

Rapporto sulla Non Autosufficienza



Autori: Natalia Cirilli, Angelica Renzi, Fabrizio Volpini, Gabriele Pagliaricchio, Mariella Grippo, Matteo Birarelli, Paolo Ballestri, Rodolfo Piazzai

Indice:

1. Definizione di Non Autosufficienza
2. Inquadramento normativo
 - 2.2 La riforma italiana in prospettiva internazionale
3. Risorse e costi
 - 3.1. Il divario Italia – Europa
 - 3.2. La spesa sociale
 - 3.3. La spesa socio-sanitaria
4. Non autosufficienti: quanti sono e chi sono
5. Il valore e la dignità della persona anziana
6. Prevenzione: progetto Long Life per l'invecchiamento attivo ed indipendente “aggiungere vita agli anni e non anni alla vita – Rita Levi Montalcini”
7. Bibliografia e sitografia

Aggiornamento: Ottobre 2025

1. Definizione di Non Autosufficienza

Il concetto e la definizione di disabilità è già presente nella Legge 18/2009 che ratifica la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che definisce la **disabilità** come una "*duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri*".

Nel decreto 62/2024 vengono apportate le seguenti correzioni terminologiche:

- «handicap» sostituita con «condizione di disabilità»;
- «persona handicappata», «portatore di handicap», «persona affetta da disabilità», «disabile» e «diversamente abile» sostituite con «persona con disabilità»;
- «con connotazione di gravità» e «in situazione di gravità» sostituite con «con necessità di sostegno elevato o molto elevato»;
- «disabile grave» sostituita con «persona con necessità di sostegno intensivo».

Queste indicazioni consentono di delineare teoricamente una graduazione della disabilità su 4 livelli:

- persona con disabilità con necessità di sostegno di **livello lieve**;
- persona con disabilità con necessità di sostegno di **livello medio**;
- persona con disabilità con necessità di sostegno **intensivo di livello elevato**;
- persona con disabilità con necessità di sostegno **intensivo di livello molto elevato**.

2. Inquadramento normativo:

L'inquadramento normativo della non autosufficienza in Italia è definito dalla Legge Delega n. 33 del 2023, che mira a riordinare le politiche assistenziali, e dal Decreto Legislativo attuativo n. 29 del 2024, che introduce il Sistema Nazionale Assistenza Anziani con l'individuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e un nuovo pacchetto di prestazioni, la Prestazione Universale, che include l'indennità di accompagnamento. Il sistema si basa sulla presa in carico personalizzata, integrando servizi domiciliari, residenziali e di supporto alle famiglie, con l'obiettivo di semplificare l'accesso e garantire un'assistenza uniforme sul territorio.

Le principali tappe normative:

1. **Legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021)**: ha definito i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e il Fondo per le non autosufficienze (FNA).
2. **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA 2022-2024)**: ha dettagliato i programmi e i beneficiari dei LEPS.
3. **Legge Delega per la non autosufficienza (L. n. 33/2023)**: ha delegato il Governo ad adottare i decreti legislativi per attuare una riforma organica.
4. **Decreto Legislativo n. 29 del 2024**: ha istituito il Sistema Nazionale Assistenza Anziani, sviluppando le proposte della legge delega e del Patto non autosufficienza.

Legge Delega 33/2023	Decreto Attuativo 29/2024
UN SISTEMA INTEGRATO	
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	Mantenuto nella forma, cancellato nella sostanza
Sistema nazionale di monitoraggio integrato	Assente
Riforma delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani	Ben impostata, partenza attesa entro fine 2025
NUOVI MODELLI D'INTERVENTO	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda a un successivo Decreto
Riforma Indennità di accompagnamento	Cancellata
Sostegno e qualificazione assistenti familiari	Successive linee guida su standard formativi
AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA	
Reperimento nuove risorse	Mancano percorsi di sviluppo per i quali chiedere maggiori fondi

Tabella estratta da: Volume PNNA 2024

La riforma dell'assistenza agli anziani – Stato dell'arte

RIFORMA (L. 33/2023)	SITUAZIONE ATTUALE
Obiettivo	Costruzione di un sistema unitario
Governance	La costruzione di un sistema di governance integrata viene posticipata
Procedure	Il Decreto in preparazione ne incrementa la complessità
Obiettivo	Definizione di nuovi modelli d'intervento
Assistenza a casa	Rinviata l'introduzione di servizi domiciliari rivolti alla non autosufficienza
Strutture residenziali	Il Decreto proposto prevede il disimpegno dello Stato
Indennità accomp.	Prevista una sperimentazione (2025-2026) al posto della riforma
Obiettivo	Ampliamento dell'offerta
Finanziamenti	In attesa di nuove risorse strutturali

Tabella estratta da: Patto per un nuovo welfare sulla Non Autosufficienza_21.10.25

2.2 La riforma italiana in prospettiva internazionale

Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa:

Austria: 1993

Germania: 1995

Francia: 2002

Portogallo: 2006

Spagna: 2006

Italia (introduzione della riforma): 2023

Italia (decreto attuativo): 2024

Il settore Long Term Care (LTC) si riferisce all'assistenza di lungo periodo e alle coperture (assicurative, pubbliche o previste dai contratti di lavoro) finalizzate a sostenere le persone che perdono l'autosufficienza a causa di infortunio, malattia o invecchiamento. In Italia, questo settore include servizi sanitari e socio-assistenziali, indennità di accompagnamento, e forme di tutela attraverso polizze private, fondi sanitari e prestazioni INPS, per affrontare i costi e i bisogni legati alla non autosufficienza.

Per ottenere un quadro completo e dettagliato delle dinamiche del settore LTC con la nuova riforma sono indagate tre dimensioni di sostenibilità:

- **sostenibilità economica:** nella riforma non è prevista una rimodulazione o incremento dei fondi disponibili per gli interventi dedicati ai cittadini anziani non autosufficienti. La possibile integrazione tra fondi pubblici e privati non è stata ancora oggetto di chiare indicazioni. Inoltre l'ipotesi di revisione degli standard dei servizi e i relativi modelli di finanziamento non ha ancora trovato spazio nella Riforma, che li lascia ancora alla responsabilità (ed eterogeneità) regionale
- **sostenibilità dei modelli di servizio:** la Riforma non entra nel merito della relazione tra setting domiciliare e residenziale né dà indicazioni rispetto all'evoluzione della filiera dei servizi, lasciando in questo caso spazio a sperimentazioni future. La Riforma ha invece lavorato sul percorso di presa in carico, agendo sia sull'accesso (attraverso i Punti Unici di Accesso, PUA) che sulla modalità di valutazione del bisogno. Questo è un primo passo per riportare al centro il legame tra bisogni e servizi, che deve però essere legato a una riflessione sui contenuti dei servizi stessi
- **sostenibilità del personale:** nella Riforma non si è entrati nel merito di come dovrebbero evolvere i servizi e, di conseguenza, le professionalità richieste. La Riforma cita i caregiver informali ed in particolare gli assistenti familiari nella logica di formalizzare la situazione esistente, ma non di farla evolvere

Le esperienze di riforma in Francia, Germania e Svezia:

	<u>Francia</u>	<u>Germania</u>	<u>Svezia</u>
sostenibilità economica	dal 2019 ha intrapreso un percorso per riorganizzare diverse fonti di finanziamento esistenti, anche attraverso l'integrazione di risorse sanitarie e sociali	ha progressivamente aumentato l'aliquota contributiva nel periodo 2015-2017 e nel 2019	situazione meno critica grazie a solide risorse pubbliche a disposizione
sostenibilità dei modelli di servizio	nel 2021 ha riorganizzato i servizi di assistenza domiciliare, unificando le tre tipologie esistenti (SAAD, servizi domiciliari per anziani non autosufficienti, SSIAD, servizi infermieristici a domicilio, e SPASAD, servizi polivalenti al domicilio) per garantire maggiore flessibilità e coerenza tra bisogni e offerta	le riforme 2015-2017 hanno introdotto la nuova valutazione del bisogno di cura, ampliando il potenziale bacino di utenza e tenendo in considerazione sia disabilità fisiche che restrizioni dovute a malattie mentali o disturbi psicosomatici	si è proceduto a rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria e socio-assistenziale, attraverso un miglior coordinamento tra servizi sanitari regionali e assistenza sociale dei comuni, e si è investito sulla prevenzione attraverso la prescrizione sociale, ad esempio di pratica sportiva, da parte dei medici

sostenibilità del personale	nel 2021 si è proceduto alla revisione dei contratti collettivi nazionali del settore per adeguarli al costo della vita e alle nuove professionalità emergenti	dal 2019 sono stati introdotti miglioramenti salariali e dal 2022 le assicurazioni non possono contrattualizzare gestori che non garantiscano il salario minimo al proprio personale	sconta invece alcune criticità relative alle competenze linguistiche del personale impiegato, motivo per cui dalla pandemia di Covid-19 alcuni comuni hanno imposto nuovi requisiti linguistici
------------------------------------	--	--	---

Quali punti di attenzione per l'Italia?

La non autosufficienza non è un problema da prendere in carico quando si presenta, ma anche come di una condizione sulla quale è possibile lavorare per ritardarla il più possibile ed in questo senso hanno operato da molti anni Francia, Germania e Svezia. L'Italia è in notevole ritardo nell'affrontare questioni strutturali del settore LTC.

Francia, Germania e Svezia hanno negli anni attuato interventi molto incisivi a valenza europea e nazionale. La Francia ci insegna come sia necessario investire sia sulla domiciliarità che sulla residenzialità.

La Germania ci insegna come sia importante graduare l'offerta in base ai bisogni e rendere attrattivo il lavoro anche attraverso un salario minimo garantito.

La Svezia ci insegna quanto sia importante porre attenzione alla prevenzione e all'accessibilità ai servizi.

3. Risorse e costi

I costi della non autosufficienza in Italia dipendono dalla modalità di assistenza scelta, che può variare da circa 3.000 euro al mese per le strutture residenziali (RSA) fino a 18.000-20.000 euro all'anno per l'assistenza domiciliare con una badante, e da una quota sanitaria pubblica a un carico quasi interamente familiare. Oltre a questi costi diretti, esistono anche costi indiretti legati alla riduzione del reddito dei familiari che rinunciano al lavoro per assistere la persona non autosufficiente.

