

# POVERTÀ E SALUTE MENTALE. RELAZIONE CIRCOLARE E DIRITTI NEGATI

## ABSTRACT

Lo scorso 11 febbraio, nella Giornata Mondiale del Malato, Caritas Italiana ha presentato il volume dal titolo “Povertà e salute mentale. Relazione circolare e diritti negati”, scritto in collaborazione con la Conferenza Permanente per la salute mentale nel Mondo Franco Basaglia<sup>1</sup>. Il testo offre una lettura complessa e approfondita del disagio mentale in Italia, attraverso l’analisi di dati epidemiologici, studi di sorveglianza, contributi della letteratura, ricerche quali-quantitative promosse da Caritas. Disuguaglianze economiche, precarietà lavorativa, fragilità abitative, isolamento e indebolimento dei legami non emergono come semplici fattori di contesto, ma determinanti sociali di salute che incidono sul benessere psicologico e sull’evoluzione del disagio. Ne emerge un peggioramento strutturale della salute mentale, con effetti particolarmente evidenti sulle giovani generazioni, sulle donne, sulle persone con esperienza migratoria, e una critica al defianziamento cronico della salute mentale, all’indebolimento dei servizi territoriali, alle crescenti disuguaglianze nell’accesso alle cure e ai servizi integrati. Accanto all’analisi delle criticità, lo studio individua possibili direzioni di cambiamento: il potenziamento dell’integrazione sociosanitaria, il rafforzamento dei servizi di prossimità, la valorizzazione del ruolo del Terzo settore e l’affermazione dei diritti, della partecipazione e dei progetti di vita. Il contributo, inoltre, sollecita a riconoscere la salute mentale come bene comune e pilastro della cittadinanza, assumendola come responsabilità collettiva e indicatore di giustizia sociale.

1.Cfr. <https://www.caritas.it/poverta-e-salute-mentale/> (u. a. 2/4/2026).

### Dati di scenario

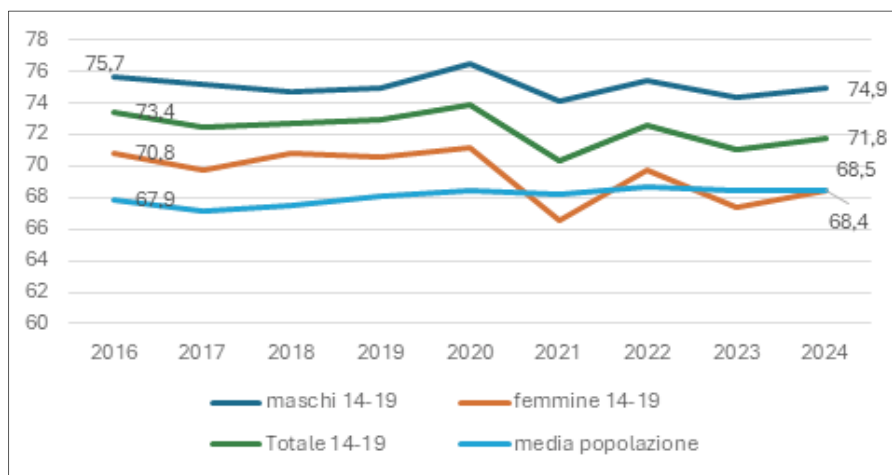
Negli ultimi anni, la salute mentale ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito pubblico e nelle agende internazionali. La pandemia ha agito da potente acceleratore, rendendo più visibili fragilità preesistenti e contribuendo a un diffuso peggioramento dello stato di benessere.

In Italia, le evidenze disponibili mostrano con chiarezza l'ampia diffusione dei disturbi mentali. Nell'arco della vita, essi interessano circa il 28% della popolazione – una percentuale in aumento rispetto al 18% registrato intorno agli anni Duemila – mentre nell'ultimo anno coinvolgono il 15% degli individui, contro il 7% del passato. Tra le condizioni più frequenti si collocano la depressione e i disturbi d'ansia. I disturbi psicotici, come la schizofrenia, presentano invece una prevalenza più contenuta ma stabile, pari a 3-6 casi ogni 1.000 abitanti. In modo trasversale emerge inoltre un marcato divario di genere, a svantaggio delle donne.

Le indagini di sorveglianza condotte a livello nazionale e internazionale da Istituto Superiore di Sanità, OCSE, Istat, OMS e UNICEF confermano e rafforzano queste tendenze, offrendo una lettura più ampia del benessere psicologico della popolazione. Nel 2024, l'Indice di salute mentale elaborato da Istat si attesta mediamente a 68,4 punti su una scala da 0 a 100. Si tratta di un valore complessivamente stabile nel periodo 2016-2024, con segnali di lieve miglioramento nel medio termine, ma che cela differenze significative per età e genere.

