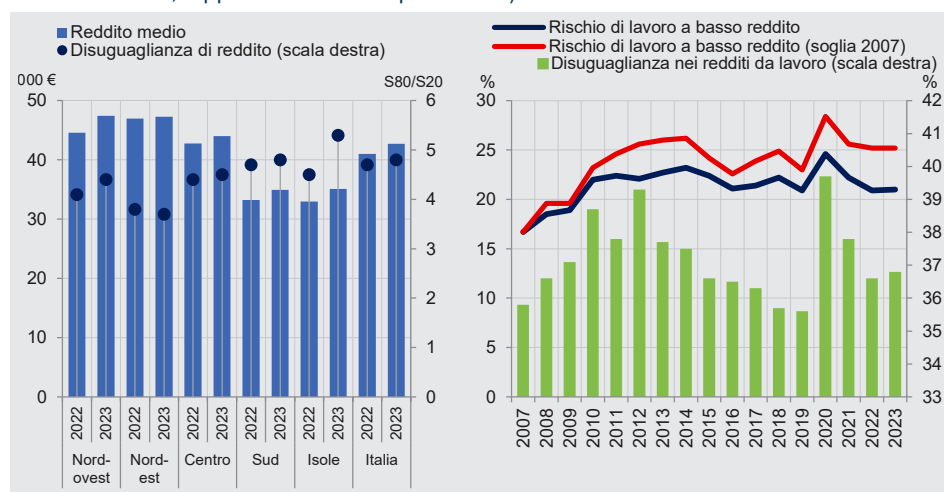


4 mesi all'anno, il 56,3 per cento tra chi lavora tra 4 e 9 mesi, e scende al 13,6 per cento per chi lavora oltre 9 mesi. Infine, il rischio di avere un basso reddito da lavoro varia anche per settore economico: risultano a basso reddito l'11,0 per cento degli occupati nell'industria, il 21,0 per cento nei servizi di mercato, ma sale al 44,5 per cento nei servizi alla persona.

Figura 1 Reddito netto familiare medio annuo e disuguaglianza del reddito netto per ripartizione geografica (sinistra) (a); rischio di lavoro a basso reddito e disuguaglianza dei redditi da lavoro (destra) (b). Anni 2007-2023 (valori in migliaia di euro, rapporto tra redditi e percentuali)



Fonte: Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita (Eu-Silc)

(a) Il reddito netto a prezzi correnti comprende la componente dell'affitto figurativo.

(b) Il rischio di lavoro a basso reddito è rappresentato dalla percentuale di individui di 18-64 anni che hanno lavorato almeno un mese dell'anno di riferimento del reddito e il cui reddito netto annuo da lavoro è inferiore a una soglia fissata al 60 per cento del valore mediano nazionale. Tale rischio e la disuguaglianza nei redditi da lavoro (Indice di Gini, cfr. Glossario) sono calcolati sui redditi individuali netti annuali da lavoro dipendente e autonomo.

La distribuzione dei redditi da lavoro, che aveva mostrato segnali di riduzione delle disuguaglianze rispetto ai livelli precedenti alla crisi, ha subito un'inversione di tendenza con la pandemia e l'accelerazione dell'inflazione successiva, frenando il processo di riequilibrio (Figura 1, destra). Se anziché calcolare l'indicatore di rischio di lavoro a basso reddito con una soglia variabile (basata sulla distribuzione dei redditi da lavoro relativa a ogni anno) si utilizza la soglia relativa al 2007 aggiustata per l'inflazione (soglia ancorata), che consente confronti più stabili nel tempo tenendo conto della perdita di potere di acquisto dovuta all'inflazione, la dinamica è ancora più marcata: l'incidenza del lavoro a basso reddito ha toccato il 26,2 per cento nel 2014, il 28,4 per cento nel 2020 e si attesta al 25,2 per cento nel 2023 (il parziale recupero salariale e del potere di acquisto del 2024 – cfr. par. 1.4 – può, invece, avere attenuato il fenomeno).

2.6 LE CONDIZIONI DI SALUTE

2.6.1 La speranza di vita in buona salute

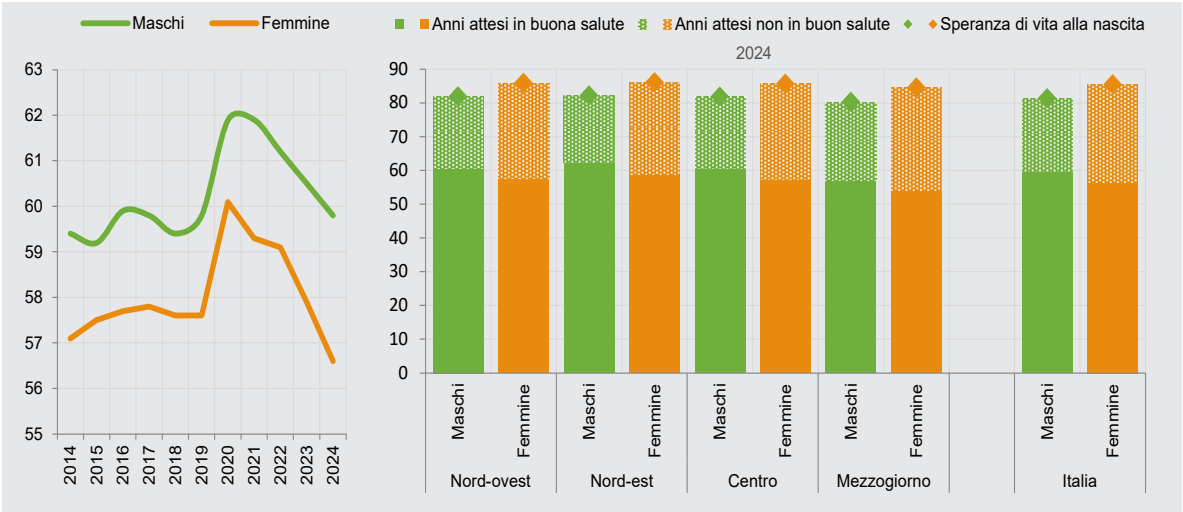
La speranza di vita in buona salute³⁷ rappresenta una sintesi efficace delle sfide poste da una società che invecchia: non basta vivere più a lungo, occorre garantire che gli anni guadagnati siano vissuti in autonomia, migliore qualità della vita e partecipazione attiva.