Tipologie di assistenza e costi associati

- **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA):** le rette medie si aggirano tra 2.000 e 4.000 euro al mese, con variazioni significative tra strutture pubbliche e private.
- **Suddivisione dei costi:** la quota sanitaria (circa il 50% della retta) è a carico del sistema sanitario regionale, mentre la quota sociale o alberghiera (l'altro 50%) è a carico dell'assistito, con un eventuale contributo del Comune in base alla situazione economica.
- **Assistenza domiciliare con badante:** una badante regolarmente assunta può costare circa 18.000-20.000 euro all'anno, oltre a vitto, alloggio e oneri contributivi.
- **Ferie e riposi:** le famiglie devono farsi carico del periodo di ferie della badante e garantire i giorni di riposo, spesso attraverso la presenza di un altro familiare.
- **Assistenza domiciliare integrata:** il costo è di circa 1.500 euro al mese, ma è un servizio limitato a un massimo di sei mesi e non sempre idoneo per ogni situazione.

Costi indiretti per le famiglie:

- **Rinuncia al lavoro:** un familiare può dover ridurre o abbandonare il proprio lavoro per assistere la persona non autosufficiente, con conseguenti perdite di reddito e minori prospettive pensionistiche.
- **Impatto psicologico:** la cura di un familiare non autosufficiente può avere conseguenze psicologiche pesanti sui familiari.

Contributi e supporti

- **Fondi pubblici:** esiste un dibattito in corso per definire un quadro normativo che garantisca livelli essenziali di assistenza, ma attualmente il sistema pubblico integra solo parzialmente le spese.
- **Associazioni e Comuni:** è possibile richiedere servizi di assistenza domiciliare ai servizi sociali del Comune di residenza, con possibili finanziamenti pubblici.

Tra i costi della Non Autosufficienza dovremmo considerare anche i costi della salute dei caregiver.

Secondo una survey dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del progetto "L'impatto del genere sullo stress psicologico e lo stato di salute nelle persone caregiver familiari", assistere una persona cara è **pesante** non solo dal punto di vista fisico: i dati mostrano che **i caregiver sono a rischio malattia cronica**. La fotografia del progetto sull'impatto del genere sullo stress psicologico e lo stato di salute nelle persone caregiver familiari, ha coinvolto 2.033 partecipanti, di cui l'83% donne.

I primi risultati segnalano che circa **4 su 10 caregiver familiari (41%) hanno sviluppato malattie croniche che prima non avevano**, e di questi il 66% riferisce di aver contratto due o più patologie. Tra le più diffuse figurano disturbi psichiatrici, problemi scheletrico-muscolari, cardiovascolari e gastro-intestinali.

I risultati di questa indagine sono stati resi pubblici durante il convegno, presso l'ISS il 24 Settembre 2025, dal titolo "Promuovere la salute delle persone caregiver familiari in ottica di genere: prospettive future". Un evento organizzato dal Centro di riferimento di medicina di genere, in collaborazione con il Centro Nazionale Malattie Rare, nonché diverse associazioni di familiari e centri medici, rappresentanti di istituzioni sociosanitarie e socioassistenziali.

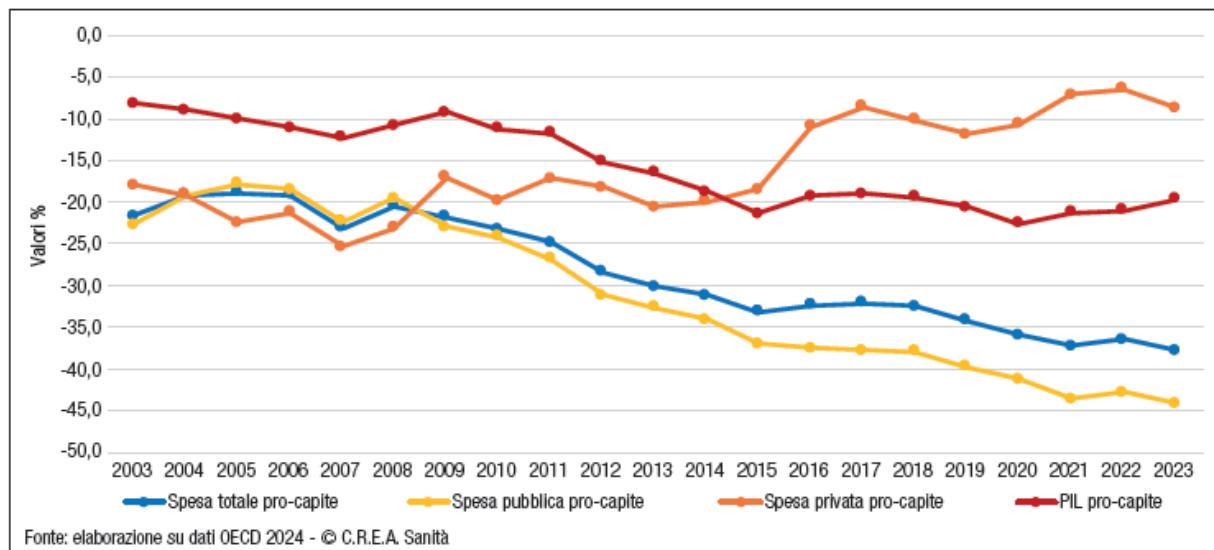
I caregiver, dunque, si ammalano, eccome e poiché i dati riguardano anche i generi, i numeri evidenziano che ad essere colpite sono soprattutto le donne. Non solo. Una volta ammalate, le caregiver **tendono a non curarsi** (rispetto ai maschi) e a rifiutare visite mediche.

Questi dati dovrebbero orientare le **politiche socio-sanitarie**, nel programmare interventi di sostegno rivolti ai caregiver e alle caregiver familiari, tenendo conto delle differenze di sesso e genere basate sulle **evidenze scientifiche**. L'integrazione di questa prospettiva è essenziale per attuare efficaci misure di prevenzione, volte a ridurre le patologie associate allo stress e a garantire un sostegno più equo e mirato". Le prospettive future di **promozione della salute** dovrebbero considerare il ruolo fondamentale e centrale del medico di medicina generale nella prevenzione, la mappatura dei servizi diretti ai e alle **caregiver**, le buone pratiche che già si stanno sperimentando sul territorio e gli interventi di autocura per la **gestione dello stress** psicologico.

3.1 Il divario Italia - Europa

Nel 2023, la spesa sanitaria corrente italiana (pubblica e privata) è risultata pari a € 176,2 mld., pari a € 2.986,0 pro-capite. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), questo valore è inferiore del 37,8% rispetto alla media (€ 4.802,4) dei (rimanenti) Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995), e superiore dell'80,3% rispetto alla media (€ 1.656,4) dei Paesi entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995). Nell'ultimo anno il *gap* (negativo) rispetto a EU-Ante 1995 si è ulteriormente allargato di 1,3 punti percentuali (p.p.) e di 7,7 p.p. nell'ultimo decennio (rispetto al 2003, la forbice si è incrementata di 16,2 p.p.).

Trend del gap Italia vs EU-ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite:



Il gap della spesa privata è stato “altalenante”: a partire dal 2015 le famiglie italiane hanno mostrato una maggiore propensione, o una maggiore necessità, a spendere privatamente per la Sanità.

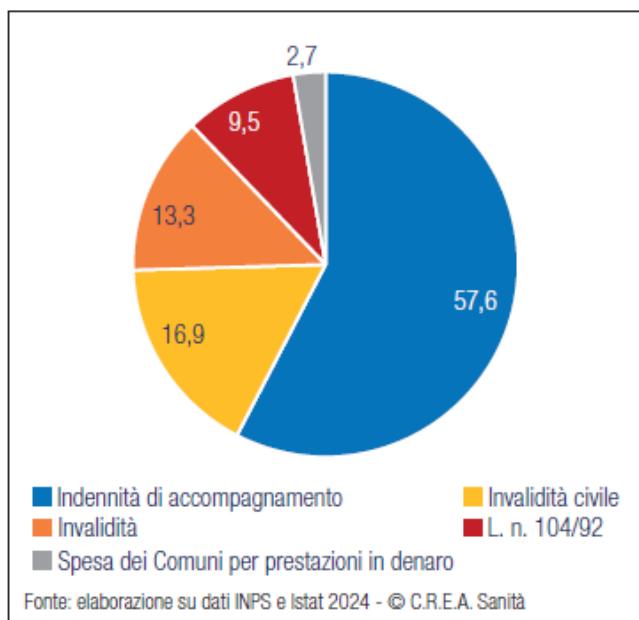
«Sebbene formalmente inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza **le prestazioni di assistenza socio-sanitaria, residenziale, semi-residenziale, domiciliare e territoriale sono finanziate solo in parte dalla spesa sanitaria pubblica**. Un’esigua parte viene erogata dai Comuni (in denaro o in natura), mentre la maggior parte è sostenuta tramite provvidenze in denaro erogate dall’INPS».

3.2 La spesa sociale

L’onere pubblico per l’assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) si stima che nel 2023 abbia raggiunto i € 26,8 mld., di cui il 2,0% assorbito dall’assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale. Fra queste ultime annoveriamo le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, per circa € 23,0 mld..

Ad esse si aggiungono le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), pari a € 704,3 mln.⁷, e la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2,5 mld.), arrivando ad un totale pari a € 26,1 mld..

Composizione spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Valori %. Anno 2023:



Per completare il quadro sulla spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità, ai citati benefici erogati in moneta, vanno poi aggiunti gli oneri relativi alle prestazioni in natura offerte dai Comuni (pari a € 671,4 mln.).

Sul versante della spesa privata (per i servizi di assistenza a disabili e anziani), sulla base dei dati forniti dall’INPS si stima che, nel 2023, ci siano stati € 2,0 mld. di spesa per badanti.

Spesa totale per LTC (Long Term Care). Anno 2023:

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione (%)	Var. % 2023/2022
Spesa totale	28,8	100,0	+1,1
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,7	2,3	+11,9
di cui pubblica per prestazioni in denaro	26,1	90,7	+0,5
di cui privata per badanti	2,0	6,9	+11,1

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

3.3 La spesa socio-sanitaria

La copertura pubblica è pari al 64,4% per la parte Sanitaria e del 13,4% per quella Sociale.

