Un'iniziativa realizzata con il contributo non condizionante
di AstraZeneca, GSK, MSD, Pfizer, Sanofi e Teva

MERIDIANO SANITÀ

Le coordinate della salute

20 anni insieme

Rapporto 2025

TEHA

Un'iniziativa realizzata con il contributo non condizionante
di AstraZeneca, GSK, MSD, Pfizer, Sanofi e Teva

MERIDIANO SANITÀ

Le coordinate della salute

20 anni insieme

Rapporto 2025

© 2025 TEHA Group S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da TEHA Group S.p.A.
Nessuna parte di esso può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di ricerca automatica, o trasmessa in qualsiasi forma o tramite qualsiasi supporto - elettronico, meccanico, fotocopiatura, registrazione o altro - senza l'autorizzazione scritta di TEHA Group S.p.A.

PREFAZIONE

Vent'anni fa, quando vedeva la luce la prima edizione di Meridiano Sanità, molte delle parole che oggi dominano il dibattito politico e pubblico – pandemia, dazi, resilienza – non erano nemmeno presenti nel vocabolario comune. Il mondo era diverso: nel 2005 i conflitti armati censiti a livello globale erano cento, quasi la metà di quelli registrati nel 2024, il numero più alto dalla Seconda Guerra Mondiale. La difesa non era ancora entrata nei dibattiti politici europei, mentre oggi tutti i Paesi UE – Italia compresa – si muovono verso un obiettivo di spesa pari al 5% del PIL entro il 2035. Anche la competizione economica aveva un volto diverso: non si discuteva di dazi su beni essenziali come farmaci e vaccini, che oggi rappresentano la terza voce dell'export italiano verso gli Stati Uniti.

Ma il 2005 è anche l'anno di un'altra, silenziosa svolta: l'anno in cui in Italia la curva dei decessi ha incrociato per la seconda volta quelle delle nascite, iniziando a tracciare un saldo negativo divenuto poi strutturale. Da allora il divario si è ampliato, alimentando una trasformazione demografica che assume oggi la forma di una triplice sfida: invecchiamento e aumento della dipendenza degli anziani (con gli over-65 più che raddoppiati in vent'anni), calo costante della natalità e inversione dei flussi migratori, con l'Italia passata da Paese di partenze a Paese di arrivi.

A questa rivoluzione demografica si è intrecciata l'instabilità economica. La crisi finanziaria, l'incremento dell'inflazione e la pandemia di COVID-19 – solo per citarne alcune – hanno segnato un ventennio difficile, lasciando l'Europa indebolita e l'Italia con prospettive di crescita modeste, produttività stagnante e un debito pubblico passato dal 102% del PIL nel 2005 al 135% nel 2024.

In questi vent'anni, Meridiano Sanità non si è limitato a registrare i cambiamenti del contesto internazionale e locale, ma ha documentato il loro impatto sulla salute e sul Servizio Sanitario Nazionale, richiamando costantemente la necessità di riallineare le risorse a un fabbisogno di assistenza sanitaria in costante e rapida crescita. Dei moltissimi temi affrotati in questi anni, sono quattro i grandi "nodi" ancora da sciogliere: la sostenibilità economico-finanziaria di lungo periodo, la scarsa valorizzazione dei professionisti sanitari, le persistenti disuguaglianze territoriali e gli ostacoli alla competitività del settore Life Science.

Guardando avanti, è chiaro che non esiste una soluzione unica per liberare risorse senza mettere a rischio altre priorità come scuola, università, ricerca e infrastrutture, essenziali ad ogni Paese (e ad ogni suo cittadino) per crescere e prosperare. Serve un mix di politiche: un mercato del lavoro più inclusivo (a partire da una gestione attiva dell'immigrazione, da occupazione femminile e giovanile), un sostegno solido alla natalità, una fiscalità più equa ed efficiente, la piena valorizzazione dei fondi europei e un rinnovato impegno per attrarre investimenti esteri. Il tutto con un principio guida che da vent'anni accompagna Meridiano Sanità: solo unendo prevenzione e innovazione si può creare e condividere valore.