37 Cfr. Glossario.



Nel 2024, grazie a una graduale ripresa della speranza di vita alla nascita, dopo la flessione del periodo pandemico si è raggiunto un nuovo massimo storico dell'aspettativa di vita (cfr. par. 2.1). A fronte di questi nuovi guadagni di longevità (cfr. par. 3.1.4), l'indicatore che stima gli anni attesi di vita in buone condizioni di salute mostra invece una dinamica opposta. Dopo il picco decisamente anomalo, registrato nel 2020 per effetto di un aumento della quota di persone che, nel contesto della pandemia, ha valutato con maggiore favore la propria condizione di salute (Istat 2022b), il numero medio di anni di vita in buona salute alla nascita continua, di recente, a ridursi (Figura 2.17). In particolare, per gli uomini la speranza di vita in buona salute osservata nel 2024 (59,8 anni) segna il riallineamento a quella del 2019. Per le donne, invece, nel 2024, la stima di 56,6 anni segna il punto di minimo dell'ultimo decennio: in un solo anno si stima, pertanto, che le donne abbiano perso 1,3 anni di vita in buona salute, ampliando il noto divario di genere a loro svantaggio (-3,2 anni).

Figura 2.17 Speranza di vita in buona salute alla nascita per sesso (sinistra) e ripartizione geografica e sesso (destra). Anni 2014-2024 (in anni) (a)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscope sugli aspetti della vita quotidiana
(a) Il dato relativo al 2024 è una stima provvisoria.

Il recente calo della speranza di vita in buona salute è legato soprattutto alla percezione soggettiva del proprio stato di salute. Dopo un decennio di relativa stabilità e un picco positivo registrato nel 2020, nel 2023 la quota di persone che si dichiarano in buona salute torna ai livelli pre-pandemici. Tuttavia, invece di consolidarsi, questo miglioramento subisce un nuovo arresto: nel 2024, la percezione di buona salute cala ancora, segnalando una fragilità latente pure nel recente aumento degli anni di vita complessivi, in particolare tra le donne.

Nel 2024, si confermano le differenze geografiche che vedono penalizzato il Mezzogiorno, con i livelli più bassi di speranza di vita in buona salute (55,5 anni), rispetto al Centro e al Nord (rispettivamente 58,9 e 59,7 anni). Inoltre, si conferma lo svantaggio di genere a sfavore delle donne in tutte le aree, con livelli di gran lunga superiori nel Mezzogiorno: una donna che nasce nel Mezzogiorno può contare di vivere in buona salute solo fino a 54 anni, meno di due terzi degli anni di vita attesa (63,8 per cento della speranza di vita alla nascita), mentre una donna che nasce nel Nord-est può aspettarsi di vivere in media fino a 58,8 anni in buona salute (68,3 per cento della speranza di vita alla nascita). Per gli uomini le differenze sono meno marcate, ma i residenti nel Mezzogiorno sono comunque caratterizzati da una speranza di vita in buona salute più bassa: 57,1 anni (71,1 per cento degli anni da vivere), rispetto a 62,5 anni per i residenti nel Nord-est (76,0 per cento).

2.6.2 La mortalità evitabile

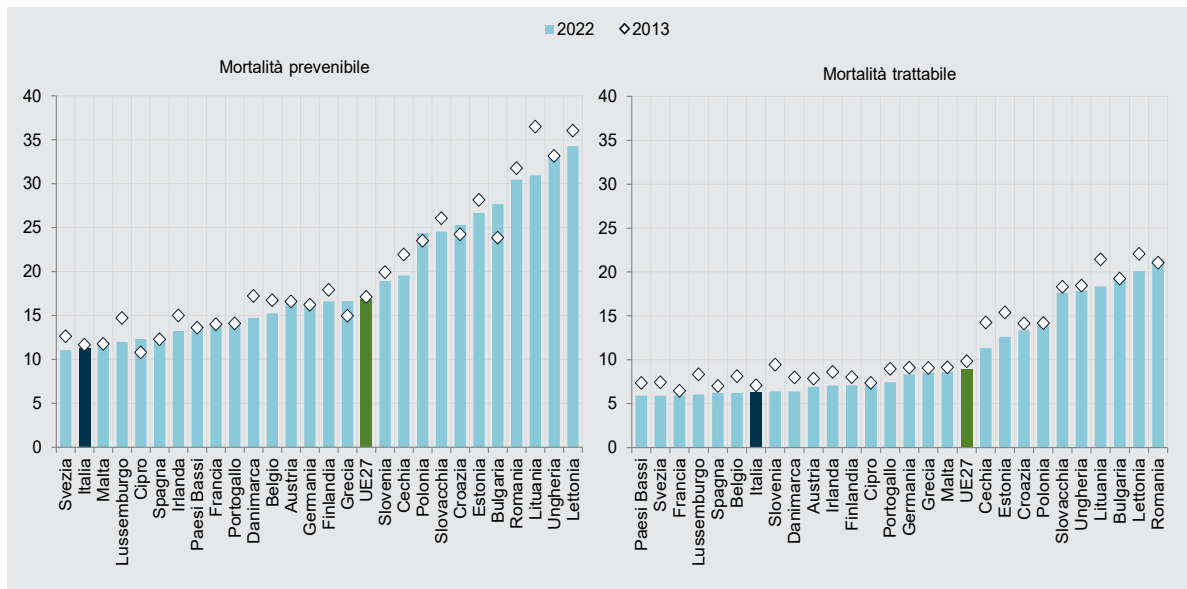
La longevità è uno dei segnali più evidenti del miglioramento delle condizioni di vita, ma vivere più a lungo non significa automaticamente vivere bene. La buona salute non può mai essere data per acquisita: va tutelata e rafforzata, investendo nella prevenzione e nella cura. La pandemia ha evidenziato quanto velocemente si possano perdere anni di progresso se il sistema di cura non è pronto. Garantire una buona salute per tutti richiede attenzione costante ai segnali di fragilità e capacità di risposta.