L'indice – che sintetizza dimensioni quali ansia, depressione e benessere psicologico – evidenzia infatti un peggioramento nelle fasce più giovani della popolazione, mentre con l'aumentare dell'età la situazione tende generalmente a migliorare. In particolare, la fascia 14-19 anni registra lo scostamento più marcato nel confronto tra il 2016 e il 2024. Nel dettaglio, per i giovani di questa età si osserva un calo del benessere mentale pari a 1,6 punti. Il peggioramento risulta più accentuato tra le ragazze, con una riduzione di 2,3 punti rispetto al 2016, a fronte di un calo di 0,8 punti tra i ragazzi.

**Grafico 1 – Indice di salute mentale nella fascia di età 14-19 anni (per genere e totale) e media nazionale, anni 2016-2024.**



Fonte: ISTAT

Le ricerche internazionali confermano e amplificano questo quadro. Secondo lo studio europeo ESPAD condotto nelle scuole, solo il 59% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni in Italia presenta un buon livello di benessere mentale, con un divario di genere particolarmente marcato: la quota sale al 66% tra i ragazzi, ma si ferma al 35% tra le ragazze.

Il malessere giovanile emerge non solo dalle indagini sul benessere psicologico, ma anche dall'aumento delle richieste di aiuto nei servizi di emergenza, dalle dichiarazioni di ideazione suicidaria, dagli atti di autolesionismo e dall'andamento dei suicidi. Tra il 2015 e il 2022, il numero di suicidi nelle classi di età più giovani è aumentato, con un'impennata particolarmente marcata nel 2021 – circa 80 decessi in più rispetto all'anno precedente – un livello che si è mantenuto anche nel 2022. Questa crescita può essere letta come la punta di un iceberg: la manifestazione estrema di un disagio profondo e strutturale, che interessa le giovani generazioni.

L'aumento complessivo del disagio mentale in Italia trova riscontro anche nei dati amministrativi e nell'utilizzo dei servizi territoriali. Tra il 2022 e il 2023, gli utenti adulti dei servizi psichiatrici sono passati da 776.829 a 854.000, con un incremento di circa il 10%. Parallelamente, si registra un significativo aumento delle richieste di aiuto da parte dei cittadini stranieri residenti, pari a circa il 20% tra il 2019 e il 2023: un fenomeno strettamente connesso all'acuirsi delle difficoltà economiche, sociali e abitative in un contesto di crisi prolungata.

**Tabella 1 – Stranieri residenti in Italia. Tasso di prevalenza di accesso ai servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati. Anni 2019-2023.**

	Tasso x10.000 residenti stranieri	Tasso x10.000 ab. ITALIA
2019	87.6	164.9
2020	93.0	143.4
2021	105.9	158.4
2022	98.1	154.2
2023	104.4	169.5

Fonte: Rapporto Salute Mentale- Ministero della Salute

### **Povert  e salute mentale: lo sguardo della Caritas**

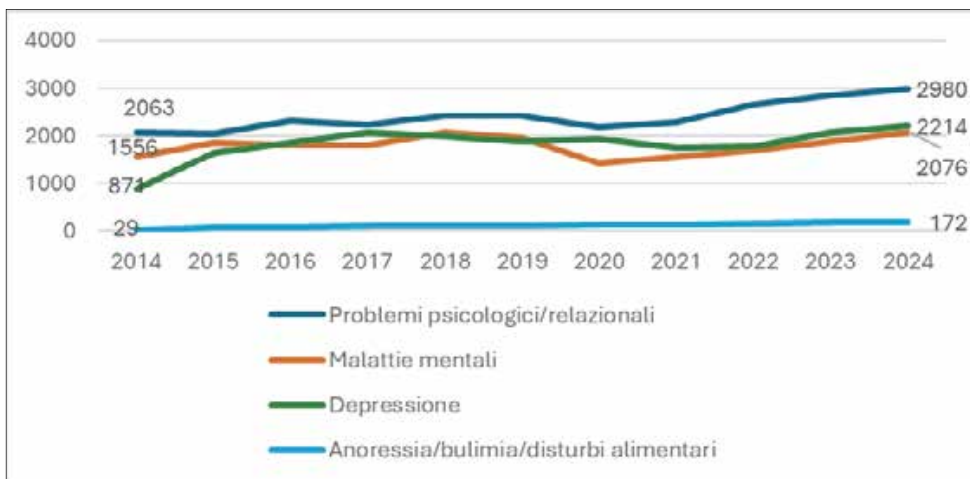
Tra le persone sostenute dalla rete Caritas nel 2024 (complessivamente 277.775), il 14,6% presenta una vulnerabilit  di tipo sanitario, mentre il 4,4% manifesta una specifica condizione di sofferenza mentale<sup>2</sup>. Si tratta, con ogni probabilit , di una quota sottosti-