Questa XX edizione non è un semplice anniversario né vuole essere un bilancio degli anni trascorsi: è soprattutto un invito a guardare ai prossimi vent'anni con la consapevolezza che l'equilibrio tra demografia, salute ed economia esiste, ma va costruito insieme a partire da oggi, con coraggio e responsabilità.

«Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito» - Ippocrate

Valerio De Molli
Managing Partner e CEO
The European House - Ambrosetti e TEHA Group

INDICE

PREFAZIONE 3

INTRODUZIONE 9

LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 13

1. SALUTE, SOCIETÀ, ECONOMIA: ALLA RICERCA DI UN NUOVO EQUILIBRIO 17

1.1 L'incertezza del quadro geopolitico e macroeconomico 17
1.2 La salute come driver di crescita, produttività e competitività 23
1.2.1 Resilienza e governance multilaterale per la salute come bene comune 26
1.3 La transizione demografica e gli impatti socio-economici 26
1.4 Salute dei giovani oggi, salute degli adulti domani 31
1.5 Dall'invecchiamento demografico alla prospettiva dell'Ageing society 34

2. NUOVI LINGUAGGI PER LA SALUTE: INFORMARE, COMUNICARE, COINVOLGERE 39

2.1 La sfida dell'alfabetizzazione sanitaria 40
2.1.1 L'importanza della cultura della salute fin dai banchi di scuola 44
2.2 L'informazione sanitaria oggi, tra bisogni reali e diagnosi virtuali 45
2.3 Il marketing in ambito sanitario: potenzialità e rischi 48
2.4 Politiche pubbliche e strategie di prevenzione: il contributo delle Istituzioni 51

3. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE: CRONICITÀ, MALATTIE INFETTIVE E AMR 59

3.1 I tumori solidi 61
3.2 I tumori del sangue 64
3.3 Le malattie cardio, cerebro e vascolari 67
3.4 Le malattie metaboliche 70
3.5 Le malattie respiratorie croniche 72
3.6 Le malattie neurologiche 74
3.7 I disordini mentali e comportamentali 78
3.8 Le malattie muscoloscheletriche 82
3.9 Le malattie rare e infrequenti 84
3.10 Le malattie infettive 86
3.11 Le infezioni correlate all'assistenza e AMR 88

4. INVESTIRE NELLA SALUTE DELLE DONNE: UNA LEVA PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE 95

4.1 Una fotografia dello stato di salute delle donne in Italia 96
4.2 Il potenziale inespresso di salute femminile e il suo valore socio-economico 101
4.3 La medicina di genere come obiettivo di salute pubblica 106
4.3.1 Il quadro dell'Italia nel contesto internazionale, tra primi passi e ultimi provvedimenti 109
4.4 Priorità di investimento in prevenzione, ricerca e innovazione 110

5. LA PREVENZIONE COME STRUMENTO DI "SOCIAL SECURITY" 115

5.1 La salute nel contesto della nuova strategia EU "Readiness 2030" 117
5.2 La spesa in prevenzione in Italia: andamento nazionale e differenze regionali 118
5.3 Stili di vita e fattori di rischio 121
5.3.1 I fattori di rischio ambientali 130
5.4 La strategia nazionale di immunizzazione 132
5.4.1 L'adesione alle campagne nell'età pediatrica 133
5.4.2 L'adesione alle campagne nell'età adolescenziale 141
5.4.3 L'adesione alle campagne nell'età adulta 144
5.5 L'organizzazione e l'adesione alle campagne di screening 148
5.5.1 Gli screening oncologici 148
5.5.2 Gli screening cardio-metabolici 153
5.5.3 Gli screening neonatali 155
5.6 Il rafforzamento delle attività di prevenzione a livello regionale 155