L'analisi della mortalità evitabile, misurata sulla base di indicatori comparabili a livello europeo, consente di valutare l'efficacia del sistema sanitario e le sue criticità, soprattutto alla luce delle disuguaglianze che persistono tra gruppi sociali, in particolare per livello di istruzione (cfr. approfondimento "Le disuguaglianze per istruzione nella mortalità evitabile").

La mortalità evitabile si riferisce ai decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere ridotti o prevenuti attraverso interventi efficaci di sanità pubblica, prevenzione dei fattori di rischio e adeguata assistenza sanitaria. La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità trattabile, associata alla capacità del sistema sanitario di diagnosticare e curare tempestivamente, e la mortalità prevenibile, legata principalmente alla prevenzione primaria e alla promozione di stili di vita salutari (cfr. 3.2.1). Dal 2020, anche il Covid-19 è stato incluso tra le cause prevenibili.

Nel 2022, l'Italia registra un tasso di mortalità evitabile pari a 17,7 decessi ogni 10 mila abitanti, il secondo valore più basso nell'UE27 dopo la Svezia. Tuttavia, nell'arco dell'ultimo decennio, si osservano andamenti divergenti tra le due componenti. A causa della pandemia di Covid-19, che ha messo sotto pressione il sistema sanitario compromettendo, soprattutto nelle fasi iniziali, la tempestività di diagnosi e di trattamenti, l'Italia ha perso posizioni in termini di mortalità trattabile (Figura 2.18).

Figura 2.18 Tassi standardizzati di mortalità prevenibile (sinistra) e trattabile (destra) nei paesi dell'UE27. Anni 2013 e 2022 (valori per 10 mila abitanti)



Fonte: Istat, Elaborazioni su dati Eurostat

Nel 2022, il tasso europeo di mortalità prevenibile è stato di 16,8 decessi ogni 10 mila abitanti, in lieve diminuzione rispetto al 2013 (17,1 per 10 mila). Tuttavia, non tutti i paesi hanno registrato miglioramenti. La pandemia da Covid-19 ha interrotto la tendenza discendente,

causando un aumento dei tassi nel 2020 e nel 2021. Nel 2022 la situazione è migliorata in quasi tutti i paesi, ma i livelli pre-pandemici non sono stati ancora pienamente recuperati. I divari tra paesi dell'UE27 per la mortalità prevenibile, nel 2022, si sono lievemente ridotti rispetto al 2013: la Svezia presenta il tasso più basso (11,0 per 10 mila abitanti), mentre la Lettonia registra il valore più elevato (34,3 per 10 mila).

Per quanto riguarda la mortalità trattabile, il tasso europeo è passato da 9,9 a 9,0 decessi ogni 10 mila abitanti tra il 2013 e il 2022. La diminuzione è stata generalizzata, a eccezione della Bulgaria e della Romania. A differenza della mortalità prevenibile, i divari tra paesi si sono ampliati: i Paesi Bassi hanno il tasso minore (5,9 decessi per 10 mila abitanti), la Romania il maggiore (21,5 per 10 mila).

L'Italia si conferma tra i paesi con le *performance* migliori in entrambi gli indicatori. Nel 2022, registra il secondo tasso più basso di mortalità prevenibile (11,3 per 10 mila), in linea con il dato del 2013 (11,6 per 10 mila). Tuttavia, per la mortalità trattabile, pure restando al di sotto della media europea, il nostro Paese scende dalla terza alla settima posizione: il tasso passa da 7,1 a 6,3 decessi per 10 mila abitanti, con una riduzione meno accentuata rispetto ai paesi ora in posizioni migliori nella graduatoria (Figura 2.18). Recuperare le posizioni perse richiede un potenziamento degli *screening*, della diagnosi precoce e delle terapie, evitando così il rischio di ulteriori arretramenti e assicurando un sistema sanitario in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di cura.

La mortalità evitabile è più alta negli uomini (23,2 decessi per 10 mila nel 2022) rispetto alle donne (12,5 per 10 mila); la differenza è più accentuata per la mortalità prevenibile che risulta 2,5 volte più elevata negli uomini (16,4 per 10 mila contro 6,6 per 10 mila nelle donne), mentre per la mortalità trattabile il divario è minore (6,9 per 10 mila uomini e 5,9 per 10 mila donne).