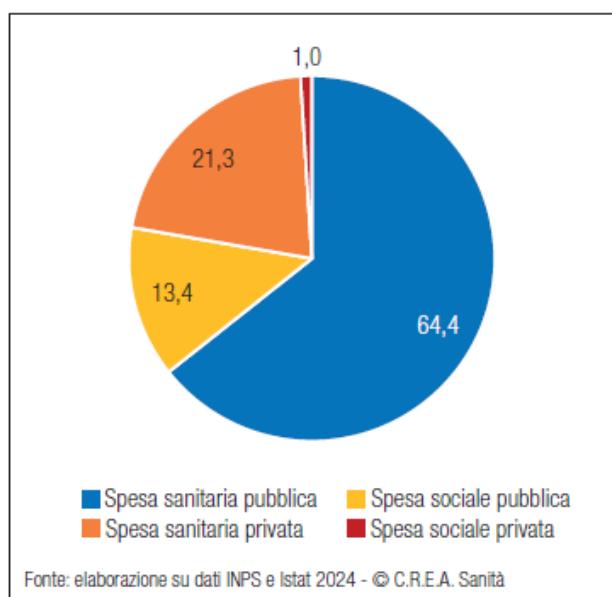
Spesa socio-sanitaria:

Funzioni di spesa	Valori assoluti (€ mld.)	Composizione (%)	Var. % 2023/2022
Spesa socio-sanitaria totale	200,3	100,0	0,2
di cui pubblica	155,7	77,7	-0,4
Sanitaria	128,9	64,4	-0,4
Sociale	26,8	13,4	-0,4
di cui privata	44,6	22,3	2,3
Sanitaria	42,6	21,3	1,9
Sociale	2,0	1,0	11,1

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, INPS e Istat 2024

- © C.R.E.A. Sanità

Composizione della spesa socio-sanitaria. Valori %. Anno 2023:



Stima dell'impiego dell'Indennità di Accompagnamento:

Settore	Valori assoluti (€ mln.)	Composizione (%)
Badanti	7.762,6	51,6
di cui regolari	4.142,0	27,5
di cui irregolari	3.620,8	24,1
Compart. retta residenze	2.433,9	16,2
Compart. ass. dom. socio-assistenziale	63,5	0,4
Ass. familiare/altro	4.794,0	31,8
Totale	15.054,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

«Lo schema del Decreto anziani predisposto dal Governo rappresenta indubbiamente un grande passo per rispondere ai bisogni di oltre 14 milioni di persone anziane che, insieme a familiari e caregiver, ogni giorno affrontano difficoltà, disagi e fenomeni di impoverimento economico. Situazioni aggravate dalle enormi diseguaglianze nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, sia tra le Regioni, in particolare tra Nord e Sud, sia tra aree urbane e rurali».

Risorse disponibili:

- Per 13 misure si fa riferimento a risorse già stanziate: PNRR Missione 5 e Missione 6, Fabbisogno Sanitario Nazionale, Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per la non autosufficienza, Fondo per la promozione dell'attività sportiva, Fondo per le politiche della famiglia, Ministero della Salute.
- Un finanziamento apparentemente aggiuntivo di € 250 milioni per il 2025 e € 250 milioni per il 2026 è previsto solo per la misura “assegno di assistenza”, che sarà destinato all'acquisto di servizi o contratti: badanti, caregiver, strutture per la presa in cura dell'anziano. «Tuttavia dei complessivi € 500 milioni stanziati, € 150 milioni provengono dalla riduzione del Fondo per le non autosufficienze, € 250 milioni sono a valere sul Programma nazionale “Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027” e € 100 milioni a valere sulle disponibilità della Missione 5 del PNRR. In altri termini anche l'assegno di assistenza di fatto viene finanziato con risorse già stanziate su altri capitoli di spesa pubblica».
- Per tutte le altre misure non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica.

«Considerato che il Decreto anziani fa riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) **diventa inderogabile la necessità di colmare i divari tra Regioni, in particolare tra il Nord e il Sud del Paese**, che saranno inevitabilmente acuiti dall'autonomia differenziata. Diseguaglianze che oggi ledono i diritti civili e la dignità delle persone più deboli e più fragili del Paese. L'assenza di finanziamenti dedicati ai vari interventi fanno, al momento, del Decreto anziani un'eccellente ricognizione di tutte le misure di cui possono beneficiare le persone anziane, ma la cui attuazione è fortemente condizionata, oltre che dall'emanazione di numerosi decreti attuativi, dalle risorse e dalle rilevanti diseguaglianze Regionali».

Per garantire l'efficacia della riforma, si stima che a regime siano necessari tra i 5 e i 7 miliardi aggiuntivi annui di spesa pubblica. Ad oggi, la riforma non ha portato a definire alcun concreto percorso di sviluppo al quale destinare le eventuali maggiori risorse. Vi è bisogno, dunque, di nuovi finanziamenti collegati ad una maggiore progettualità, nonché di procedere di pari passo. Reperire più fondi senza aver individuato una chiara strategia di azione costituirebbe uno spreco di risorse; analogamente, mettere in campo la miglior progettualità senza poter contare su finanziamenti adeguati sarebbe uno sforzo inutile.

4. Non Autosufficienti: quanti sono e chi sono

Crescente squilibrio tra popolazione in età attiva e non attiva:

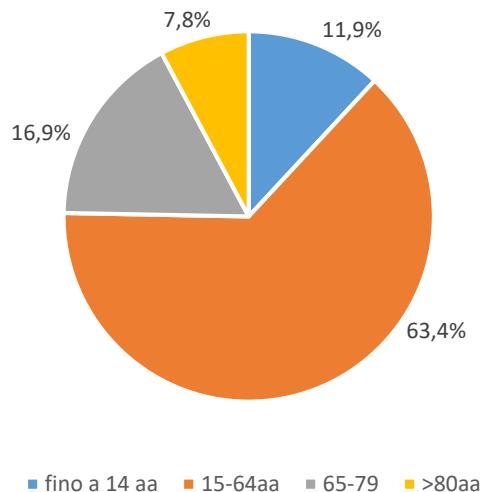


Figura 1: Elaborazione NPC di Ancona della Rete Civica GIMBE su dati ISTAT al 1° Gennaio 2025

Al 1° gennaio 2025 si stima un'età media della popolazione residente di 46,8 anni, in crescita di due punti decimali (circa tre mesi) rispetto al 1° gennaio dell'anno precedente.

La popolazione italiana residente (58 milioni 934 mila unità):

1. ≤ 10 anni di età = 4 milioni e 326 mila (7,3%)
2. ≤ 14 anni di età = 7 milioni 19 mila individui (11,9)
3. tra 15 e 64 anni di età (popolazione in età attiva) = 37 milioni 342 mila (63,4%)
4. ≥ 65 anni di età (anziani) = 14 milioni 573 mila (24,7%)
5. ≥ 80 anni di età (grandi anziani) = 4 milioni e 591 mila (7,8%)

Il numero dei "grandi anziani" supera il numero dei bambini di età ≤ 10 anni.

Nel 2050 si stima che le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5 % del totale; le persone di 80 anni e più potrebbero arrivare al 13,6 % del totale.

Numero delle persone con disabilità in Italia: il ballo dei numeri!

- «Il Sole 24h Ore», 3 dicembre 2023: «[I disabili, N.d.R.] In Italia sono 7.658.000, circa il 13% della popolazione».
- «Superabile INAIL» (citando dati dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane), 7 dicembre 2023: «Quasi 13 milioni le persone con disabilità nel nostro Paese».
- Rivista «Statistica e società», 3 dicembre 2023: «Le persone con disabilità sono 3 milioni e 150 mila (il 5,2% della popolazione)».
- «Fondo assistenza e benessere», 16 marzo 2023: «Secondo Istat le persone disabili in Italia sono circa 4,3 milioni».

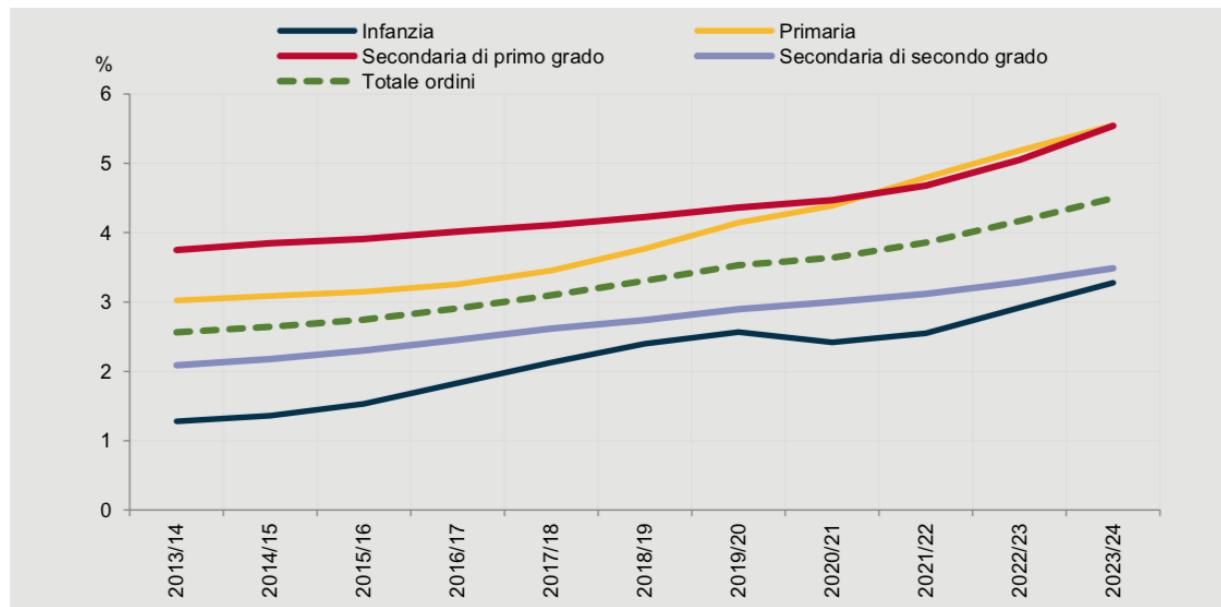
Quasi 2 milioni e 400 mila persone nel 2025 percepiscono prestazioni per disabilità (dati INPS 2025):

Anno: 2025

Categoria	Tipo prestazione	Indennità'		Pensione		Totale	
		Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile
<u>+ Prestazioni ai ciechi civili</u>		113.032	573,19	72.699	372,05	185.731	494,46
<u>+ Prestazioni ai sordomuti</u>		42.845	267,80	16.169	530,22	59.014	339,70
<u>+ Prestazioni agli invalidi totali</u>		1.969.251	541,92	569.154	546,17	2.538.405	542,87
<u>+ Prestazioni agli invalidi parziali</u>		236.854	351,13	394.003	350,34	630.857	350,64
Totale:		2.361.982	519,31	1.052.025	460,55	3.414.007	501,21

Secondo il Rapporto annuale ISTAT 2025 nel 2023 le persone con disabilità in Italia sono 2 milioni e 904 mila (5% della popolazione), di cui 1 milione e 690 mila sono donne. La prevalenza risulta essere in lieve diminuzione nel corso degli anni.

Alunni con disabilità per grado di istruzione. Anni scolastici 2013/2014-2023/2024 (valori per 100 alunni iscritti) (a):



Fonte: Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM)

(a) Sono inclusi i dati relativi agli alunni con disabilità per la provincia autonoma di Bolzano/Bozen.