6. RICERCA E INNOVAZIONE FARMACEUTICA: INVESTIMENTI E ACCESSO PER I PAZIENTI 159

6.1 La nuova geografia della ricerca clinica mondiale 160
6.2 Lo scenario delle terapie in arrivo a livello europeo 164
6.3 Le sperimentazioni cliniche in Italia 167
6.3.1 L'analisi di Meridiano Sanità sui dati del Clinical Trials Information System 169
6.4 La valutazione dell'innovatività in Italia 174
6.5 I tempi di accesso ai nuovi farmaci in Europa e in Italia 177
6.5.1 Gli schemi di Early Access 175
6.6 Il valore sociale dell'accesso ai farmaci 182

7. DIVARI SOCIO-ECONOMICI E DISUGUAGLIANZE DI SALUTE 187

7.1 La situazione Nord-Sud e nelle aree interne 188
7.1.1 Liste d'attesa: primi segnali di inversione di tendenza 191
7.2 L'erogazione dei LEA sul territorio nazionale 194
7.3 Il Meridiano Sanità Regional Index 196
7.3.1 Indice dello stato di salute 198
7.3.2 Indice dei determinanti della salute 201
7.3.3 Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione 207

8. SPESA E FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ ITALIANA: STATO DELL'ARTE E SCENARI FUTURI 217

8.1 Il contesto europeo 218
8.1.1 La spesa in prevenzione come investimento: il nuovo quadro fiscale europeo 221
8.2 La spesa sanitaria in Italia e il finanziamento del SSN 223
8.2.1 La spesa farmaceutica e il meccanismo del payback 230
8.3 La spesa sanitaria privata 239
8.3.1 La sanità integrativa come strumento di promozione della sostenibilità del sistema 242
8.4 Lo scenario previsionale del finanziamento e della spesa sanitaria al 2050 245
8.4.1 Le politiche non sanitarie per la sostenibilità del SSN 251

9. IL PNRR E LA MISSIONE 6 "SALUTE": STATO DI AVANZAMENTO E ASPETTI RILEVANTI 255

9.1 Il quadro finanziario e l'avanzamento delle Missioni del PNRR 256
9.2 Approfondimento su Componente 1 e Componente 2 258
9.3 Dalla realizzazione all'operatività: sfide per la piena attuazione della Missione 6 "Salute" dopo il 2026 268

10. DALL'E-HEALTH ALLA SMART HEALTH 273

10.1 La trasformazione digitale e data-driven della sanità 274
10.1.1 European Health Data Space: un nuovo ecosistema digitale per la salute in Europa 276
10.2 Intelligenza Artificiale: un alleato per la sostenibilità, l'efficienza e la personalizzazione della cura 278
10.2.1 Governare l'Intelligenza Artificiale in medicina: le risposte normative dell'UE 280
10.3 I dati sintetici per la ricerca, l'innovazione e la programmazione dei servizi sanitari 282
10.3.1 Un quadro normativo per la ricerca sanitaria e i dati sintetici 285

11. REBRAIN EUROPE PER LA SALUTE: STRATEGIE E AZIONI PER VALORIZZARE IL CAPITALE UMANO IN ITALIA 287

11.1 Verso un nuovo modello di "brain" economy 288
11.2 Sfide e paradossi della ricerca italiana 289
11.2.1 La nuova prospettiva europea e gli impatti per l'Italia 292
11.2.2 Gli ERC e gli altri finanziamenti disponibili 293
11.3 I numeri chiave della sanità pubblica e della filiera industriale 296
11.3.1 Gli occupati nel settore farmaceutico e biomedicale: dalla ricerca alla produzione 296
11.3.2 Il personale sanitario 300
11.3.3 L'Indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, i provvedimenti normativi e le iniziative regionali 306

