fetale con una gestione clinica esperta e aggiornata.

La complessità terapeutica in gravidanza e allattamento è amplificata dal delicato equilibrio tra i benefici del trattamento psichiatrico e i potenziali effetti avversi sul feto o neonato. Numerosi psicofarmaci, infatti, possono attraversare la barriera placentare o essere secreti nel latte materno, esponendo il bambino a possibili complicanze, inclusi effetti sullo sviluppo neurologico o alterazioni metaboliche. Per esempio, una revisione sistematica di Galbally et al. (2010) evidenzia come farmaci anticonvulsivanti e stabilizzatori dell'umore, spesso utilizzati nel trattamento del disturbo bipolare, possano essere associati a un aumento del rischio teratogeno, richiedendo perciò dosaggi attentamente bilanciati e un monitoraggio scrupoloso dei parametri materni e fetali.

Oltre alla complessità clinica, queste scelte terapeutiche comportano un significativo carico emotivo e sociale, spesso sottovalutato nella pratica clinica. Le donne in gravidanza con disturbi psichiatrici affrontano una doppia pressione costante: da un lato, la necessità vitale di mantenere una stabilità psichiatrica per preservare il proprio benessere e quello del nascituro, dall'altro, un persistente timore che le scelte terapeutiche possano arrecare danni al bambino.

Questa tensione emotiva è frequentemente intensificata dalla presenza di stigma sociale, giudizi negativi da parte dell'ambiente familiare e medico e da una diffusa mancanza di comprensione e supporto adeguato. Molte donne percepiscono una profonda solitudine e senso di colpa, derivanti dalla paura di essere giudicate come "madri inadeguate" o irresponsabili per il semplice fatto di utilizzare farmaci psichiatrici durante la gravidanza o l'allattamento (Dolman et al., 2016).

La presenza di questi giudizi sociali ha conseguenze tangibili sul percorso terapeutico, portando spesso le donne ad assumere decisioni rischiose, come la sospensione autonoma e improvvisa del trattamento, per timore di compromettere la salute del bambino o di essere stigmatizzate. Tali scelte possono causare gravi ricadute psichiatriche con ripercussioni potenzialmente drammatiche. Inoltre, questa dinamica emotiva può contribuire significativamente all'isolamento sociale, aumentando ulteriormente il rischio di depressione post-partum e difficoltà di bonding con il neonato. Diventa quindi essenziale implementare un modello assistenziale multidimensionale che vada oltre la mera gestione farmacologica, integrando pienamente psichiatri specializzati in salute mentale perinatale, ginecologi, neonatologi, internisti ed endocrinologi.

Tale approccio multidisciplinare deve prevedere anche un forte supporto psicologico ed educativo, con programmi di counseling mirati a ridurre il senso di colpa, combattere lo stigma e favorire una comunicazione aperta e priva di pregiudizi tra operatori sanitari, pazienti e familiari.

Diversi studi infatti confermano che un intervento così integrato può significativamente migliorare gli outcome clinici e psicosociali, favorendo una migliore adesione terapeutica e un benessere emotivo stabile (i.e. Sajatovic, Davies & Hrouda, D. R. (2004).).

In conclusione, affrontare la complessità della salute mentale perinatale implica necessariamente riconoscere e gestire la dimensione emotiva e sociale, creando un ambiente terapeutico rispettoso, inclusivo e realmente multidisciplinare. Solo così è possibile assicurare non solo la salute fisica e mentale delle madri, ma anche il benessere a lungo termine delle loro famiglie.

Barriere, Stigma e Discriminazione nell'Assistenza alla Salute Mentale

Nonostante i progressi nel sistema sanitario italiano, le donne che affrontano disturbi psichiatrici continuano a trovarsi intrappolate in una rete complessa di barriere e discriminazioni, alimentate da dinamiche sociali e culturali profondamente radicate. Tali difficoltà non rappresentano semplici carenze strutturali o casuali, ma sono l'espressione di un sistema più ampio che marginalizza sistematicamente l'esperienza femminile, aggravando il disagio mentale e compromettendo l'efficacia dei percorsi terapeutici.