Analizzando le differenze territoriali, infine, emerge uno svantaggio nel Sud e nelle Isole, sia per la mortalità prevenibile (12,4 e 13,1 per 10 mila, rispettivamente) sia per quella trattabile (7,5 e 7,2 per 10 mila). L'area con i livelli di mortalità più bassi è invece il Nord-est, con tassi pari rispettivamente a 10,2 e 5,4 per 10 mila per le due componenti.

LE DISEGUAGLIANZE PER GENERE E ISTRUZIONE NELLA MORTALITÀ EVITABILE

Il contrasto alle disuguaglianze di salute rappresenta un importante obiettivo della politica sanitaria in Italia e una priorità trasversale per tutti gli aspetti che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo della società. È ampiamente documentato che lo stato di salute differisce tra diversi gruppi socio-economici e che la mortalità è solitamente più elevata tra le persone in condizioni svantaggiate. L'analisi della mortalità evitabile per titolo di studio, introdotto come *proxy* della condizione socio-economica, nelle due componenti prevenibile e trattabile, consente di esplorare l'impatto delle disuguaglianze nella fase della vita in cui la morte è un evento prematuro.

Nel 2021, ultimo anno con informazioni disponibili per livello di istruzione, in Italia si osserva un forte gradiente per titolo di studio nella mortalità sia prevenibile sia trattabile, con tassi più alti per le persone con livello di istruzione più basso (Figura 1). I tassi di mortalità prevenibile degli uomini e delle donne con al massimo la licenza elementare (41,1 e 15,7 per 10 mila rispettivamente) sono oltre il doppio di chi ha almeno una laurea (16,8 per i laureati e 7,6 per le laureate). Analogamente, per la mortalità trattabile, il tasso degli uomini meno istruiti (15 decessi per 10 mila) è 2,1 volte superiore a quello dei più istruiti (tasso pari a 7,1), mentre per le donne tale rapporto è inferiore e uguale a 1,8.

Le disuguaglianze legate al titolo di studio sono particolarmente accentuate tra gli uomini: nel 2021, solo i laureati hanno un tasso di mortalità prevenibile inferiore al valore medio nazionale

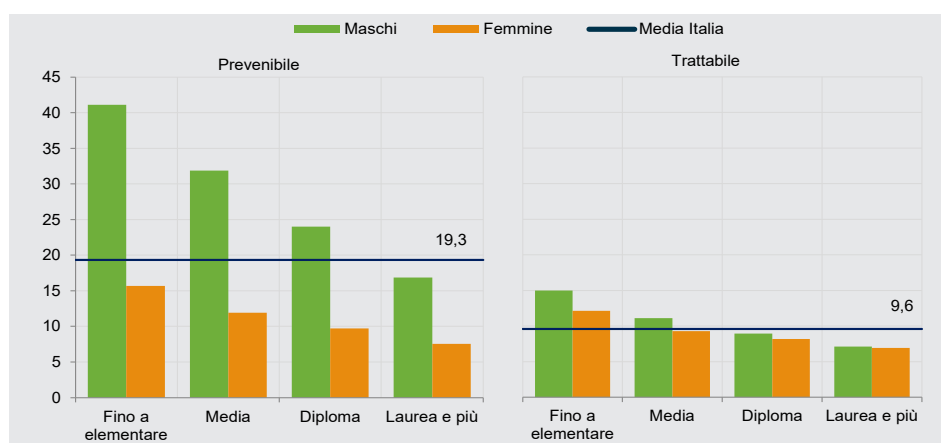
di 19,3 decessi ogni 10 mila abitanti. Per le donne tale tasso resta sempre inferiore alla media nazionale e anche ai livelli più favorevoli rilevati per gli uomini: 15,7 decessi ogni 10 mila tra le donne con al massimo la licenza elementare, contro 16,8 tra gli uomini laureati.

Nel caso della mortalità trattabile, le differenze di genere sono più contenute. Tra gli uomini con un livello di istruzione basso o medio, il tasso supera la media nazionale (9,6 per 10 mila abitanti). Per le donne, il rischio più elevato riguarda solo le meno istruite, con un tasso pari a 12,1 decessi ogni 10 mila, superiore alla media complessiva.

Riassumendo, per quanto riguarda la mortalità prevenibile, gli uomini risentono maggiormente degli effetti negativi delle disuguaglianze socio-economiche, come suggerito dal divario di genere che si amplia al diminuire del titolo di studio, per l'adozione di comportamenti non salutari e l'esposizione a condizioni ambientali sfavorevoli nei contesti più svantaggiati (cfr. par. 3.2.1).

Per quanto riguarda la mortalità trattabile, il divario tra uomini e donne si riduce significativamente con l'aumento del livello di istruzione, fino quasi a scomparire tra i più istruiti. Ciò suggerisce che un'istruzione più elevata contribuisce a migliorare la conoscenza e l'adozione di pratiche salutari, facilita l'accesso a cure efficaci e, indirettamente, consente una maggiore disponibilità economica per sostenere le spese sanitarie.

Figura 1 Tassi di mortalità prevenibile e trattabile per titolo di studio e sesso. Anno 2021
(decessi per 10 mila abitanti)



Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte

2.6.3 La rinuncia alle prestazioni sanitarie

Il disagio legato all'accesso ai servizi sanitari si manifesta anche nella rinuncia alle cure, spesso dovuta a motivi economici, organizzativi o legati all'offerta. Si tratta di una forma di esclusione che ha un impatto diretto sulla salute individuale e collettiva.