12. IL SETTORE LIFE SCIENCE IN EUROPA E IN ITALIA: VALORE, SFIDE E PROSPETTIVE 311

12.1 I cambiamenti in atto nel quadro competitivo globale 311
12.1.1 La minaccia dei dazi statunitensi 312
12.2 Dal Rapporto Draghi alla Life Science Strategy: il nuovo quadro europeo 314
12.3 La filiera come motore di salute, innovazione e crescita economica 317
12.4 I numeri chiave del settore in Italia 319
12.4.1 Il comparto delle aziende farmaceutiche a capitale estero 321
12.4.2 Il ruolo degli investimenti esteri 321
12.4.3 Il comparto dei farmaci accessibili 322
12.5 Le strategie Life Science nazionali 324
12.5.1 Francia: eccellenza industriale e attrazione di capitali 325
12.5.2 Spagna: leadership europea nella ricerca clinica e nuova strategia industriale 327
12.5.3 Germania: consolidamento della manifattura e rilancio della ricerca 331
12.5.4 Danimarca: modello integrato di politica industriale e sanitaria 334
12.5.5 Regno Unito: governance integrata e monitoraggio 336
12.5.6 Canada: investimenti pubblici e cluster innovativi 338
12.6 Italia: il Libro Verde "Made in Italy 2030" e la riforma del settore farmaceutico 341

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 345

INTRODUZIONE

La XX Edizione del Rapporto Meridiano Sanità segna una tappa simbolica: vent'anni di analisi e confronto che hanno accompagnato una profonda trasformazione del contesto geopolitico, economico, demografico e sanitario. Crisi economiche, nuovi conflitti e una pandemia hanno inciso profondamente sullo stato di salute percepita ed effettiva degli italiani. Nello stesso tempo la ricerca e l'innovazione hanno compiuto passi da gigante, aprendo nuove prospettive terapeutiche, come nel caso delle terapie avanzate, e organizzative, come nel caso della medicina digitale, un concetto già noto ma di cui mancavano molte delle attuali infrastrutture. In questo scenario di incertezza e nuove opportunità, la salute si conferma non solo un diritto fondamentale, ma anche un investimento strategico, un driver di competitività e crescita per l'intero sistema-Paese.

A partire da questa consapevolezza, il **Capitolo 1** mette in relazione salute, società ed economia, sottolineando come lo stato di salute della popolazione sia oggi un indicatore decisivo della capacità produttiva e competitiva di un Paese. Si evidenziano i grandi trend demografici – dalla natalità in calo all'invecchiamento – che stanno ridisegnando i bisogni di assistenza, così come i fattori di vulnerabilità delle nuove generazioni, legati non solo a stili di vita e patologie specifiche, ma anche a condizioni sociali come l'incertezza lavorativa e le difficoltà economiche. Punto di arrivo del Capitolo è la dimostrazione che la salute è non solo un valore individuale, ma un bene collettivo che incide su coesione, stabilità e sviluppo.

Da qui discende l'importanza dei nuovi linguaggi della comunicazione sanitaria, tema al centro del **Capitolo 2**, che mostra come informare e coinvolgere i cittadini rappresenti una leva imprescindibile per la prevenzione e la salute pubblica. L'era digitale ha trasformato profondamente il modo in cui le persone si informano, rendendo Internet e social media canali privilegiati per l'accesso alle informazioni sanitarie. In questo contesto, storytelling e marketing sociale diventano strumenti essenziali per orientare comportamenti, costruire fiducia e rendere la comunicazione partecipativa, considerato che molti cittadini, soprattutto i più giovani, mostrano ancora livelli inadeguati di alfabetizzazione sanitaria, con conseguenze importanti sulla prevenzione e sull'uso dei servizi sanitari.

Se la comunicazione orienta i comportamenti, il quadro epidemiologico ne riflette le conseguenze. Il **Capitolo 3** fotografa la situazione italiana, soffermandosi sul peso delle patologie croniche non trasmissibili, sull'incidenza crescente dei disturbi mentali e delle malattie infettive, fino alle infezioni correlate all'assistenza, che comportano costi clinici ed economici molto rilevanti: maggiore mortalità, degenze più lunghe, disabilità permanenti. Centrale è il tema dell'antimicrobico-resistenza, una "pandemia silente" che rischia di compromettere i progressi raggiunti finora, con impatti trasversali su salute umana, veterinaria, produzione alimentare ed ecosistemi.

