



## Omicidi

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

Anche se non si può escludere che fattori biologici e

genetici possano predisporre all'aggressività, è indubbio che questi fattori si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento.

Il tasso di omicidi riflette il grado di sicurezza della società e il livello di conflittualità in atto e, in modo speculare al suicidio, può essere letto come un indicatore di malessere sociale.

### Tasso di mortalità per omicidio\*°

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

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

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

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

L'indicatore presenta diversi limiti che elenchiamo di seguito:

- la possibile sottostima dovuta soprattutto ai decessi "in accertamento giudiziario" per i quali al momento del rilascio dei dati non è ancora stata accertata la causa del decesso;

- è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto delle vittime di omicidio non residenti in Italia (74 casi nel biennio 2014-2015);

- sono esclusi gli omicidi di bambini <15 anni (30 casi nel biennio 2014-2015) che si è scelto di non considerare per rendere questo indicatore comparabile con quello sui suicidi riportato in questo stesso Capitolo;

- il tasso è riferito alla residenza della vittima e non al luogo in cui è stato perpetrato l'omicidio; tuttavia, nella maggioranza dei casi (96,6%) l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima.

Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per omicidio rappresenta un solido indicatore per i con-

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

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

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2014-2015, il tasso medio annuo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,64 (per 100.000 residenti di 15 anni ed oltre) (Tabella 1). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2014-2015 sono state uccise 671 persone; tra queste, gli uomini rappresentano circa il 69%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 0,92 per 100.000 per gli uomini e a 0,37 per 100.000 per le donne (Tabella 1).

Per gli uomini, il tasso età-specifico ha due massimi in corrispondenza delle classi di età 25-29 anni e 40-44 anni, con una lieve tendenza alla diminuzione nelle età più anziane. Per le donne, invece, il tasso aumenta





tra i 15-29 anni per poi, dopo un lieve decremento tra i 30-65 anni, aumentare in modo esponenziale dopo i 69 anni, raggiungendo un massimo nella classe di età 80-84 anni (Grafico 1).

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica. Le regioni con i tassi di mortalità per omicidio più elevati sono Calabria, Sardegna e Umbria, seguite da Sicilia, Valle d'Aosta, Puglia e Basilicata; all'estremo opposto si collocano il Molise, la PA di Bolzano e la Liguria che presentano i tassi di omicidio più bassi. L'analisi per età fa emergere che in Calabria, Sardegna e Sicilia i tassi sono più elevati del valore nazionale sia tra i giovani (*under 65* anni) che tra gli anziani (*over 65* anni); in Valle d'Aosta, invece, la mortalità per omicidio è più elevata solo tra gli anziani e in Umbria, al contrario, solo tra i giovani (Tabella 1).

Una analisi separata per genere della vittima mostra

importanti differenze geografiche. Per gli uomini, Calabria, Sardegna e Valle d'Aosta sono le regioni con i tassi più elevati (poco meno di due omicidi ogni 100.000 abitanti), seguite da Puglia, Sicilia, Campania e Basilicata (con valori del tasso >1 per 100.000). La regione con il livello più alto di mortalità femminile per omicidio è l'Umbria, seguita dalla PA di Trento, dalla Calabria e dal Piemonte. All'estremo opposto la PA di Trento non ha registrato vittime di omicidio tra gli uomini e la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e il Molise non hanno registrato vittime femminili (Tabella 1).

Infine, merita di essere portato all'attenzione il rapporto di genere del tasso che risulta essere molto elevato nelle regioni meridionali, mentre nella maggioranza delle regioni del Nord le vittime femminili sono inferiori a quelle maschili (Tabella 1).