Al centro di questa problematica vi è lo stigma, che colpisce le donne con diagnosi psichiatriche in modo particolarmente pesante. Esse devono affrontare simultaneamente lo stigma associato al loro disturbo e quello legato alla loro identità di genere. Quest'ultimo, ancorato in pregiudizi sociali profondamente radicati, dipinge spesso le donne come emotivamente instabili o incapaci di gestire efficacemente le proprie emozioni. Tale percezione distorta porta a interiorizzare stereotipi negativi, generando un senso di colpa e inadeguatezza che scoraggia molte donne dal cercare aiuto professionale o dal seguire con costanza i trattamenti prescritti. Studi recenti (e. Perich, Mitchell, & Vilus, 2022) evidenziano come questa doppia stigmatizzazione peggiori notevolmente gli esiti clinici e la qualità della vita delle pazienti, creando ostacoli difficilmente superabili senza un supporto sociale e istituzionale mirato.

La dimensione del lavoro e delle responsabilità familiari amplifica ulteriormente queste pressioni. Le donne con disturbi psichiatrici

spesso vivono in una costante tensione tra le aspettative culturali di essere madri perfette, lavoratrici impeccabili e figure socialmente affidabili, e la realtà della loro condizione clinica. Questo genera frequentemente situazioni di sovraccarico emotivo e fisico, con conseguenti discriminazioni concrete sul luogo di lavoro. Le nostre stesse volontarie e direttive riportano in maggioranza aver sperimentato discriminazioni professionali, inclusa la perdita del lavoro o esclusioni arbitrarie da ruoli di responsabilità. Questa situazione compromette non solo l'indipendenza economica, ma anche l'identità personale e sociale delle pazienti, aumentando significativamente il rischio di isolamento e cronicizzazione del disagio.

Parallelamente, la rappresentazione mediatica della donna con disturbi psichiatrici rinforza ulteriormente gli stereotipi negativi già prevalenti nella società. Le narrazioni sensazionalistiche, che spesso dipingono le donne affette da disturbi mentali come "fragili", "instabili" o persino "pericolose", contribuiscono a diffondere un'immagine distorta e stigmatizzante, impedendo lo sviluppo di una cultura empatica e solidale. Molte delle rappresentazioni mediatiche ignora infatti le reali problematiche sociali e psicologiche sottostanti, alimentando paure e pregiudizi che isolano ulteriormente le donne affette da disturbi psichiatrici dalla comunità e dalla rete di supporto.

La violenza di genere aggiunge un ulteriore strato di complessità a questa problematica. Le donne che hanno subito violenze domestiche o sessuali presentano un'incidenza significativamente superiore di disturbi psichiatrici come ansia, depressione e disturbi post-traumatici.

In particolare, le donne depresse hanno una probabilità due volte e mezzo superiore di essere vittime di violenze domestiche, rispetto alle donne senza disturbi mentali. La probabilità è ancora più alta se si considerano i disturbi ansiosi (3 volte e mezzo) e i disturbi post-traumatici (7 volte). Anche donne con disturbo bipolare, ossessivo compulsivo o con disturbi alimentari sembrerebbero essere più frequentemente vittime di violenze rispetto a coloro che non presentano alcun disturbo psichico (Trevillion et al., 2012; Garcia-Moreno 2006). Tuttavia, l'accesso a servizi di supporto psicologico e terapeutico specifici rimane estremamente limitato, soprattutto per donne migranti o appartenenti a minoranze culturali, per le quali le barriere linguistiche, culturali ed economiche si sommano alla già difficile situazione clinica.