Un possibile aumento della prevalenza di alcuni disturbi che rendono necessario un supporto educativo, una maggiore accuratezza nel diagnosticare e certificare la disabilità, la crescente richiesta di supporto da parte delle famiglie e una sensibilità sempre più diffusa del sistema educativo verso l'inclusione scolastica si è accompagnata a un **progressivo aumento del numero di alunni con disabilità**. Nell'anno scolastico 2023/2024 gli alunni disabili hanno superato 360 mila unità (+60% in 10 anni; +1.9% sul totale degli iscritti).

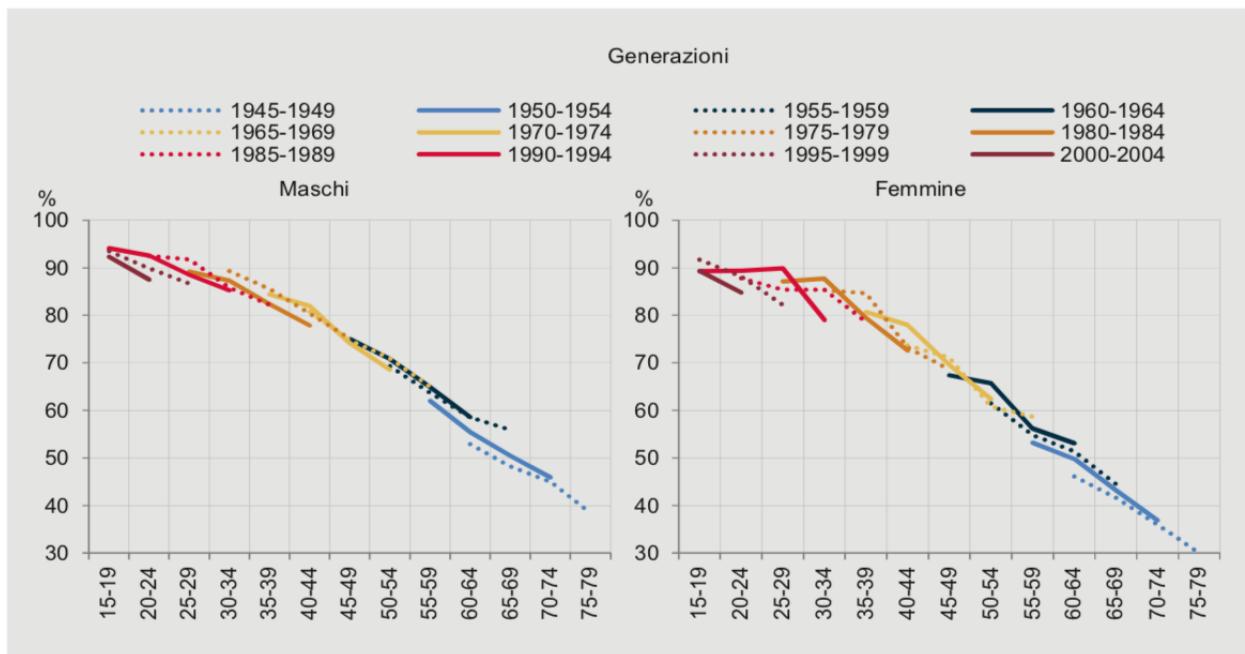
Nelle scuole primarie e secondarie di primo grado: 5,5% degli iscritti

Nella scuola dell'infanzia: 3,3% degli iscritti

Nella scuola secondaria di secondo grado: 3,5% degli iscritti.

Per fare fronte a questo incremento, si è reso indispensabile potenziare le risorse per l'inclusione, in termini sia di personale specializzato sia di strumenti adeguati.

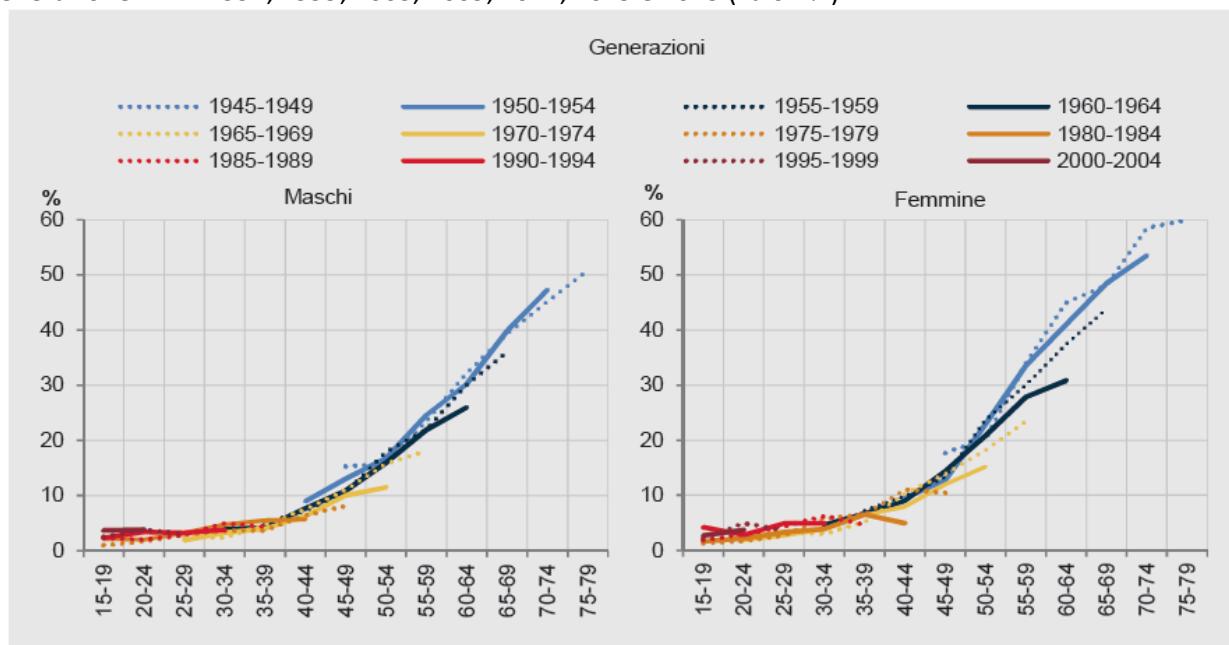
Parsone di 15 anni e più in buona salute (bene o molto bene) per sesso, classe di età e generazione. Anni 2009, 2014, 2019 e 2024 (valori %):



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Nelle generazioni più recenti si riscontra un peggioramento della **buona salute** tra i giovani di 20-34 anni (-5% nella classe 30-34 anni). I giovani di 30-34 anni nati nel 1975-1979 in buona salute erano l'87,3%, mentre tra i giovani della stessa età nati nel 1990-1994 in buona salute scendono all'82,2%. Il peggioramento della salute percepita dei giovani si associa al peggioramento in termini di salute mentale. Tra le persone di 55-59 anni nate tra il 1950 e 1954, periodo in cui si avvia il miracolo economico italiano, la prevalenza della buona salute è del 57,5% e incrementa fino a raggiungere il 61,8% nelle persone di 55-59 anni nate nel 1965-1969. L'incremento maggiore si osserva nella classe di età 60-64 anni: i nati nell'immediato dopoguerra (1945-1949) hanno buona salute nel 49,4% dei casi, quota che sale al 55,7% per i nati durante il boom economico (1960-1964), che hanno potuto godere di avanzamenti delle condizioni socio-economiche e di una migliore qualità della vita già a partire dall'infanzia. Le malattie croniche hanno nel tempo preso il posto delle malattie infettive come principale sfida per i paesi avanzati

Persone di 15 anni e più con multimorbilità (due o più patologie croniche) per sesso, classe di età e generazione. Anni 1994, 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2023 (valori %):



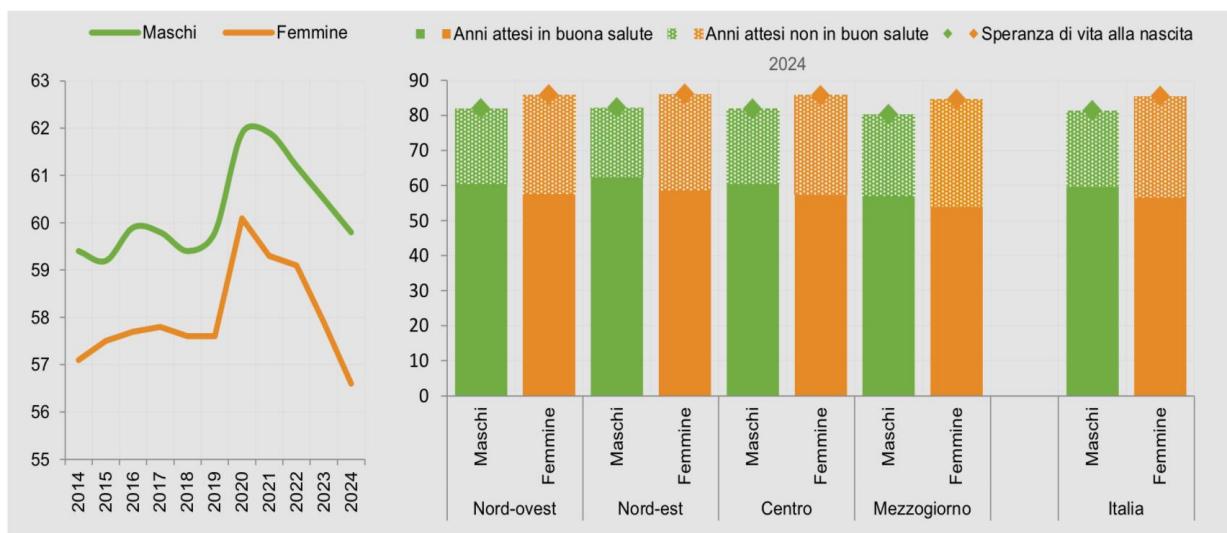
Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

La **multimorbilità** (definizione OMS: “*coesistenza di due o più patologie croniche in un unico individuo*”). Nel 2023, le persone affette da multimorbilità (15 patologie croniche prese in considerazione) erano il 23,6% nella popolazione di 15 anni e più. La distribuzione per età ha un andamento crescente più incisivo per le donne dopo i 40 anni e per gli uomini dopo i 45 anni; negli ultra 80enni ne sono interessati il 58,8% degli uomini e il 73,8% delle donne.

Nonostante il progressivo invecchiamento della popolazione e la maggiore capacità diagnostica che porta a far emergere un numero maggiore di casi si registra una diminuzione della multimorbilità tra i 50 e i 64 anni (a 55-59 anni scende del 12% tra il 1993 e il 2023). Il calo si attenua tra i 65-74enni e scompare dopo gli 80 anni. In termini assoluti, il numero di anziani con multimorbilità continua a crescere: dal 2008 al 2023 è passato da 6,9 a 7,8 milioni, spinto dall'aumento dell'invecchiamento della popolazione.