**Tabella 1** - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2014-2015

Regioni	Tassi grezzi			Maschi 15+	Tassi std Femmine 15+	Totale 15+
	15-64	65+	15+			
Piemonte	0,54	0,79	0,61	0,62	0,53	0,58
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,61	1,74	0,91	1,82	0,00	0,84
Lombardia	0,60	0,55	0,59	0,76	0,41	0,59
Bolzano-Bozen	0,30	0,00	0,23	0,44	0,00	0,22
Trento	0,43	0,00	0,33	0,00	0,67	0,33
Veneto	0,30	0,56	0,37	0,47	0,24	0,37
Friuli Venezia Giulia	0,39	0,49	0,42	0,39	0,47	0,41
Liguria	0,31	0,11	0,25	0,31	0,18	0,25
Emilia-Romagna	0,34	0,77	0,45	0,50	0,40	0,44
Toscana	0,45	0,86	0,57	0,60	0,47	0,54
Umbria	0,98	0,46	0,84	0,57	1,20	0,87
Marche	0,61	0,27	0,52	0,77	0,29	0,53
Lazio	0,71	0,57	0,68	0,99	0,38	0,68
Abruzzo	0,35	0,66	0,43	0,61	0,18	0,40
Molise	0,25	0,00	0,18	0,39	0,00	0,19
Campania	0,85	0,49	0,78	1,30	0,22	0,75
Puglia	0,92	0,36	0,78	1,43	0,19	0,78
Basilicata	0,66	1,21	0,79	1,22	0,30	0,76
Calabria	1,23	1,38	1,26	1,97	0,55	1,25
Sicilia	0,78	1,04	0,84	1,33	0,41	0,85
Sardegna	1,22	0,98	1,16	1,97	0,34	1,16
<b>Italia</b>	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>	<b>0,92</b>	<b>0,37</b>	<b>0,64</b>

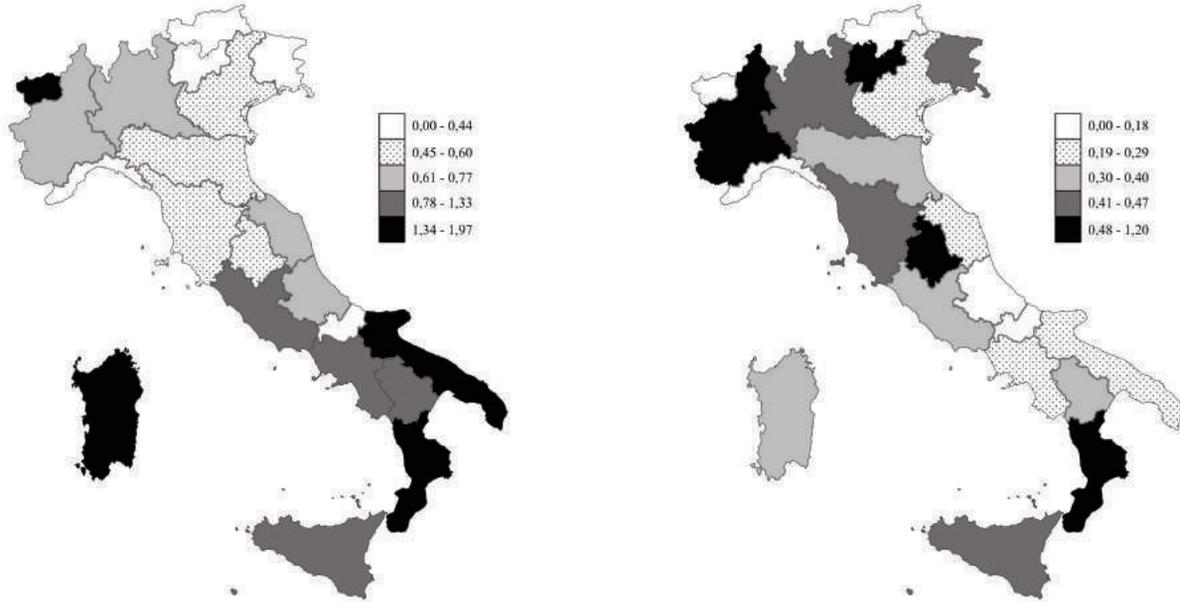
**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.