In questo scenario complesso, la salute delle donne costituisce una priorità trasversale, affrontata nel **Capitolo 4**. Qui vengono approfondite le differenze di genere nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie, così come nelle risposte ai trattamenti e nella comparsa di eventi avversi, elementi che rendono imprescindibile un approccio basato sulla medicina di genere e, più in generale, su una medicina delle differenze. In un contesto sempre più orientato verso la medicina personalizzata e di precisione, le differenze legate a sesso e genere non possono più essere trascurate. L'analisi prende in considerazione anche le diversità negli stili di vita, spesso sottovalutate, e le ricadute economiche e sociali di una scarsa attenzione alla salute femminile. L'implementazione di politiche mirate non solo riduce le disuguaglianze, ma favorisce una società più equa e produttiva.

Dalla dimensione di genere a quella universale, il **Capitolo 5** ribadisce il valore della prevenzione come garanzia di sostenibilità del SSN e di sicurezza sociale. L'analisi parte dall'andamento della spesa nazionale e regionale, per poi soffermarsi sulla diffusione dei principali fattori di rischio, sulle strategie di immunizzazione e sull'organizzazione delle campagne di screening. Ampio spazio è dedicato a dati di copertura vaccinale, adesione ai programmi di screening e valutazioni di costi-benefici di specifici interventi, dimostrando come la prevenzione produca ritorni di lungo periodo in termini di salute e produttività.

La prevenzione apre la strada al tema dell'innovazione terapeutica. Il **Capitolo 6** descrive i risultati della ricerca farmaceutica, anche attraverso un'analisi originale sulle sperimentazioni cliniche condotte in Italia in ambito oncologico, e analizza le tempistiche di accesso ai farmaci innovativi – dalle approvazioni europee all'introduzione nei sistemi regionali. Vengono approfonditi i nuovi criteri AIFA per l'innovatività e si raccontano esperienze di Early Access Programs che hanno anticipato la disponibilità delle cure. L'attenzione si concentra anche sul valore sociale dell'accesso ai farmaci.

Allo stesso tempo, le differenze socioeconomiche e territoriali continuano a generare disparità di salute, mettendo a rischio i benefici dell'innovazione sanitaria. Il **Capitolo 7** analizza come le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali influenzino gli outcome di salute e l'accesso ai servizi, aggravando le disparità e minando la coesione sociale. Le differenze in istruzione, reddito, condizioni abitative e stili di vita generano svantaggi che si accumulano nel corso della vita, riflettendosi non solo sulla salute, ma anche sulla prevenzione, sulla mobilità sanitaria e sull'uso dei servizi. In Italia, l'aspettativa di vita e gli anni vissuti in buona salute variano significativamente tra Regioni, così come l'accesso a screening e vaccinazioni, come evidenziato dal Meridiano Sanità Regional Index, che mostra il Nord in testa e il Sud in coda, nonostante diversi segnali di recupero.

Queste sfide si intrecciano con la questione cruciale delle risorse, al centro del **Capitolo 8**. In un contesto di stagnazione economica, elevato debito pubblico e dinamiche demografiche sfavorevoli, vengono analizzate le tendenze della spesa sanitaria pubblica e privata, la mobilità sanitaria e la spesa per farmaceutica, mettendo in evidenza i limiti dell'attuale governance. Vengono inoltre riportate alcune riflessioni sul finanziamento del SSN e sul ruolo della sanità integrativa.