In questo contesto, emerge con forza anche la questione delle donne caregiver di pazienti psichiatrici. Queste donne vivono spesso un carico emotivo e fisico invisibile e non riconosciuto, con scarso sostegno istituzionale e sociale, che le rende particolarmente vulnerabili al burnout e a condizioni di salute mentale compromesse. Studi recenti riportano livelli significativamente più elevati di ansia e depressione tra le donne che assistono familiari con gravi disturbi mentali rispetto alla popolazione generale, rivelando una drammatica lacuna nelle politiche sanitarie e sociali italiane (Elmahdi et al., 2011). La formazione sanitaria insufficiente aggrava ulteriormente il quadro: la mancanza di sensibilizzazione specifica verso le problematiche di genere causa diagnosi ritardate o superficiali, specie quando i sintomi fisici delle donne vengono erroneamente attribuiti a manifestazioni psicosomatiche. Questo approccio, radicato in stereotipi inconsapevoli,

porta a gravi ritardi diagnostici e trattamenti subottimali, peggiorando il decorso clinico e aumentando la sfiducia delle pazienti verso il sistema sanitario. Infine, la persistente sottorappresentazione femminile nelle ricerche cliniche e negli studi epidemiologici costituisce una barriera critica nella cura della salute mentale delle donne, ostacolando lo sviluppo di protocolli terapeutici sicuri ed efficaci, specialmente durante periodi delicati come gravidanza e allattamento.

Questa lacuna deriva in parte da una storica sottovalutazione delle differenze biologiche e fisiologiche tra generi, che ha portato per decenni a una prevalenza di studi clinici effettuati prevalentemente su popolazioni maschili. Molte ricerche e revisioni sistematiche si stanno interessando alla sottorappresentazione delle donne nei trial clinici, cifra che si riduce ulteriormente e notevolmente quando si tratta di donne in età fertile o in gravidanza (i.e. Bierer et al., 2022). Le conseguenze di questa carenza di dati specifici sono molteplici e spesso gravi.

Ad esempio, la mancanza di informazioni adeguate sulla farmacocinetica e farmacodinamica degli psicofarmaci nelle donne durante gravidanza e allattamento comporta rischi significativi, come interazioni farmacologiche impreviste, dosaggi subottimali e gravi effetti collaterali. Studi recenti hanno mostrato che la maggioranza degli psicofarmaci più comunemente prescritti non è stato sufficientemente valutato in contesti perinatali, portando i medici a prendere decisioni cliniche basate spesso su dati limitati o inappropriati per la popolazione femminile (Creeley & Denton, 2019).

Questa sottorappresentazione si riflette anche conseguentemente nella distribuzione dei fondi per la ricerca, con conseguenze negative sull'avanzamento della conoscenza scientifica a riguardo. Meno del 25% dei finanziamenti pubblici dedicati alla ricerca sulla salute mentale è specificamente indirizzato a studi che considerano il genere come variabile significativa. Questa scarsità di finanziamenti limita ulteriormente la possibilità di affrontare problemi specifici delle donne, inclusi disturbi psicologici correlati al ciclo mestruale, alla menopausa o a condizioni autoimmuni prevalentemente femminili.

In termini pratici, ciò significa che molte donne si trovano costrette ad assumere farmaci con raccomandazioni generali che non tengono adeguatamente conto delle peculiarità fisiologiche femminili. Un esempio significativo è rappresentato dai trattamenti per il disturbo bipolare, dove farmaci stabilizzanti dell'umore come il litio presentano variazioni significative di efficacia e sicurezza durante la gravidanza, con rischi di malformazioni congenite se non correttamente monitorati e adattati.

Questo quadro evidenzia chiaramente l'urgenza di una revisione radicale delle strategie di ricerca e finanziamento, con un forte impulso verso una maggiore rappresentatività femminile nei trial clinici. Solo attraverso una raccolta di dati rigorosa e inclusiva sarà possibile sviluppare protocolli terapeutici veramente personalizzati e sicuri per tutte le donne, contribuendo così a migliorare concretamente la qualità della vita e l'efficacia terapeutica nella popolazione femminile.