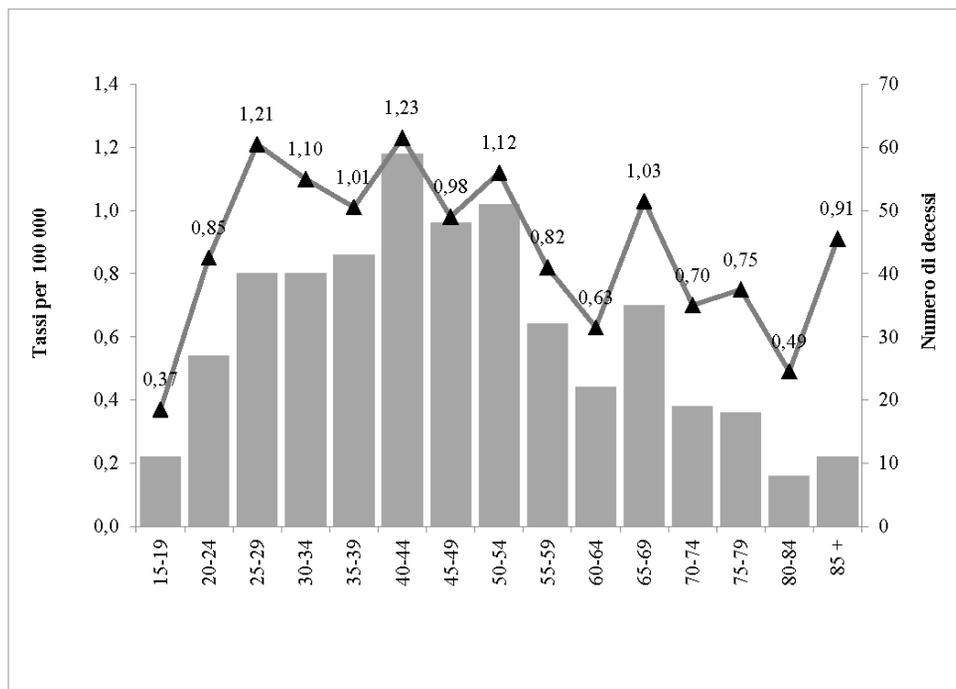
Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2014-2015