Il **Capitolo 9** sposta lo sguardo sugli investimenti, offrendo un aggiornamento sullo stato di attuazione della Missione 6 del PNRR. Vengono presentati i dati più recenti messi a disposizione dal Ministero della Salute e da AGENAS sugli investimenti infrastrutturali e organizzativi, con un'analisi dei punti di forza e delle criticità operative che rischiano di rallentare la piena attuazione degli interventi.

Il **Capitolo 10** guarda al futuro digitale della sanità, accompagnando il lettore nel passaggio dall'e-health alla smart health. L'attenzione si concentra sul ruolo strategico dei dati, dell'intelligenza artificiale e dell'interoperabilità, elementi essenziali per costruire un sistema integrato, innovativo e incentrato sul cittadino, capace di migliorare la qualità delle cure e l'efficienza organizzativa.

La trasformazione tecnologica, tuttavia, non può prescindere dalle persone. Per questo il **Capitolo 11** introduce il paradigma del Brain Capital, inteso come l'insieme delle capacità cognitive, emotive e relazionali che determinano la competitività dei Paesi e la resilienza delle società, sottolineando la centralità delle competenze e del capitale umano come fattore decisivo per la resilienza e l'innovazione. Si evidenzia come la formazione continua e la valorizzazione del personale sanitario siano strumenti indispensabili per sostenere i cambiamenti in atto.

Infine, il percorso si chiude con una riflessione sul settore delle Life Science, al centro del **Capitolo 12**. Viene analizzato il ruolo strategico di questo comparto per l'Italia e per l'Europa, con un focus sulla nuova Strategia europea delle Life Science e sulle iniziative messe in campo dai principali Paesi per accrescere la propria competitività. Il confronto internazionale dimostra come un forte impegno governativo e la collaborazione tra Istituzioni e industria siano condizioni imprescindibili per rafforzare l'attrattività del nostro Paese e cogliere le opportunità di crescita offerte dal settore.

Grazie al contributo di esperti, Istituzioni, comunità scientifica, industria e associazioni di pazienti, questa XX edizione del Rapporto conferma la vocazione del Think Tank Meridiano Sanità quale laboratorio di idee e di confronto, con l'ambizione di costruire una sanità più equa, resiliente e innovativa, all'altezza delle sfide di oggi e di domani.

Un ringraziamento al gruppo di lavoro impegnato durante tutto il percorso di questi mesi per arrivare all'elaborazione di questo Rapporto: Rossana Bubbico (Project Coordinator), Elisa Milani, Irene Gianotto, Giovanni Brusaporco, Iacopo Del Panta Ridolfi e Giulia Pavan.

Si ricordano e si ringraziano infine i Partner di Meridiano Sanità 2025 che hanno reso possibili le attività: AstraZeneca, GSK, MSD, Pfizer, Sanofi e Teva.

Daniela Bianco
Partner, The European House - Ambrosetti
Responsabile Area Healthcare TEHA Group

LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 2025

Dalle analisi e riflessioni contenute nel XX Rapporto Meridiano Sanità, arricchite dal confronto e dibattito con numerosi esperti e stakeholder avvenuti nel corso del 2025, sono emerse 10 linee di azione per raggiungere un nuovo equilibrio tra salute, società ed economia.