Nel 2024, circa una persona su dieci (9,9 per cento) ha riferito di avere rinunciato negli ultimi 12 mesi a visite o esami specialistici³⁸, principalmente a causa delle lunghe liste di attesa (6,8 per cento della popolazione) e per la difficoltà di pagare le prestazioni sanitarie (5,3 per cento)³⁹. La rinuncia alle prestazioni sanitarie è in crescita sia rispetto al 2023 (7,5 per cento), sia rispetto al periodo pre-pandemico (6,3 per cento nel 2019), soprattutto per l'aggravarsi delle difficoltà di prenotazione. Nel dettaglio, la quota di persone che rinunciano per le lunghe liste di attesa è cresciuta di 4,0 punti percentuali rispetto al 2019 e di 2,3 punti rispetto al 2023.

³⁸ Sono escluse le visite odontoiatriche.

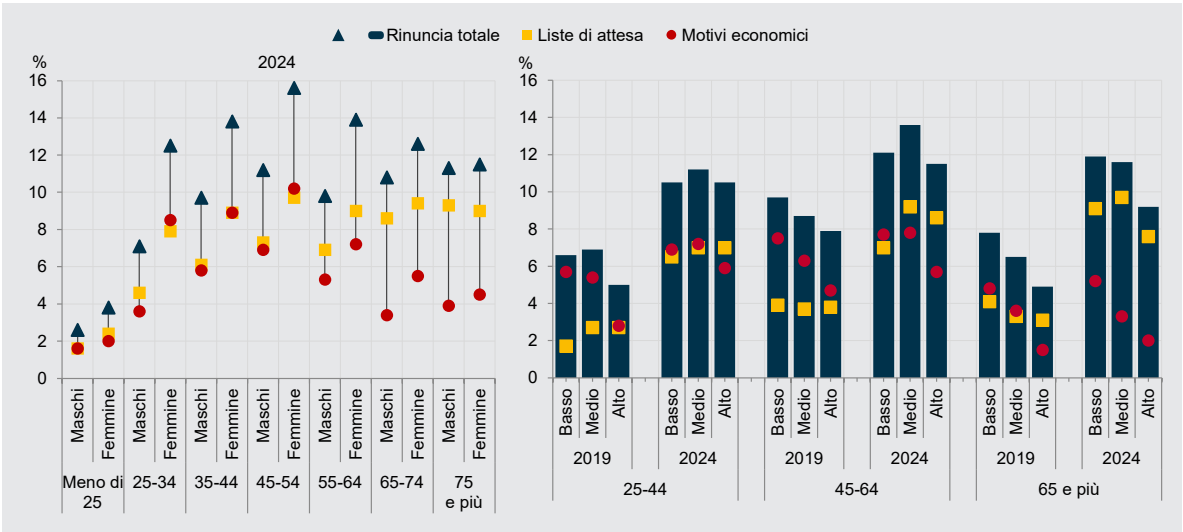
³⁹ Questo indicatore è stato inserito tra gli indicatori di Benessere equo e sostenibile (Bes) e dal Ministero della Salute nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Livelli essenziali di assistenza – Lea, per valutare l'equità nella fruizione delle prestazioni sanitarie.

Anche le motivazioni economiche sono aumentate rispetto all'anno precedente (+1,1 punti percentuali), in un contesto in cui cresce anche il ricorso al privato per visite ed esami specialistici: il 23,9 per cento delle persone nel 2024 ha sostenuto l'intero costo dell'ultima prestazione specialistica (senza rimborsi da assicurazioni), contro il 19,9 per cento del 2023. La rinuncia a prestazioni sanitarie è più frequente tra le donne (11,4 per cento) rispetto agli uomini (8,3 per cento), con il divario massimo nella classe di età 25-34 anni (12,5 per cento per le giovani contro 7,1 per cento dei coetanei). La differenza si riduce tra i 65 e i 74 anni e si annulla dai 75 anni (Figura 2.19). La rinuncia è più elevata per le persone adulte con età compresa tra 45 e 54 anni (13,4 per cento) e in particolare per le donne (15,6 per cento contro l'11,2 per cento degli uomini). In questa classe di età, motivi economici e liste di attesa pesano quasi in eguale misura, mentre dai 55 anni in poi prevalgono le difficoltà legate alle lunghe liste di attesa.

Nel 2024, il problema della rinuncia alle prestazioni sanitarie ha interessato il 9,2 per cento dei residenti nel Nord, il 10,7 per cento nel Centro e il 10,3 per cento nel Mezzogiorno. Rispetto al 2019, si osserva una riduzione del divario territoriale, determinata da un peggioramento soprattutto nelle regioni settentrionali: nel 2019, la quota era del 5,1 per cento nel Nord e del 7,5 per cento nel Mezzogiorno. Pure in un contesto di minore variabilità, persistono differenze territoriali nella motivazione alla base della rinuncia: nel Centro-nord sono riconducibili principalmente ai problemi delle lunghe liste di attesa (7,3 per cento al Centro e 6,9 per cento al Nord); nel Mezzogiorno, invece, pesano in eguale misura i problemi economici e le lunghe liste di attesa (6,3 per cento dei residenti).