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2014-2015



**Grafico 1** - Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2014-2015

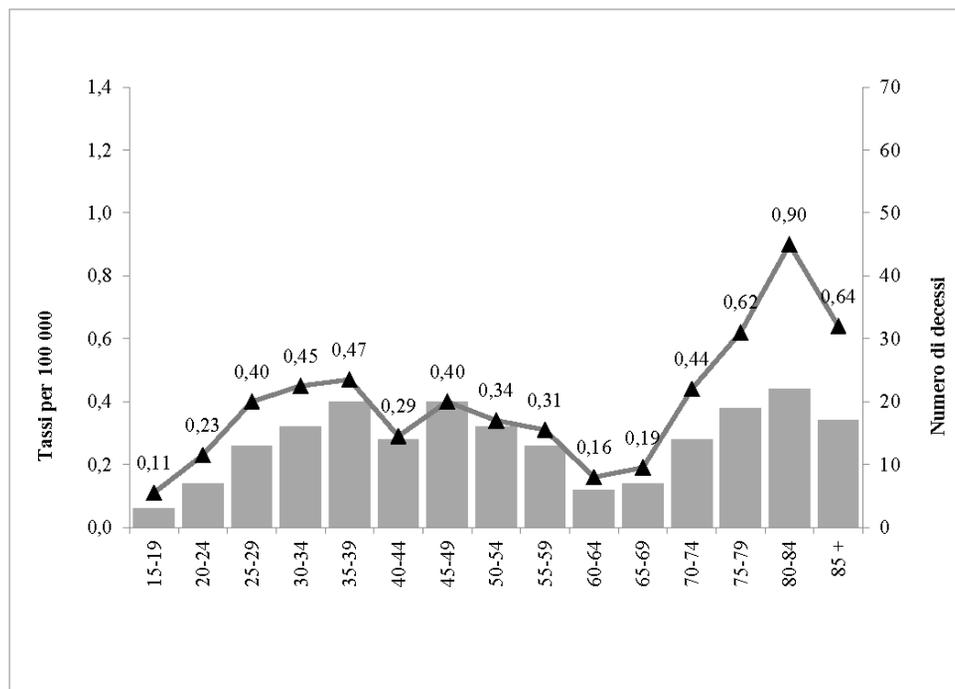
Maschi





**Grafico 1** - (segue) Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2014-2015

**Femmine**



**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”. Anno 2018.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'omicidio e, più in generale, la violenza, non si distribuiscono in modo casuale, ma si concentrano in particolari sottogruppi di popolazione. Inoltre, il rischio di essere vittima o autore di violenza aumenta se la rete sociale e/o familiare del soggetto include vittime e/o autori di violenza. Nel 1996, la 49<sup>a</sup> *World Health Assembly* (“Prevention of violence: a public health priority”) riconosce la violenza come problema di Sanità Pubblica e afferma l'importante concetto che la violenza si può prevenire (2). Nel 2002 l'approccio alla violenza in termini di *Public Health* viene formalizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la pubblicazione del “World Report on violence and health” (3). Il concetto viene poi ribadito nel 2014 nella 67<sup>a</sup> *World Health Assembly* (“Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children”) e dal successivo “Plan of action” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (4, 5). Nel settembre del 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova “Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile” e i relativi “Obiettivi” (*Sustainable Development Goals*) da raggiungere entro il 2030; l'obiettivo n. 16 è “promuovere società inclusive e pacifiche” (“Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective,

accountable and inclusive institutions at all levels”) e uno dei *target* è la “riduzione significativa di tutte le forme di violenza e dei relativi tassi di mortalità”.

Nel nostro Paese il tasso di omicidio presenta a partire dagli anni Novanta e per entrambi i generi anche se in misura maggiore per gli uomini, un trend in riduzione (vedi Rapporto Osservasalute 2017) che ha portato l'Italia a collocarsi tra i Paesi europei con i più bassi livelli di omicidi (6). La riduzione del tasso di omicidio è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime maschili determinando un aumento percentuale delle donne sul totale delle vittime. Infatti, attualmente, le donne rappresentano complessivamente circa un terzo del totale dei decessi.

Il fenomeno presenta una marcata variabilità regionale e i tassi, soprattutto per gli uomini, si mantengono ancora su valori elevati in molte regioni meridionali dove è storicamente presente la criminalità organizzata (Mafia, Camorra, ‘Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (6). Inoltre, sebbene il tasso complessivo di omicidi femminili nel nostro Paese sia tra i più bassi di Europa (la media europea nel 2014 è di circa 1,4 omicidi ogni 100.000 abitanti), in alcune regioni si registrano valori piuttosto alti e questo dato indica indirettamente che l'uxoricidio/femminicidio si pone ancora come elemento di allarme da ascrivere a una perdurante difficoltà nell'affrontare il mutamento sociale e l'adeguamento dei rapporti tra generi (7).





La lotta e il contrasto alla criminalità organizzata restano al primo posto tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di omicidio (6); tuttavia, è auspicabile affrontare il fenomeno della violenza anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di violenza al fine di individuare i possibili fattori di rischio, individuali, familiari e di contesto. L'individuazione dei gruppi e delle aree a maggior rischio costituisce la base per affrontare il problema della violenza in un'ottica, non solo di repressione, ma anche di prevenzione progettando interventi multisettoriali che includano non solo la giustizia ma anche la sanità, la scuola, il lavoro e le politiche sociali.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
- (2) 49th World Health Assembly. "Prevention of violence: a public health priority". Disponibile sul sito: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf).
- (3) 67th World Health Assembly. "Strengthening the role of

the health system in addressing violence, in particular against women and girls and against children". Disponibile sul sito:

[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/news/2014/24\\_05/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2014/24_05/en).

- (4) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul sito:

[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/chapters/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en).

- (5) WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. WHO, Geneva, Switzerland, 2016. Disponibile sul sito:

[www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en).

- (6) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito:

[www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013](http://www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013).

- (7) WHO, Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Disponibile sul sito:

[https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_185-1793-sdr-homicide-and-intentional-injury-all-ages-per-100-000/visualizations/#id=19117&tab=table](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_185-1793-sdr-homicide-and-intentional-injury-all-ages-per-100-000/visualizations/#id=19117&tab=table). Ultimo accesso 11 gennaio 2019.