2. Il dato si riferisce ai soli servizi informatizzati: 3.341 servizi distribuiti in 204 diocesi (pari al 92,7% delle diocesi italiane); tali servizi rappresentano circa la met  di quelli promossi e/o gestiti dalle Caritas diocesane e parrocchiali del nostro Paese, che secondo l'ultima mappatura risultano essere 6.780.

mata, anche alla luce delle evidenze istituzionali disponibili presentate. La sottostima può essere ricondotta a diversi fattori: le difficoltà di intercettare il disagio psicologico nei contesti di ascolto; il persistere dello stigma sociale e dei sentimenti di vergogna che ancora lo accompagnano; la natura in taluni casi episodica dei colloqui. Nel complesso, le persone con sofferenza psicologica seguite nel corso del 2024 sono state 7.742.

Per quanto riguarda la tipologia dei disturbi, prevalgono le problematiche psicologico-relazionali (38,5%), seguite dai disturbi depressivi (28,9%) e dalle patologie psichiatriche (26,8%). Il dato più rilevante emerge tuttavia nella dinamica di lungo periodo: tra il 2014 e il 2024, si registra un aumento del 154% delle persone con disturbi depressivi, un incremento nettamente superiore rispetto alla crescita complessiva dell'utenza (+62%), con un passaggio da 871 a 2.214 persone (Graf. 2).

**Grafico 2 – Persone ascoltate per tipologia di disagio psicologico/psichiatrico - Anni 2014-2024 (v.a.).**



Fonte: Caritas Italiana

Dal punto di vista dei profili sociali incontrati, emergono alcune traiettorie ricorrenti; si tratta, in particolare, di: persone senza dimora (uomini soli con dipendenze e disturbi psichiatrici); persone over 55; padri separati “*working poor*”; donne vittime di violenza con forte componente depressiva; famiglie con figli in carico alla neuropsichiatria infantile; giovani tra i 18 e i 25 anni che presentano disturbi di ansia, attacchi di panico, depressioni ad alto funzionamento, a volte combinati a uso di sostanze.

La sofferenza psicologica difficilmente si configura come un problema isolato. Tende al contrario a intrecciarsi con bisogni fondamentali di natura economica, lavorativa, abitativa e relazionale, dando origine a forme di fragilità complesse e stratificate. Quasi l’80% delle persone con disagio psicologico incontrate dalla rete Caritas cumula infatti tre o più ambiti di bisogno, una quota significativamente superiore rispetto ad altri gruppi: tra le persone con sole fragilità sanitarie fisiche la percentuale scende al 58,5%, mentre tra chi non presenta alcuna patologia si ferma al 21% (Tab. 2).

**Tabella 2 – Persone ascoltate secondo la presenza di fragilità sanitarie per numero di ambiti di bisogno (%) - Anno 2024**

<b>Categoria</b>	<b>1 ambito</b>	<b>2 ambiti</b>	<b>3 o più ambiti</b>	<b>Totale</b>
Persone senza fragilità sanitarie	52,2	26,8	21,0	100,0
Fragilità sanitarie generiche	16,1	25,5	58,5	100,0
Sofferenza mentale	5,7	15,6	78,7	100,0

Un ulteriore elemento riguarda la cronicizzazione dello stato di bisogno. Tra le persone con sofferenza mentale, circa il 40% è seguito da lungo tempo (cinque anni o più), mentre la stessa quota scende al 24,9% tra chi non presenta fragilità di ordine sanitario.

**Tabella 3 – Persone ascoltate secondo la presenza di fragilità sanitarie per durata della storia assistenziale (%) - Anno 2024**

<b>Categoria</b>	<b>Nuovi ascolti</b>	<b>1-2 anni</b>	<b>3-4 anni</b>	<b>5 anni e più</b>	<b>Totale</b>
Senza fragilità sanitarie	39,4	23,8	11,9	24,9	100,0
Fragilità sanitarie generiche	31,0	22,2	12,2	34,6	100,0
Sofferenza mentale	29,8	19,3	11,2	39,8	100,0