Per quanto riguarda il titolo di studio, nel 2024, le persone con un alto livello di istruzione continuano a rinunciare meno frequentemente a visite ed esami specialistici rispetto a chi possiede un titolo basso (Figura 2.19). Le differenze risultano particolarmente accentuate quando la rinuncia dipende da motivi economici, con un divario che tende ad aumentare con l'età. In particolare, nel 2024, tra gli adulti ha rinunciato alle cure per motivi economici il 5,7 per cento delle persone più istruite contro il 7,7 per cento delle persone meno istruite. La differenza si amplia raggiungendo 3,2 punti per gli individui di 65 anni e più (da 5,2 per cento a 2,0 per cento). Se il motivo della rinuncia è legato alle lunghe liste di attesa, invece, il divario per livello di istruzione riguarda solo gli anziani.

Figura 2.19 Persone che dichiarano di avere rinunciato negli ultimi 12 mesi a prestazioni sanitarie (visite ed esami specialistici) per motivo, classe di età e sesso (sinistra), e titolo di studio (destra). Anni 2019 e 2024 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Dopo la pandemia da Covid-19, si rileva un generale peggioramento dell'accesso alle prestazioni sanitarie. Il fenomeno della rinuncia è aumentato nel tempo, e coinvolge oggi l'intero territorio del Paese, interessando tutti i gruppi di popolazione, anche quelli che prima del 2020 si trovavano in una posizione di relativo vantaggio (residenti nel Nord e persone con un elevato titolo di studio).

2.6.4 La salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel riconoscere la salute mentale come componente essenziale della salute, la definisce come uno stato di benessere in cui ogni individuo può realizzare il proprio potenziale, affrontare con resilienza eventi critici negativi, essere produttivo nei vari ambiti della vita quotidiana, instaurare relazioni significative e contribuire attivamente alla vita della comunità.

Negli ultimi anni, diversi fattori - quali l'isolamento legato alla pandemia, il clima di incertezza generato dalle sfide del cambiamento climatico e, in misura crescente, dai conflitti armati - hanno influito negativamente sul benessere psicologico in particolare in gruppi vulnerabili come i bambini, i giovani e gli anziani (OECD 2022 e 2024).

Nel 2023, la Commissione europea è intervenuta in materia di salute mentale⁴⁰ per garantirne un approccio globale in tutte le politiche. Tra i destinatari prioritari degli interventi vi sono minori e giovani, ma anche anziani, per contrastare la solitudine e favorire il mantenimento di una vita sociale attiva. L'isolamento cronico percepito (cioè la solitudine) compromette funzioni cognitive, emotive e comportamentali, influenzando morbilità e mortalità.

L'indice di salute mentale (*Mental Health Index 5* - MHI-5)⁴¹ è uno strumento psicometrico che, grazie alla rilevazione degli stati correlati all'ansia e alla depressione, fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e consente di monitorarne l'evoluzione nel tempo. Più il suo valore è alto, maggiore è il benessere.

Nel 2024, in Italia, questo indice, calcolato tra le persone di 14 anni e più, si attesta a 68,4 punti medi. Il valore medio più elevato si riscontra tra i giovani di 14-24 anni (70,4 punti), mostrando quindi condizioni più favorevoli in questa classe di età⁴². Il disagio psicologico peggiora all'aumentare dell'età: tra gli adulti di 55-64 anni l'indice di salute mentale scende, infatti, a 68,2 punti, per poi ridursi ulteriormente nelle classi più anziane, fino a raggiungere il valore minimo di 65,1 tra le persone di 75 anni e oltre (Figura 2.20). Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, sono presenti in tutte le classi di età, ma sono particolarmente accentuate tra i più giovani e tra i più anziani. Nel 2024, tra i giovani di 14-24 anni il punteggio medio è pari a 73,3 per i ragazzi e scende a 67,2 tra le coetanee. Tra le persone di 75 anni e oltre l'indice si attesta a 68,5 tra gli uomini e scende a 62,7 tra le donne. Dalla Figura 2.20 si evince come nel tempo le giovani donne di 14-24 anni abbiano raggiunto il picco di minimo nel 2021 (66,3 punti) e non abbiano mai recuperato il valore del 2019, a differenza dei coetanei, che già nel 2022 si sono allineati al dato pre-Covid-19, salvo una lieve riduzione nel 2023 recuperata nel 2024. Tra i giovani di 14-24 anni il divario di genere è cresciuto negli ultimi 5 anni: era 3,4 nel 2019 ed è salito a 6,1 punti nel 2024.

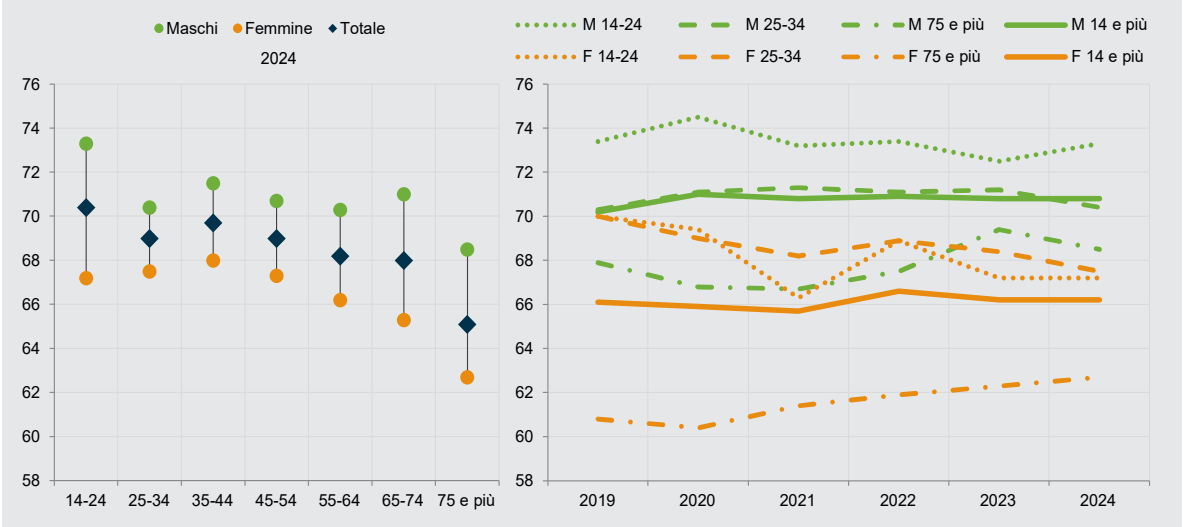
40 Nel 2023, la Commissione europea ha promosso una strategia in materia di salute mentale orientata a tre principi guida: (i) prevenzione adeguata ed efficace, (ii) accesso a cure e trattamenti mentali di alta qualità e a prezzi accessibili, e (iii) reintegrazione nella società dopo la guarigione. In particolare, la strategia si sofferma sulla prevenzione e la diagnosi precoce, anche attraverso una specifica iniziativa europea di prevenzione della depressione, patologia tra le più diffuse che riguardano la salute mentale, e del suicidio, che ne rappresenta il principale evento estremo.