L'analisi delle generazioni evidenzia una chiara diminuzione della multimorbilità tra i 45-49enni (16,6% per i nati nel dopoguerra; 9,3% per i nati trenta anni dopo con una riduzione più marcata tra gli uomini). Tra i 65-69enni nati nel periodo postbellico (1945-1949) la prevalenza di multimorbilità era del 44,0% e scende al 40,1%, per i 65-69enni nati tra il 1955 e il 1959.

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

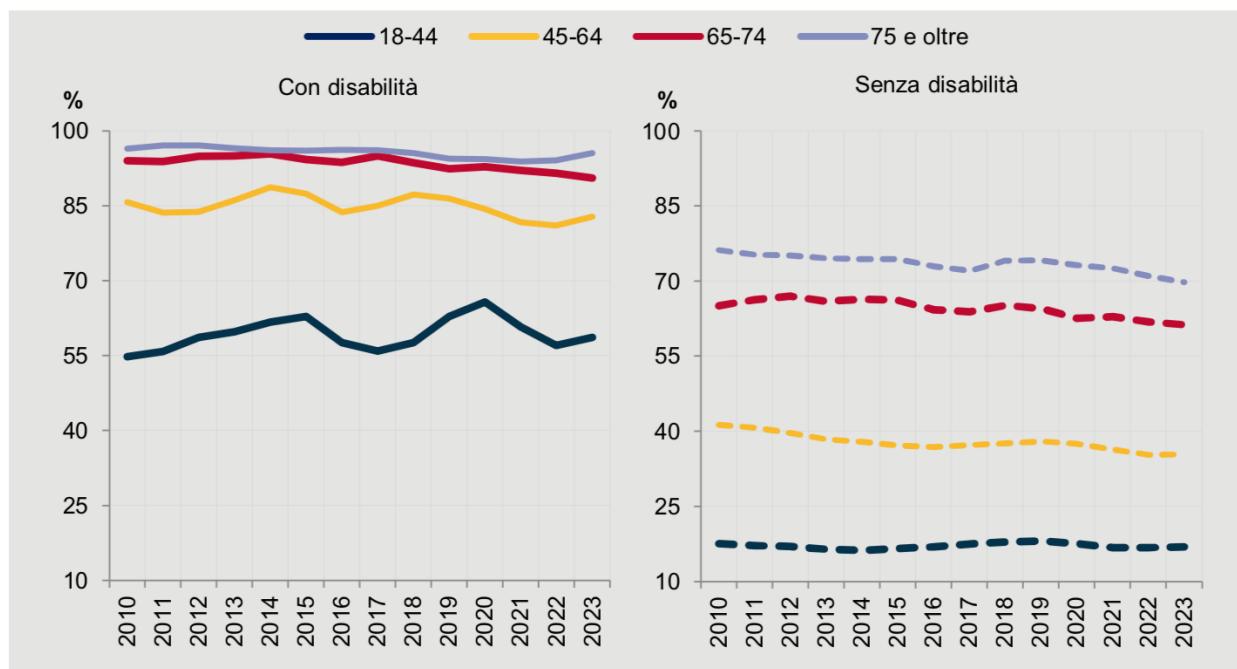


Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

(a) Il dato relativo al 2024 è una stima provvisoria.

Nel 2024, a fronte di nuovi guadagni di longevità, **la speranza di vita in buona salute** mostra un andamento opposto. Escluso il picco anomalo del 2020 per effetto della pandemia, il numero medio di anni di vita in buona salute alla nascita continua a ridursi: per gli uomini la speranza di vita in buona salute osservata nel 2024 è di 59,8 anni; per le donne la stima di 56,6 anni segna il punto di minimo dell'ultimo decennio: in un solo anno le donne hanno perso 1,3 anni di vita in buona salute, ampliando lo svantaggio di genere (-3,2 anni).

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



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

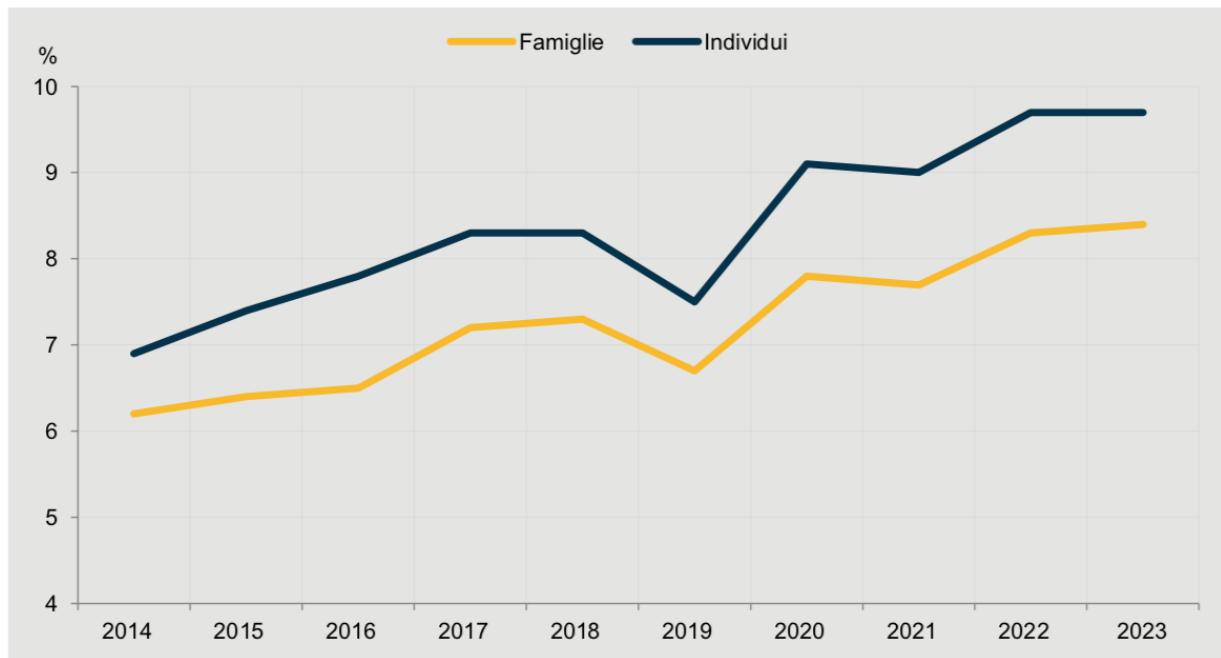
Uno degli indicatori più importanti per valutare le condizioni di salute della popolazione è la **prevalenza della cronicità**. Dal 2010 al 2023, la percentuale di con almeno una patologia cronica (multicronici) è

rimasta sostanzialmente stabile intorno all'88% per le persone con disabilità ed intorno al 33% per le persone senza disabilità. La presenza di almeno una patologia cronica aumenta con l'età: nelle persone con disabilità passa da 58,6% nella classe di età 18-44 anni a 95,5%; nelle persone senza disabilità passa da 16,9 % nella classe di età 18-44 anni a 69,8% nella classe di età 75 anni e più.

Secondo l'Eurostat, in Italia è a rischio di povertà o esclusione sociale il 30,2% delle persone con gravi limitazioni, contro il 21,3% della popolazione restante, e nel paese ci sono circa 2,3 milioni di famiglie in cui vive almeno una persona con limitazioni gravi.

A esporre le persone con disabilità e le loro famiglie a "un rischio di povertà più elevato" concorrono principalmente le difficoltà nella partecipazione al mercato del lavoro, i costi aggiuntivi legati soprattutto ai bisogni di cura e di assistenza socio-sanitaria, e una protezione sociale insufficiente nonostante sia indispensabile.

Incidenza di povertà assoluta familiare e individuale. Anni 2014-2023 (valori %):



Fonte: Istat, Indagine sulle spese delle famiglie

Nel 2023 le famiglie in **povertà assoluta** sono poco più di 2,2 milioni (8,4 % del totale delle famiglie residenti); gli individui coinvolti sono circa 5,7 milioni (9,7 % della popolazione residente). Nel confronto con il 2014, la povertà assoluta è aumentata del 2,2% a livello familiare e del 2,8% a livello individuale. Le famiglie numerose risultano le più esposte: l'incidenza ha raggiunto nel 2023 i livelli più elevati dell'ultimo decennio tra le famiglie con minori (oltre 747 mila, per un totale di circa 1 milione e 295 mila minori).

La povertà assoluta risulta più contenuta nel Centro (6,7% famiglie) e nel Nord (7,9%), mentre nel Mezzogiorno coinvolge 859 mila famiglie, pari al (10,2%).

Le famiglie di soli giovani in condizione di povertà assoluta sono circa 202 mila nel 2023. Nel Mezzogiorno si registra l'incidenza più elevata (12,8%) rispetto al Nord (10,6%) e al dato medio nazionale (11,3%).

5. Il valore e la dignità della persona anziana

Questa nostra epoca sta vivendo una situazione che non si era mai verificata nella storia e che deve essere valutata attentamente perché avrà una ricaduta determinante nelle scelte di politica economica, culturale e sociale. La percentuale di anziani (over 65 anni) è proporzionalmente in crescita determinando una struttura della società completamente nuova ed inesplorata. Oggi su 59 milioni di abitanti la popolazione anziana è di circa il 24 %, le previsioni per il 2050 sono del 34,6 % su una popolazione di 54,7 milioni di

abitanti. Questo richiederà un grosso impegno per riorganizzare tutto il nostro sistema in funzione dell'aumento del bisogno di sostegno alla non autosufficienza, di una sanità rivolta alla cronicità e di una organizzazione sociale che includa gli anziani che rappresentano un terzo di tutta la popolazione. Se finora ci si è concentrati sulla non-autosufficienza, con le possibili risposte da progettare e finanziare rispetto ai 3 indirizzi – residenzialità; domiciliarità e servizi territoriali; mista residenziale e domiciliare – è necessario pensare alla parte di anziani totalmente o parzialmente autosufficienti, che rappresentano i 2/3 degli anziani.

Cosa vive un anziano autosufficiente.

Come prima cosa è importante capire qual è la situazione dell'anziano autosufficiente (AAS). Non ci soffermeremo sui bisogni sanitari, che saranno coperti dal SSN (che auspiciamo diventi sempre più SSN pubblico e sempre meno privato, perché per la maggior parte degli anziani che vivono di pensione il ricorso al privato porterebbe inevitabilmente alla rinuncia delle cure), ma cercheremo di valutare il quotidiano dell'AAS.