### **Lo stile Caritas: approcci, funzioni e modalità di intervento**

Nel lavoro quotidiano sui territori, le Caritas diocesane sviluppano un approccio peculiare e complementare rispetto agli altri attori del sistema di welfare, fondato sulla prossimità e sulla capacità di intercettare situazioni di disagio psichico spesso invisibili. Attraverso percorsi continuativi di ascolto e accompagnamento, svolgono una funzione di “cerniera” tra persone e istituzioni, facilitando l’accesso ai servizi pubblici e sostenendo la continuità dei percorsi di cura, soprattutto nelle fasi più critiche. L’intervento si estende poi all’intera vita quotidiana: casa, reddito, relazioni e mediazione con i servizi diventano elementi centrali per sostenere la tenuta complessiva delle persone. Le Caritas contribuiscono inoltre a contrastare stigma e isolamento, promuovendo esperienze di comunità, prossimità e volontariato. Nei contesti di emergenza e povertà estrema, garantiscono condizioni minime di sicurezza, continuità assistenziale e supporto relazionale. Questa impostazione definisce il cosiddetto “stile Caritas”, basato su alcuni principi chiave: centralità della persona e della famiglia, costruzione di relazioni di fiducia, lavoro di rete con i servizi pubblici e il privato sociale, sensibilizzazione delle comunità per ridurre pregiudizi e isolamento, e un’azione di *advocacy* orientata alla tutela dei diritti e alla promozione della giustizia sociale. Gli strumenti operativi specifici dedicati alle persone con sofferenza mentale sono molteplici e includono laboratori per il rafforzamento delle autonomie, attività ludico-ricreative e sportive inclusive, esperienze di *co-housing* per l’autonomia abitativa, tirocini lavoro e di inclusione, oltre a percorsi di orientamento ai servizi, supporto psicologico e sostegno alle famiglie. In questo quadro, la rete non

si limita a intercettare il disagio, ma si configura come un dispositivo sociale capace di tenere insieme cura, inclusione e diritti, assumendo un ruolo di interfaccia tra fragilità individuali e responsabilità collettiva.

### **Riflessioni conclusive**

La sofferenza mentale non può essere letta esclusivamente come una questione clinica: è profondamente intrecciata a fattori economici, sociali, relazionali e culturali. Povertà, precarietà, isolamento non costituiscono semplici sfondi, ma incidono direttamente sull'insorgenza, sull'evoluzione e sulle possibilità di uscita dal disagio.

In questo senso, la relazione tra povertà e salute mentale si conferma bidirezionale e cumulativa, come ampiamente documentato dalla letteratura. Le difficoltà materiali aumentano l'esposizione al disagio psichico, mentre la sofferenza mentale può compromettere i percorsi lavorativi, abitativi e relazionali, alimentando ulteriormente condizioni di esclusione. Si configura così un circuito che tende ad autoalimentarsi, trasformando situazioni di vulnerabilità temporanea in forme di marginalità persistente.

Accanto alla vulnerabilità delle persone, in aumento, emerge con forza anche quella dei sistemi di risposta. Nonostante un impianto normativo che, a partire dalla riforma avviata con la legge 180 del 1978, ha riconosciuto la salute mentale come parte integrante dei diritti di cittadinanza e ha posto al centro il superamento delle istituzioni totali, oggi si osservano segnali di criticità. Persistono forti disuguaglianze territoriali, carenze di risorse e difficoltà di integrazione tra ambito sanitario e sociale, cui si affiancano l'indebolimento dei servizi territoriali, il progressivo definanziamento della salute mentale e il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione.

In questa prospettiva, alcune direttrici appaiono prioritarie come, ad esempio, quella di rafforzare maggiormente l'integrazione tra sociale e sanitario; ridurre le disuguaglianze territoriali attraverso standard vincolanti; investire in modo stabile nei servizi di prossimità e nelle figure professionali; promuovere strumenti personalizzati capaci di coniugare cura, autonomia e inclusione. Al tempo stesso, appare necessario sviluppare sistemi di monitoraggio orientati agli esiti e favorire la partecipazione attiva delle persone e delle comunità nei percorsi di cura.

Investire sulla salute mentale significa rafforzare la coesione sociale, sostenere le famiglie e costruire condizioni di vita più eque e sostenibili; al contrario, la sua marginalizzazione produce costi umani e sociali profondi, spesso invisibili ma duraturi.

Rendere visibile questa sofferenza è un primo passo, ma non sufficiente. Occorre tradurre la consapevolezza in responsabilità pubblica: trasformare l'ascolto in azione, riconoscere la salute mentale come diritto fondamentale della persona e interesse collettivo, e rimuovere le barriere culturali, sociali ed economiche che ancora oggi generano disuguaglianze e stigma. In questa direzione, la crescente consapevolezza della vulnerabilità condivisa richiama a una responsabilità altrettanto condivisa tra istituzioni, servizi e comunità locali. Considerare la salute mentale un bene comune significa assumerla come investimento strategico per la coesione sociale, e non come una questione settoriale. In questo quadro, il modo in cui una società affronta il rapporto tra povertà e salute mentale rivela la sua idea di persona, di dignità e di futuro. È su questo terreno che si misura la capacità di costruire comunità più giuste, inclusive e realmente capaci di prendersi cura.