41 Cfr. Glossario.

42 La differenza di 2 punti medi non è affatto trascurabile poiché questo indice rileva che anche una differenza di 0,5 punti medi nella popolazione risulta statisticamente significativa.

Per quanto riguarda il disagio psicologico delle donne di 75 anni e oltre, dal 2020 si osserva il miglioramento dell'indice, sebbene i valori medi siano sempre decisamente inferiori a quelli degli uomini con 75 anni e più.

Figura 2.20 **Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per sesso e classe di età. Anni 2019-2024**
(punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Nel 2024, il divario territoriale dell'indice di salute mentale è complessivamente contenuto (da 68,7 punti su 100 al Nord a 68,2 punti nel Mezzogiorno) ma con marcate differenze per età. Tra i più giovani (14-24 anni), i residenti del Nord continuano a presentare condizioni peggiori rispetto ai coetanei del Mezzogiorno, con un indice medio rispettivamente di 69,1 e 72,5 punti. Un divario simile, sebbene più contenuto, si osserva anche tra gli adulti di 25-44 anni (rispettivamente 69,0 e 70,0). A partire dai 45 anni, invece, i residenti del Nord hanno valori dell'indice di salute mentale più elevati rispetto a quelli del Mezzogiorno, con una differenza più marcata dopo i 65 anni (+2,6 punti).

Nel 2024, tra gli adulti di 25-44 anni, le persone con almeno la laurea registrano condizioni di salute mentale peggiori rispetto a chi ha al massimo un diploma di scuola secondaria inferiore, con un punteggio di 68,5 contro 70,0, a differenza di quanto accade nelle altre classi di età. Nel 2019, tale divario era di segno opposto, con un indice superiore di 0,7 punti per i giovani laureati.

Considerando altri indicatori, si può ottenere un quadro più completo dell'andamento del disagio psichico negli ultimi anni. Il consumo di antidepressivi risulta in progressiva crescita: da 42,8 dosi medie giornaliere per mille abitanti al giorno nel 2019, a 47,1 nel 2023, dopo almeno un quinquennio di relativa stabilità. Le morti per suicidio, eventi estremi e piuttosto contenuti in Italia rispetto al resto dei paesi dell'UE27, tornano ad aumentare tra il 2020 e il 2021, dopo essere diminuite per oltre un decennio fino al 2019. Nel 2021 si è osservato, in particolare, un incremento del tasso di suicidio anche tra i giovani (da 0,27 del 2019 a 0,37 per 10 mila residenti tra i 15-19enni, da 71 a 94 decessi). Questo andamento è proseguito anche nel 2022, soprattutto tra i giovani di 20-24 anni (da 0,39 del 2019 a 0,50 per 10 mila residenti, da 112 a 141 decessi).

2.6.5 La condizione di salute delle persone con disabilità

Le condizioni di disabilità interessano milioni di persone e pongono esigenze di cura rilevanti in termini di autonomia, supporto familiare e servizi. Nel 2023, le persone con disabilità⁴³ sono 2 milioni e 904 mila (pari al 5,0 per cento della popolazione), di cui 1 milione 690 mila sono donne. Nel corso degli anni la prevalenza⁴⁴ risulta essere in lieve diminuzione, nel 2009 erano 3 milioni e 31 mila individui. Tale tendenza può essere interpretata sia come il frutto del miglioramento delle condizioni di salute generale della popolazione anziana, almeno di quelle che causano disabilità, sia in termini di diffusione di ausili e tecnologie che riducono le limitazioni e favoriscono l'autonomia.

La percentuale più elevata di persone con disabilità si riscontra nelle classi più anziane: sono infatti il 19,2 per cento tra gli anziani di 75 anni e più (15,3 per cento tra gli uomini e 21,9 per cento tra le donne), il 6,9 per cento nella classe 65-74 anni (6,5 per cento tra gli uomini e 7,3 per cento tra le donne). Nelle classi di età più giovani la percentuale di persone con disabilità è sensibilmente inferiore: si attesta all'1,4 per cento tra coloro che hanno un'età inferiore a 44 anni e al 3,9 per cento nella classe 45-64 anni. Tra le donne si osserva una prevalenza inferiore a quella degli uomini fino ai 64 anni, passati i quali la quota di donne con disabilità supera quella degli uomini. A livello territoriale, la prevalenza più elevata si registra nelle Isole (6,4 per cento), seguono le regioni del Centro e del Sud, rispettivamente il 5,2 e 5,0 per cento. Nel Nord-ovest (4,6 per cento) e nel Nord-est (4,4 per cento) le prevalenze sono più basse.