Quando una persona arriva ai 65 anni ritirato dal lavoro vive una doppia criticità: l'impiego del tempo ed il senso della sua vita, ovvero qual è il suo posto nella società. Verifichiamo queste due situazioni.

Chi esce dal mondo del lavoro, si trova all'improvviso ad avere una vita non più scandita dai ritmi dall'impiego, ma totalmente da gestire. Se consideriamo che la maggior parte degli AAS è in buone condizioni fisiche e mentali, deve gestire questa condizione totalmente nuova. È esperienza comune vedere gli anziani che cercano impegni di vario tipo (sportivo, ricreativo, volontariato, impegno sociale e politico, attività culturali, gestione familiare – nonni, sostegno a familiari non autosufficienti – e tante altre esperienze). Sono queste possibilità molto importanti che necessitano di un riconoscimento e sostegno. Attualmente la maggior parte di queste attività non sono strutturate, ma estemporanee e legate alla iniziativa spontanea. Non esiste un servizio di orientamento perché un anziano possa individuare dove andare ed in che modo partecipare, ma è legato al passaparola. Se questa era una modalità accettabile con una popolazione anziana limitata, nel momento che riguarda un cittadino su 3 è necessario incentivare queste realtà, strutturarle, censirle e sostenerle anche economicamente.

Molto più complesso e intimo è il problema del senso di vita della persona anziana. In una società rapida, produttiva, efficiente ed impernata sull'avere un ruolo ben individuabile, l'anziano si trova privato di senso e sempre più marginalizzato. Praticamente elabora di essere un peso inutile per il mondo in cui, fino al giorno prima, aveva un posto preciso, chiaro e "importante". Inizia un processo di isolamento sociale e marginalizzazione irreversibile, che può accelerare il percorso verso la non-autosufficienza. Se nel periodo di "attività" la vita era misurata in progetti, obiettivi da raggiungere, processi da sviluppare, ora si sperimenta un senso di vuoto e di inutilità, che porta alla domanda "chi sono io" "a cosa servo" "dove sto andando".

Anche questo è una esperienza nuova, perché fino alla generazione passata, l'anziano aveva un importante ruolo sociale. Rappresentava nella famiglia e nella società, la memoria, le radici, il senso della comunità, il riferimento culturale e storico per le generazioni successive. In poche parole era colui che racchiudeva in sé il come ed il perché si era qui. Oggi questo ruolo si è perso o dimenticato.

In conclusione nell'affrontare la situazione di una società che invecchia è necessario quindi prendere in considerazione queste realtà:

- Non autosufficienza (residenziale, domiciliare, mista) con i relativi finanziamenti, strutturazione, rapporto pubblico privato, assistenza sanitaria alla cronicità, etc.
- Autosufficienza impegno temporale (censire e strutturare attività, orientamento, gestione, sostegno economico e di personale)
- Autosufficienza ruolo sociale (è un capitolo nuovo che si impone in considerazione dell'importante numero di soggetti e del grande valore che gli anziani potrebbero avere in una società che sta cambiando così radicalmente e rapidamente e che trarrebbe grandi vantaggi dal recuperare il valore degli anziani e della storia)

6. Prevenzione: progetto Long Life per l'invecchiamento attivo ed indipendente "aggiungere vita agli anni e non anni alla vita – Rita Levi Montalcini"

L'invecchiamento attivo nel nostro Paese

La **partecipazione** attiva degli anziani alla vita economica, sociale e culturale è uno dei pilastri della strategia promossa dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per rendere le nostre città a misura di anziano. Gli altri pilastri sono la salute e la sicurezza.

La partecipazione degli over 64 è cresciuta anche sul fronte del **lavoro**. La permanenza nel mondo del lavoro è legata alle riforme pensionistiche, ma anche alla longevità e al miglior stato di salute.

Inoltre, gli anziani partecipano alla vita **culturale** fuori dalle mura domestiche, trainando la crescita nazionale.

Il livello di partecipazione **politica** di questa fascia è molto alto rispetto al resto della popolazione e si dedicano al **volontariato** più di quanto non facessero i loro coetanei venti anni fa.

Nella vita della popolazione di 65 anni e più oggi contano molto lo stato di salute, il grado di autonomia, i ruoli sociali ricoperti e le reti affettive su cui contare. A causa dell'allungamento della vita media, la perdita dell'autosufficienza e la contrazione della vita sociale, che marcano l'entrata nell'età anziana più avanzata, sono spostati più avanti.

Fondamentale è la disponibilità di una **rete di sostegno** di amici, vicini o parenti non conviventi per le necessità di cura e assistenza. In effetti sta diventando sempre più comune per le persone tra i cinquanta e i sessantaquattro anni avere genitori o parenti di età pari o superiore a 85 anni di cui occuparsi: questo rapporto, che era pari al 3,4% nel 1960, oggi è arrivato a superare la quota del 16%.

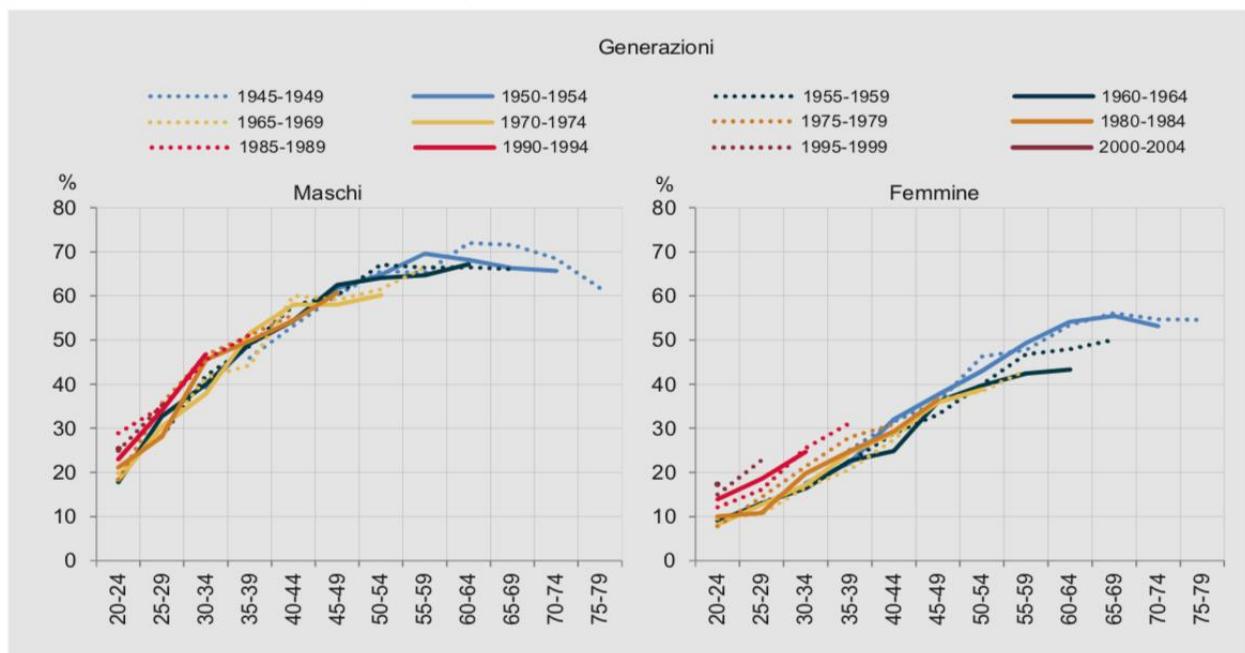
Dopo la 4a Conferenza Ministeriale quinquennale sull'invecchiamento dell'UNECE (Lisbona 2017), la delegazione italiana avvia un percorso di coordinamento delle politiche relative all'invecchiamento attivo, colmando una lacuna evidente fino a quel momento. Nasce così il Progetto di "*Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*", basato su due accordi triennali (2019-2021, 2022-2024) tra il Dipartimento per le politiche della famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'IRCCS-INRCA, con la collaborazione dell'INAPP.

Dal rapporto nazionale comparato pubblicato a Luglio 2022 emerge questo stato dell'arte:

- Le amministrazioni nazionali stanno contribuendo all'adattamento proattivo della società e dell'economia all'invecchiamento della popolazione, che risultano ascrivibili ai seguenti quattro macro-ambiti: i) contesto lavorativo; ii) contesto del lavoro di cura; iii) contesto della salute e di un invecchiamento il più a lungo possibile autonomo e privo di disabilità; iv) ambito della partecipazione e dell'inclusione sociale
- A livello regionale si configura questa situazione:
 - gruppo 1) le politiche e l'implementazione di interventi in materia di invecchiamento attivo (IA) risultano a uno stato organicamente avanzato (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Umbria)
 - gruppo 2) le politiche e l'implementazione di interventi in materia di IA sono promettenti anche se non ancora organicamente avviati (Basilicata, Bolzano, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Trento, Valle d'Aosta)
 - gruppo 3) le politiche e l'implementazione di interventi in materia di IA non hanno un *focus* troppo specifico (Abruzzo, Calabria, Campania, Lombardia, Molise, Piemonte, Sardegna e Sicilia).

Di seguito i dati ISTAT su obesità, stile alimentare, pratica sportiva, abitudini tabagiche, consumo di alcol e salute mentale.