Le testimonianze raccolte quotidianamente da utenti, volontarie e dal direttivo, composto interamente da donne, confermano che questi ostacoli non sono episodi isolati, ma riflettono una realtà condivisa e diffusa.

Affrontare queste problematiche richiede un impegno coordinato e multidimensionale che vada ben oltre il semplice trattamento dei sintomi. È necessario integrare politiche di supporto, una formazione specifica per il personale e garantire un accesso equo a risorse e informazioni, affinché il percorso terapeutico riconosca e valorizzi la complessità delle esperienze femminili, migliorando in modo sostanziale la qualità della vita e riducendo il carico di sofferenza.

Affrontare le Problematiche: Raccomandazioni Politiche e Prospettive Future

Per trasformare profondamente il panorama della salute mentale femminile in Italia, è necessario un impegno coordinato e integrato che coinvolga attivamente istituzioni, professionisti sanitari, associazioni di pazienti e l'intera comunità. Le criticità illustrate precedentemente, infatti, non derivano da singoli fattori isolati, ma da una rete intricata di stigma sociale, disuguaglianze economiche, carenze formative e rappresentanza insufficiente delle donne nella ricerca clinica. Pertanto, interventi frammentari o isolati non possono risolvere un problema così complesso. Innanzitutto, è cruciale promuovere campagne di sensibilizzazione capillari e continuative volte a scardinare gli stereotipi di genere e i pregiudizi sulla salute mentale.

Queste campagne, da realizzare attraverso la collaborazione tra enti locali, scuole, università, media e associazioni, devono valorizzare la complessità e la varietà delle esperienze femminili, favorendo una cultura del rispetto e della comprensione. Utilizzando piattaforme digitali e social media, è possibile raggiungere ampie fasce della popolazione, contribuendo significativamente a ridurre lo stigma e facilitare l'accesso tempestivo alle cure.

Parallelamente, è fondamentale intervenire sulla formazione degli operatori sanitari. Il Ministero della Salute, in collaborazione con le università e gli ordini professionali, deve rendere obbligatori moduli formativi specifici sulle tematiche di genere nella salute mentale, integrati nei programmi universitari e nei corsi di aggiornamento professionale.

Tali moduli dovrebbero comprendere workshop pratici e sessioni interattive con esperti, per sviluppare competenze concrete sulla gestione di disturbi psichiatrici femminili e di situazioni clinicamente complesse come gravidanza e post-partum.

Un altro fronte cruciale riguarda la ricerca clinica. È indispensabile incrementare la rappresentanza femminile negli studi clinici, garantendo che le donne siano adeguatamente incluse e rappresentate in tutte le fasi della sperimentazione. Gli enti finanziatori e le istituzioni di ricerca devono stabilire criteri rigorosi che assicurino la presenza equilibrata di partecipanti donne, specialmente in studi relativi agli psicofarmaci, affinché i dati raccolti siano realmente applicabili nella pratica clinica femminile. Questo consentirà lo sviluppo di linee guida cliniche personalizzate, riducendo il rischio di effetti indesiderati e migliorando significativamente la qualità dell'assistenza.

Dal punto di vista politico e istituzionale, il governo deve assumere l'impegno di colmare le disparità territoriali esistenti tra Nord e Sud, tra città e aree rurali, investendo risorse mirate nelle regioni più svantaggiate. Questi investimenti devono essere orientati a potenziare infrastrutture sanitarie, rafforzare la rete di servizi locali, garantire l'accesso facilitato alla psicoterapia e ai farmaci essenziali, specialmente per le fasce economiche più vulnerabili. Politiche specifiche di sostegno economico e sociale, come agevolazioni per caregiver e supporto alle donne vittime di violenza, devono essere sviluppate e implementate a livello nazionale e regionale. Per garantire l'efficacia e la continuità degli interventi, è cruciale istituire tavoli di lavoro permanenti che coinvolgano

direttamente associazioni di pazienti, gruppi di caregiver, professionisti della salute mentale e rappresentanti istituzionali. Tali tavoli possono operare senza costi aggiuntivi, sfruttando spazi e risorse già disponibili, e hanno il potenziale di facilitare la raccolta di feedback diretti, individuando rapidamente criticità emergenti e adattando le strategie in tempo reale.