Nel 2023, le persone con disabilità che dichiarano di stare bene o molto bene sono il 9,8 per cento (12,8 per cento tra gli uomini e 7,6 tra le donne), quota decisamente ridotta, come è da attendersi, rispetto al resto della popolazione (83,1 per cento).

La condizione di salute riferita dalle persone con disabilità, nel corso degli anni, è andata lentamente migliorando: tra di loro la quota di quanti dichiarano di stare male o molto male è passata dal 61,0 per cento del 2010 al 57,3 per cento del 2023 (59,5 per cento se donne). Tra le persone senza disabilità, la percentuale di coloro che dichiarano di stare male o molto male è di appena 0,5 per cento, senza differenze di genere.

Le differenze osservate permangono anche nelle diverse classi di età. Nella classe di età 0-44 anni la quota che dichiara di stare male o molto male si attesta, in presenza di disabilità, al 33,4 per cento per gli uomini (0,4 per cento nel resto della popolazione), e al 32,5 per cento per le donne (0,2 per cento nel resto della popolazione). Nella classe di età più anziana, quella degli individui di 75 anni e più, il 63,5 per cento degli uomini dichiara di stare male o molto male (1,8 per cento nel resto della popolazione), stessa quota tra le donne (2,0 per cento nel resto della popolazione).

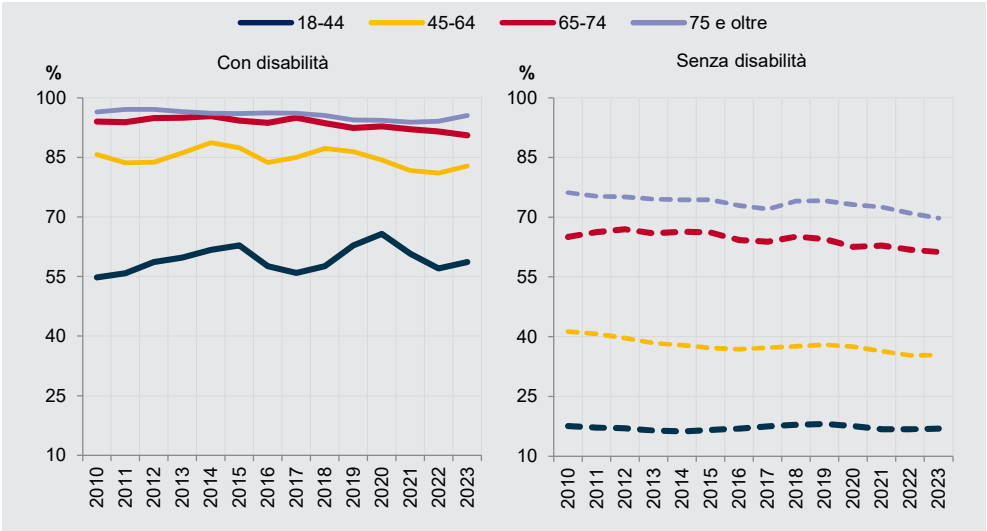
Uno degli indicatori più importanti per valutare le condizioni di salute della popolazione è la prevalenza della cronicità. Dal 2010 al 2023, la percentuale di persone con disabilità con almeno una patologia cronica (multicronici) ha oscillato leggermente intorno all'88 per cento, evidenziando una sostanziale stabilità. Nel resto della popolazione si è osservata la stessa dinamica, ma con un livello sensibilmente più basso, intorno al 33 per cento (cfr. par. 3.2.1). Nel 2023, tra le persone con disabilità, gli uomini con almeno una malattia cronica sono l'84,3 per cento (32,4 per cento nel resto della popolazione), le donne salgono al 90,6 per cento (33,7 per cento nel resto della popolazione). La presenza di almeno una cronicità, inoltre, aumenta con l'età, da 58,6 per cento nella classe di età 18-44 anni (16,9 per cento nel resto della popolazione) a 95,5 per cento nella classe di età 75 anni e più (69,8 per cento nel resto della popolazione).

43 Persone che dichiarano di avere, a causa di problemi di salute che durano da almeno 6 mesi, gravi limitazioni nelle attività che si svolgono abitualmente.

44 La prevalenza delle persone con disabilità esprime il numero di persone che sono in tale condizione a un determinato anno, ed è espressa dal rapporto tra le persone con disabilità e il totale della popolazione.

La dinamica osservata dal 2010 al 2023 evidenzia che nella classe di età 18-44 anni la prevalenza delle persone affette da almeno una patologia cronica è rimasta sostanzialmente stabile, al pari di quanto successo nel resto della popolazione (Figura 2.21). Nelle classi di età successive, l'andamento è, invece, significativamente in diminuzione in entrambe le popolazioni. La diminuzione della prevalenza tra le persone con disabilità è più accentuata nelle classi di età dai 45 ai 74 anni e più limitata dai 75 anni e oltre. Nel resto della popolazione e per le stesse classi di età la riduzione evidenzia un ritmo più sostenuto, amplificando i divari di salute osservati tra i due collettivi.

Figura 2.21 Prevalenza di almeno una patologia cronica nella popolazione con disabilità (sinistra) e senza disabilità (destra) per classe di età. Anni 2010-2023 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine multiscope sugli aspetti della vita quotidiana