Persone di 20 anni e più in eccesso di peso per sesso, classi di età e generazione. Anni 1983, 1990, 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2024 (valori %):

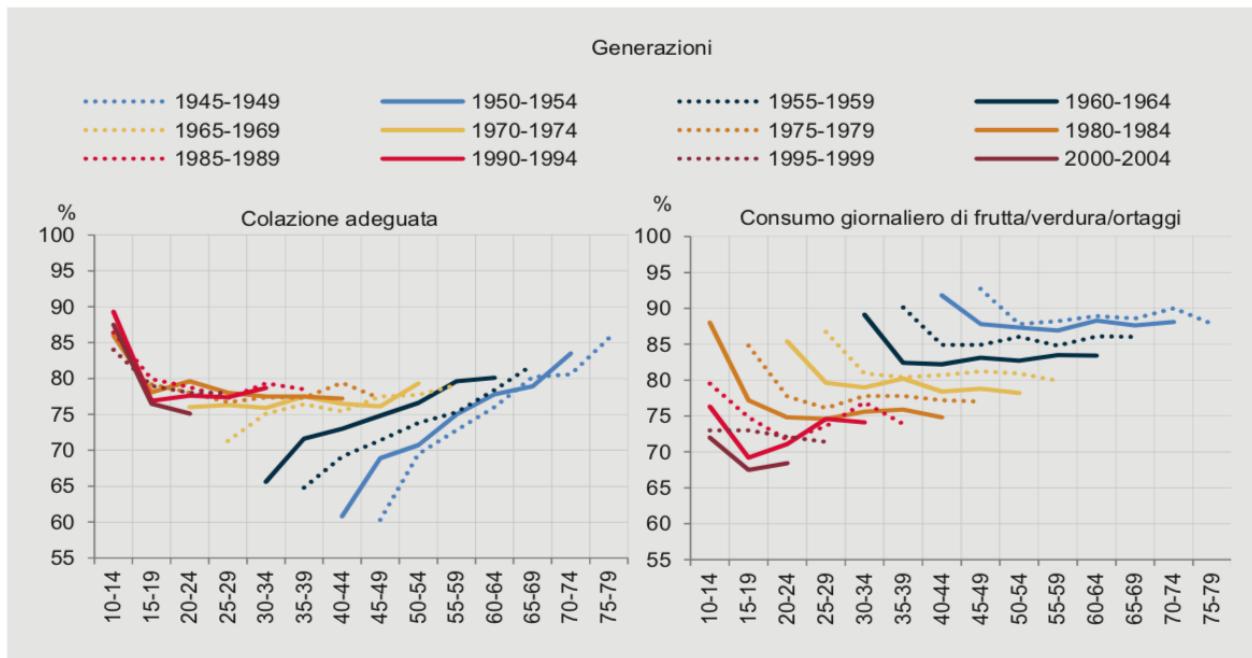


Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

L'**obesità** ($BMI \geq 30$) è ormai classificata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una patologia e, per la comunità scientifica, è riconosciuta come una malattia cronica multifattoriale e complessa che richiede un approccio sistematico completo alla cura. L'obesità inoltre rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di altre malattie cronico-degenerative del sistema cardiovascolare, del diabete di tipo 2 e di alcuni tipi di tumore. In quarant'anni l'obesità nella popolazione di età ≥ 18 anni è passata dal 7,4% nel 1983 all'11,8% nel 2024 (uomini +81%; donne +40%). L'obesità ha un costo sociale in termini di anni di vita persi o di anni vissuti con disabilità, ed un costo economico in termini di perdita di produttività e di maggiore ricorso ai servizi sanitari.

Nonostante la lotta all'obesità si ritrovi tra le priorità di diversi programmi europei (*HealthyW8, Joint Action on Nutrition and Physical Activity, JA-Health4EUkids, EU4Health*) ed internazionali (*Sustainable Development Goals* fissati dalle Nazioni Unite per il 2030; l'OMS indica come prioritarie le azioni volte all'educazione alimentare e alla promozione della pratica dell'attività fisica regolare), convertiti in diverse iniziative a livello nazionale (Rete Italiana Obesità, Benessere Bambini, ecc), in Italia i risultati non hanno finora raggiunto gli obiettivi attesi. L'analisi per generazione evidenzia un aumento dell'eccesso di peso, soprattutto tra i più giovani. Nelle classi di età 20-39 anni l'eccesso di peso cresce sensibilmente, in particolare tra i nati dagli anni '80 in poi. L'eccesso di peso cresce da una generazione all'altra in tutte le regioni Italiane, ma resta più diffuso nel Mezzogiorno.

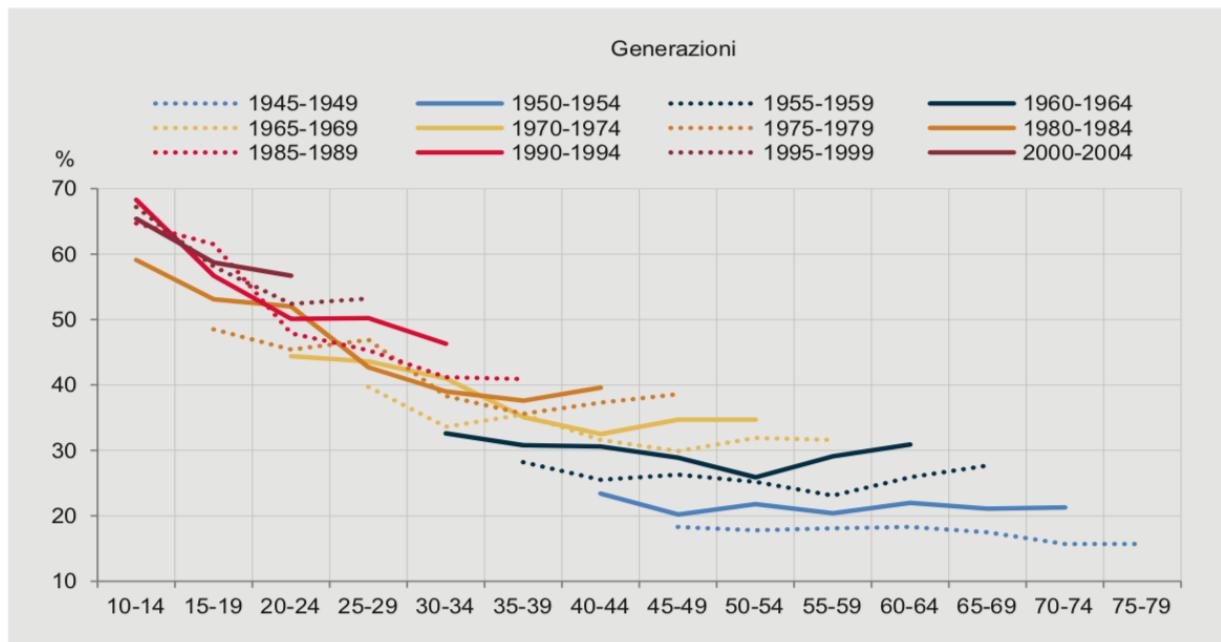
Persone di 10 anni e più che hanno l'abitudine di fare una colazione adeguata (sinistra) e che consumano giornalmente frutta/verdura/ortaggi (destra) per classe di età e generazione. Anni 1994, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2024 (valori %):



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Gli **stili alimentari** costituiscono un'importante leva per la riduzione dei fattori di rischio nelle società a sviluppo avanzato. Nel tempo è cresciuta l'abitudine a consumare una colazione che può essere definita adeguata. Tale buona abitudine nel 2024 riguarda l'80,1% della popolazione di età ≥ 10 anni (era circa il 68% 30 anni prima). Il consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi, alimenti alla base della dieta mediterranea – fortemente raccomandata per i suoi effetti benefici sulla salute – ha subito una forte diminuzione passando da circa il 94% del 1994 al 78,2% del 2024 per la popolazione di età ≥ 10 anni. L'analisi per generazione evidenzia un calo progressivo, più marcato tra i più giovani (nella fascia di età 30-34 anni il consumo di frutta, verdura e ortaggi è sceso dall'89,1% tra i nati nel 1960-1964 al 77,8% tra i nati nel 1975-1979).

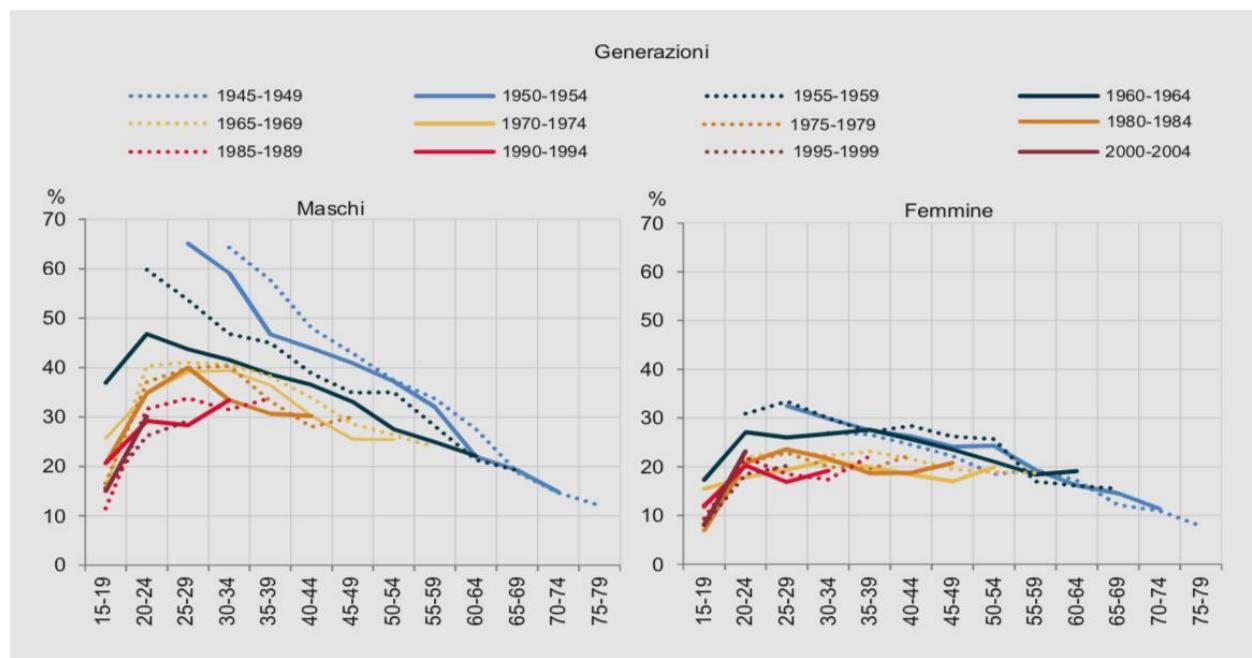
Persone di 10 anni e più che praticano sport (in modo continuativo o saltuario) per classe di età e generazione. Anni 1995, 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2023 (valori %)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana e Indagine I cittadini e il tempo libero

La **pratica sportiva** (saltuaria o continuativa) è cresciuta di generazione in generazione: tra i 45- 49enni (18,3% di praticanti tra i nati nel 1945-1949; 40% tra i nati nel 1975-1979). I livelli più elevati si riscontrano per le generazioni nate dalla seconda metà degli anni '80. Il divario di genere si è ridotto nelle generazioni più giovani, con le ragazze di 10-14 anni che passano dal 47,8% di sportive tra le nate nel 1980-1984 al 63,5% tra quelle del 1990-1994. I livelli di attività fisica restano più alti nel Centro-Nord, ma il Mezzogiorno recupera lentamente. La pratica sportiva tende a calare con l'ingresso nella vita adulta e con l'avanzare dell'età.