SALUTE: PREVENZIONE, INNOVAZIONE E CAPITALE UMANO

1. Promuovere la buona salute attraverso il potenziamento della prevenzione lungo tutto l'arco della vita e nei diversi luoghi della salute (scuole, lavoro, comunità). Favorire stili di vita corretti e incentivare l'adesione alle campagne di screening - a partire dall'ambito oncologico e cardio-metabolico - e alle attività di immunizzazione dalla nascita all'età adolescenziale, adulta e anziana, con particolare attenzione alle fragilità. Ampliare l'età per l'offerta gratuita degli screening oncologici e aggiornare in modo tempestivo il Calendario di immunizzazione sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.
2. Rendere più efficienti normative e processi per ridurre i tempi di accesso dei pazienti alle nuove terapie e tecnologie, con particolare attenzione a quelle più innovative, facendo leva sul lavoro del Tavolo Tecnico di Coordinamento AIFA-Regioni, sulla condivisione dei dossier con le Regioni subito dopo l'approvazione formale del CdA di AIFA, sulla semplificazione dei processi di procurement e sui programmi di early access e rimborsabilità anticipata. Riconoscere l'innovatività terapeutica, tenendo conto anche degli effetti sulla qualità della vita e delle ricadute sul sistema sanitario ed economico, e coinvolgere i pazienti nei processi di HTA introducendo i Patient-Reported Outcomes (PROs) e attuando quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2025.
3. Supportare le Regioni nel miglioramento continuo dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Creare le condizioni organizzative necessarie per introdurre l'innovazione nell'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari anche attraverso l'implementazione di PDTA di patologia e relativi KPI. Aggiornare periodicamente gli indicatori di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia e del Piano Nazionale Esiti, per potenziarne la capacità di misurare qualità e quantità delle prestazioni erogate, anche in relazione agli outcome, e supportare le attività di programmazione sanitaria soprattutto nelle aree della prevenzione e del territorio.
4. Potenziare e valorizzare il capitale umano, a partire da infermieri e medici, garantendo contratti stabili, salari più competitivi, percorsi di carriera chiari e condizioni di lavoro migliori per rafforzare resilienza, innovazione e competitività del sistema sanitario. Sviluppare competenze specifiche per innovazione e ricerca, introducendo anche nuove figure professionali, a partire da data scientist e infermieri di ricerca.

SOCIETÀ: COMUNICAZIONE, COESIONE E TRAFORMAZIONE DIGITALE

5. Promuovere campagne istituzionali di comunicazione multicanale per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e indurre comportamenti di salute corretti, coinvolgendo i professionisti sanitari come punto di riferimento autorevoli per i cittadini. Utilizzare, inoltre, nuovi strumenti e linguaggi della comunicazione per parlare di salute mentale e di prevenzione a partire dai giovani e dalle donne.
6. Promuovere politiche pubbliche che vadano oltre i confini della sanità, incentivando la natalità, la partecipazione al lavoro di donne e giovani e l'attrazione di capitale umano qualificato dall'estero. Una strategia coordinata è essenziale per riequilibrare la piramide demografica e aumentare l'occupazione, contribuendo alla tenuta del sistema sanitario e, più in generale, del sistema di welfare.
7. Proseguire nel processo di trasformazione data-driven della sanità, attraverso investimenti mirati nelle infrastrutture digitali, raccolta e standardizzazione dei dati e la piena interoperabilità dei sistemi informativi esistenti. Accelerare l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale e dei dati sintetici sanitari per migliorare l'efficienza del sistema, abilitare applicazioni predittive e rafforzare la competitività della ricerca e dell'assistenza sanitaria italiana, anche nel contesto europeo.

ECONOMIA: FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ E FILIERA DELLE LIFE SCIENCE

8. Proseguire nel percorso di crescita degli investimenti pubblici in sanità, destinando risorse economiche adeguate per il rafforzamento e la trasformazione in atto del sistema sanitario. Avviare, inoltre, una riforma della sanità integrativa a supporto del SSN, per rispondere ai nuovi bisogni di Long Term Care e cronicità.
9. Aumentare gli investimenti nella prevenzione, portandoli dal 5% al 7% del Fondo Sanitario Nazionale, come indicato dal Ministero della Salute, prevedendo un vincolo per le Regioni che destini almeno il 50% delle risorse ad attività rivolte direttamente alle persone. Sostenere gli investimenti in prevenzione come investimenti di social security facendo leva sulle nuove regole dell'Economic Governance Framework europeo, che consentono di escluderli dal calcolo del deficit e del debito pubblico.
10. Accelerare nella definizione di un Piano nazionale delle Life Science che integri la politica industriale e quella sanitaria, con l'obiettivo di rendere l'Italia un polo di eccellenza a livello internazionale nella ricerca e nella produzione farmaceutica e biomedicale. Il Piano contribuirà anche ad attrarre nuovi investimenti e rafforzare l'autonomia strategica del Paese, coniugando l'innovazione con l'accesso equo a farmaci e tecnologie. È inoltre necessario creare un contesto regolatorio stabile e competitivo attraverso partnership pubblico-private, incentivi strutturali e meccanismi premianti per attrarre investimenti in ricerca clinica, sul modello del German Medical Research Act, e per consentire di riequilibrare gli effetti distorsivi del payback nel breve periodo e di eliminarlo in modo definitivo nel medio-lungo.