Dal punto di vista economico, investire nella salute mentale femminile rappresenta un'opportunità strategica con benefici tangibili per l'intera società. Migliorando la qualità dell'assistenza e la prevenzione, è possibile ridurre drasticamente i costi sanitari derivanti da trattamenti inefficaci o tardivi, limitare l'assenteismo lavorativo e aumentare significativamente la produttività generale. Ad esempio, programmi specifici di psicoeducazione gratuiti destinati alle donne possono aiutare a identificare precocemente i sintomi di disagio mentale, riducendo le necessità di interventi clinici complessi e costosi in futuro.

Corsi di psicoeducazione, facilmente implementabili in contesti comunitari, scuole e centri sanitari locali, non solo promuovono una migliore gestione personale della propria salute mentale, ma contribuiscono anche ad abbattere stigma e isolamento sociale, migliorando così il benessere psicologico complessivo e favorendo una partecipazione più attiva e produttiva nella vita sociale e lavorativa. Secondo Daniela Bianco, Partner di The European House – Ambrosetti e responsabile della Practice Healthcare, TEHA Group, ogni euro investito nella salute mentale può generare fino a 4,7 euro di risparmio nelle spese sanitarie e sociali, grazie alla riduzione delle ospedalizzazioni, minore

ricorso ai servizi di emergenza e alla prevenzione di condizioni croniche e invalidanti. Inoltre, una popolazione femminile mentalmente sana implica una maggiore stabilità familiare, un miglior rendimento lavorativo e un tessuto sociale più coeso, con benefici che si estendono ben oltre la singola paziente e che rafforzano la comunità nel suo complesso.

Infine, per rendere durature le riforme proposte, è essenziale implementare un sistema rigoroso di monitoraggio e valutazione degli interventi. Indicatori specifici devono misurare non solo i risultati clinici, ma anche il grado di soddisfazione delle pazienti, l'efficacia delle campagne di sensibilizzazione e il livello di riduzione delle disparità territoriali. Un sistema sanitario dinamico e adattivo, capace di correggersi in itinere, è cruciale per garantire il successo delle politiche adottate.

In sintesi, l'impegno coordinato e sinergico di tutti gli stakeholders—istituzioni politiche, sistema sanitario, enti di ricerca, professionisti della salute, associazioni e società civile—è fondamentale per generare un cambiamento reale e duraturo. Investire oggi nella salute mentale delle donne significa costruire un futuro più equo, resiliente e produttivo per l'intera società italiana.

Contatti:

Associazione Italiana Bipolari: direttivo@aibp.it
Sito web: www.associazioneitalianabipolari.it

Eleonora Caiazza
Vice Presidente
eleonora.caiazza@aibp.it

Citazioni:

- Bierer, B. E., Meloney, L. G., Ahmed, H. R., & White, S. A. (2022). Advancing the inclusion of underrepresented women in clinical research. *Cell Reports Medicine*, 3(4).
- CDC. (2019, August 14). Prescription Drug Use Among Adults Aged 40–79 in the United States and Canada. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db347.htm>
- Centro Documentazione Donna Modena. (2015). Cddonna. <https://www.cddonna.it/wp-content/uploads/2022/07/report.pdf>
- Cooper, G. S., & Stroehla, B. C. (2003). The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmunity Reviews*, 2(3), 119–125.
- Creeley, C. E., & Denton, L. K. (2019). Use of prescribed psychotropics during pregnancy: A systematic review of pregnancy, neonatal, and childhood outcomes. *Brain Sciences*, 9(9), 235.
- Dolman, C., Jones, I. R., & Howard, L. M. (2016). Women with bipolar disorder and pregnancy: Factors influencing their decision-making. *BJPsych Open*, 2(5), 294–300.
- Elmahdi, M., Kamel, F., Esmael, A., Lotfi, M., Kamel, A., & Elhosini, A. (2011). Burden of care on female caregivers and its relation to psychiatric morbidity. *Middle East Current Psychiatry*, 18(2), 65–71.
- Galbally, M., Roberts, M., Buist, A., & Perinatal Psychotropic Review Group. (2010). Mood stabilizers in pregnancy: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(11), 967–977.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260–1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Hallyburton, A., & Allison-Jones, L. (2023). Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(4), 649–662.
- Hung, H. M., Chen, M. F., & Chen, C. H. (2020). The clinically crucial predictors of depression in women with systemic autoimmune diseases. *Health Care for Women International*, 41(3), 293–307.
- Il Sole 24 Ore. (2025, January 16). Depressione al femminile, 2 milioni di donne colpite in Italia. Il punto in un convegno l'8 marzo a Milano. Il Sole 24 ORE. <https://www.ilsole24ore.com/art/depressione-femminile-2-milioni-donne-colpite-italia-punto-un-convegno-l-8-marzo-milano-AFRu1Qx>
- ISTAT. (2019). I tempi della vita quotidiana – lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere collettivo. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/02/ebook-I-tempi-della-vita-quotidiana.pdf>
- Levinson, M. M., Ono, P., Posada-Villa, S., & Seedat, W. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795.
- McMillan, J., & Hope, T. (2004). The morning after the morning-after pill. *The Lancet*, 363(9417), 1330.
- Mondo, E. (2005). Differenze di genere nel disturbo bipolare: problemi diagnostici e nuove prospettive terapeutiche.

- Moustafa, A. T., Moazzami, M., Engel, L., Bangert, E., Hassanein, M., Marzouk, S., ... & Touma, Z. (2020, February). Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50(1), 84–94.
- Munce, S. E., & Stewart, D. E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48(5), 394–399.
- NAMI. (2024, February 7). Gender bias and the patriarchy's impact on mental health advocacy. <https://www.nami.org/advocate/gender-bias-and-the-patriarchys-impact-on-mental-health-advocacy/>
- Oop. (2025, February 4). Salute mentale, con più risorse benefici economici per oltre 10 miliardi di euro. *Sanità33*. <https://www.sanita33.it/studi-e-analisi/4806/salute-mentale-con-piu-risorse-benefici-economici-per-oltre-10-miliardi-di-euro.html>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–170.
- Perich, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060–1064.
- Sajatovic, M., Davies, M., & Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(3), 264–269.
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms: A qualitative study. *PLoS ONE*, 9(11), e111682.
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8, 110.
- Taylor, C. L., Broadbent, M., Khondoker, M., Stewart, R. J., & Howard, L. M. (2018). Predictors of severe relapse in pregnant women with psychotic or bipolar disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 100–107.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Ussher, J. M. (2017). A critical feminist analysis of madness: Pathologising femininity through psychiatric discourse. In *Routledge International Handbook of Critical Mental Health* (pp. 72–78). Routledge.
- Ussher, J. M. (2023). Women's mental health: A critique of hetero-patriarchal power and pathologization. In *The Palgrave Handbook of Power, Gender, and Psychology* (pp. 437–457). Springer International Publishing.
- Uvelli, A., Ribaudo, C., Gualtieri, G., Coluccia, A., & Ferretti, F. (2024). The association between violence against women and chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 24(1), 321.
- Varani, K. (n.d.). Differenze di genere nella risposta ai farmaci. Università degli Studi di Ferrara. https://www.unife.it/progetto/pluralismo/materiale-didattico/materiale-didattico-allegati-2017/10febbraio_varani/at_download/file
- World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization.

Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 117–127.

Zhang, L., Fu, T., Yin, R., Zhang, Q., & Shen, B. (2017). Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 1–14.