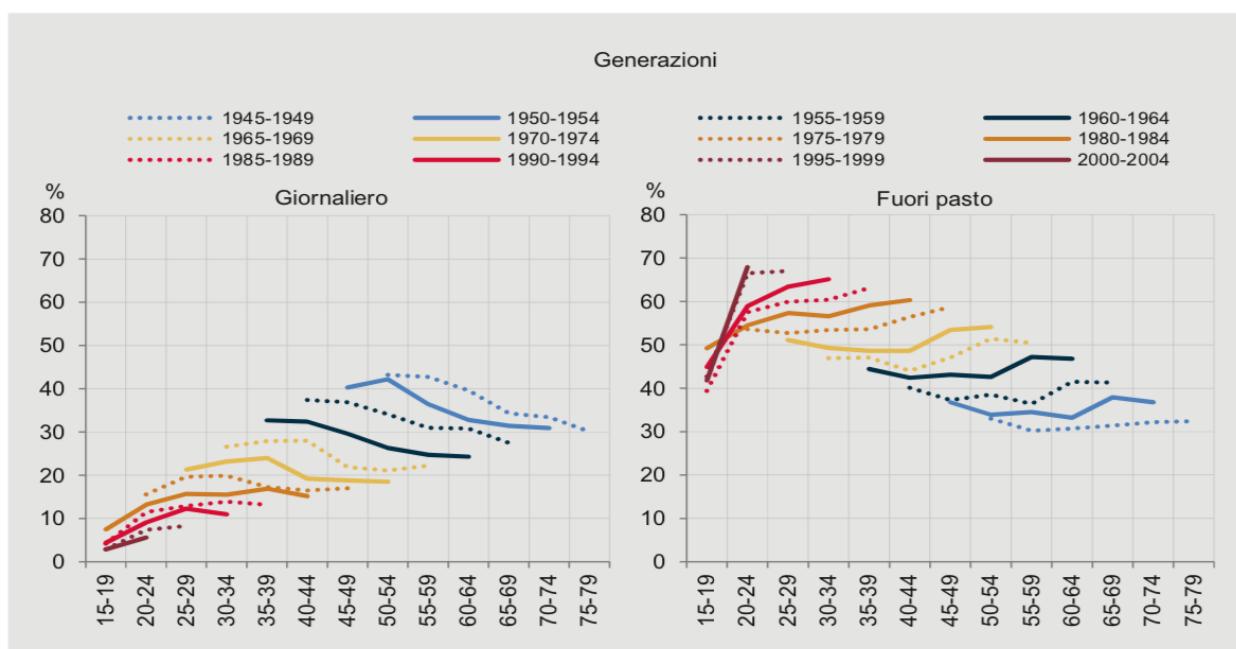
Persone di 15 anni e più che consumano tabacco per sesso, classe di età e generazione. Anni 1980, 1983, 1990, 1994, 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2024 (valori %):



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana (a) Cfr. Nota 21.

Negli ultimi 40 anni è diminuita sensibilmente la quota di **fumatori**, soprattutto tra gli uomini, con un calo marcato da una generazione all'altra (tra 30-34 anni oltre il 60% tra i nati nel secondo dopoguerra fumava che passa a 33,4% tra i nati negli anni '90). Cresce la percentuale di chi non ha mai fumato. Per le donne il calo è più lento e irregolare. Tra i giovani, in particolare, si diffondono nuove forme di consumo, come sigarette elettroniche e tabacco riscaldato, utilizzate da oltre il 14% dei 18-34enni, spesso in aggiunta al fumo tradizionale.

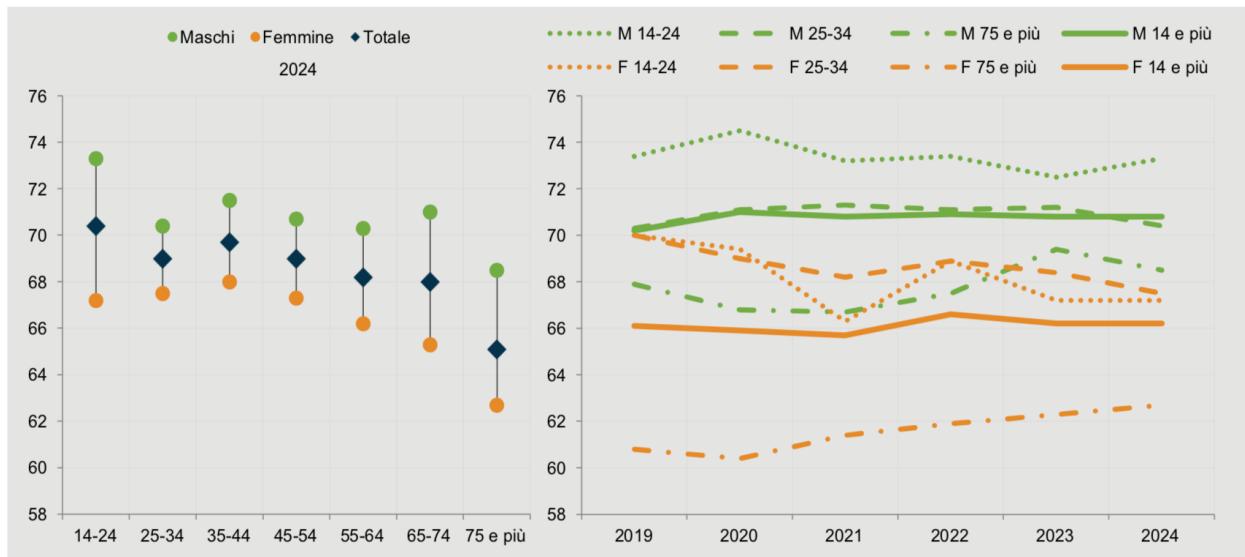
Personne di 15 anni e più per consumo giornaliero (sinistra) e fuori pasto (destra) di bevande alcoliche per classe di età e generazione. Anni 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2023 (valori %):



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Il consumo di bevande alcoliche passa da un consumo moderato e quotidiano di vino ai pasti a modelli più simili a quelli dei paesi nordici, che non riguardano più solo il vino, ma anche birra e superalcolici. Questi, spesso consumati fuori dai pasti e non quotidianamente, si concentrano in occasioni specifiche (ad esempio nel fine settimana), e sono spinti talvolta verso eccessi e ubriacature (*binge drinking*). Negli ultimi 25 anni, tra la popolazione di 15 anni e più, si assiste alla riduzione del consumo giornaliero (dal 33,3 al 19%) e all'aumento del consumo occasionale (da 37,3% a 49,8%) e di quello fuori pasto (da 23,8% a 33,4%); si mantiene stabile l'abitudine al *binge drinking* (7,3% nel 2003 e 7,8% nel 2023). Si osservano differenze molto rilevanti nel consumo di bevande alcoliche passando dal Nord al Sud del Paese, con valori molto più elevati nelle regioni del Centro-Nord.

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 l'indice di **salute mentale**, 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 età. Il disagio psicologico peggiora all'aumentare dell'età (tra 55-64 anni l'indice di salute mentale scende a 68,2 punti, fino a raggiungere il valore minimo di 65,1 tra le persone di età >75 anni). Le donne sono più svantaggiate in tutte le classi di età.

7. Bibliografia e sitografia

- “Politiche per la Non Autosufficienza e la Disabilità” – 16 Luglio 2025, Camera dei Deputati
- 6° rapporto dell’Osservatorio Long Term Care di CERGAS SDA Bocconi
- Volume PNNA 2024 Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza
- Report dell’OECD e della Commissione Europea ed Eurostat
- 20° rapporto CREA Sanità 2025
- Analisi GIMBE sul Decreto Anziani_14.02.24
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- elaborazione sui dati NSG 2023 – Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità; survey 2025 nell’ambito del progetto “L’impatto del genere sullo stress psicologico e lo stato di salute nelle persone caregiver familiari”
- ISTAT Rapporto 2025
- Toscana Medica_Disabilità e non autosufficienza
- Fonte: Patto per un nuovo welfare sulla Non Autosufficienza_21.10.25
- CBM - Fondazione Zancan, Disabilità e povertà nelle famiglie italiane, 2023

- Boccacin L. (2015). Anziani attivi: le sfide della prosocialità tra tradizione e innovazione. In G. Moro e A. Bassi (a cura di), “Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza”, Franco Angeli, Milano, pp. 19-44. - (2016). L’azione volontaria degli anziani attivi in Italia: l’emergere di nuovi ruoli sociali. In E. Scabini e G. Rossi (a cura di), “L’allungamento della vita: una risorsa per la famiglia, un’opportunità per la società”, Studi Interdisciplinari sulla Famiglia n. 28, Vita e Pensiero, Milano.
- Boccacin L. - Bramanti D. (2012). Anziani attivi e associazionismo: una prospettiva intergenerazionale. In R. Lodigiani (a cura di), “Rapporto sulla città”, Franco Angeli, Milano, pp. 105-135.
- Bramanti D., Boccacin L.,(2014). Anziani attivi in Europa tra morfogenesi dei legami e innovazione esistenziale, “Studi di Sociologia”, 3, 2014, pp. 233-259
- Bramanti D. - Meda S. (2015). Anziani attivi in Italia: engagement e benessere tra ricomposizione e ritiro. In G. Moro e A. Bassi (a cura di), “Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza”, Franco Angeli, Milano, pp. 131-158.
- Facchini C. (2010). La solitudine degli anziani: reti familiari, strategie di fronteggiamento e vissuto individuali. In A. Sapiro (a cura di), “La solitudine degli anziani: reti familiari, strategie di fronteggiamento e vissuto individuale”, Franco Angeli, Milano, pp. 92-112.
- Regalia C., Tamanza G. (2001). La transizione alla vita anziana: una sfida per le generazioni familiari, in Bramanti D. (a cura di), La famiglia tra le generazioni, Vita e pensiero, Milano
- Scabini, E., & Rossi, G. (Eds.). (2016). L’allungamento della vita. Una risorsa per la Famiglia, un’opportunità per la società, (Vol. 28). Vita e Pensiero, Milano.
- Walker A. - Maltby T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. “International Journal Of Social Welfare”, 2012:21, pp. S117-S130. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Commissione Europea, Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=it>
- <http://www.comune.torino.it/pass/informadisabili/2023/12/12/il-ballo-dei-numeri-della-disabilita-verba-e-scripta-et-numeri-volant/>
- <https://www.agenzaiura.it/la-riforma-della-disabilita/la-riforma-per-la-disabilita-contenuti-e-analisi/>
- Centro Studi Diritto e Sanità, Università di Pavia <https://dirittoesanita.unipv.it/aggiornamenti/long-term-care-prospettive-per-l-italia.kl>
- EUROSTAT (2023), Disability statistics - poverty and income inequalities, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_dpe010_custom_12140501/default/table?lang=en https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities#At_risk_of_poverty_or_social_exclusion
- https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf
- <https://unece.org/population/active-ageing-index>
- Progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo” sono reperibili sul sito web di progetto: <http://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/progetto-di-coordinamento-nazionale>