1. SALUTE, SOCIETÀ, ECONOMIA: ALLA RICERCA DI UN NUOVO EQUILIBRIO

Il contesto economico, sociale e geopolitico attuale impone una riflessione profonda sul ruolo che la salute può e deve svolgere all'interno delle strategie di sviluppo del Paese. L'Italia – come l'intera Europa – si trova a fronteggiare una combinazione inedita di sfide interconnesse: tensioni geopolitiche crescenti, volatilità dei mercati, rialzo dei tassi e rallentamento della crescita, a cui si somma una transizione demografica accelerata, che mette sotto pressione il modello di welfare tradizionale e impone un ripensamento della relazione tra economia, coesione sociale e benessere.

In questo scenario, la salute si configura come un elemento strutturale di competitività e resilienza, capace di incidere sulla produttività, sull'attrattività del sistema-Paese e sulla sostenibilità a lungo termine. Garantire l'accesso equo a servizi sanitari di qualità, investire in prevenzione e promuovere il benessere lungo tutto l'arco della vita non è soltanto un dovere sociale, ma una strategia economica che produce ritorni tangibili in termini di crescita, occupazione e innovazione.

La dimensione demografica, in particolare, rappresenta una delle variabili chiave su cui costruire politiche lungimiranti. Il progressivo invecchiamento della popolazione, unito al calo della natalità e alla riduzione della forza lavoro, impone di progettare soluzioni che favoriscano l'invecchiamento attivo e in salute, riducendo il carico di cronicità e valorizzando il ruolo degli anziani come risorsa per la comunità. Allo stesso tempo, è necessario investire in modo deciso sulla salute delle nuove generazioni, contrastando il disagio psicologico, i comportamenti a rischio e le disuguaglianze precoci che compromettono lo sviluppo fisico, cognitivo e sociale dei giovani, e che rischiano di diventare la fragilità strutturale degli adulti di domani.

Serve, quindi, una visione sistemica, che riconosca nella salute un moltiplicatore di benessere e produttività, strettamente connesso alla stabilità macroeconomica, all'equità sociale e alla sostenibilità dei territori. Un Paese che invecchia, che fatica a crescere e che non riesce a valorizzare pienamente il proprio capitale umano non può prescindere da una strategia di investimento sulla salute, intesa non come voce di spesa, ma come leva per la trasformazione economica e sociale.

In questo Capitolo, si analizzerà il quadro geopolitico e macroeconomico entro cui si collocano le trasformazioni demografiche in atto, il ruolo centrale della salute nel rafforzare la competitività del sistema Italia, l'importanza di intervenire precocemente sui determinanti della salute nelle fasi cruciali della vita, e la necessità di costruire basi solide per un invecchiamento sano, attivo e dignitoso. Un percorso integrato e intergenerazionale, che guarda al futuro del Paese mettendo al centro le persone, le comunità e il valore del prendersi cura.

1.1 L'INCERTEZZA DEL QUADRO GEOPOLITICO E MACROECONOMICO

Negli ultimi anni, la salute globale è stata messa a dura prova da una serie di sfide interconnesse – economiche, geopolitiche, ambientali e demografiche – che si inseriscono in un contesto sociale in rapida trasformazione. Il benessere fisico e mentale delle popolazioni è oggi sotto pressione a causa di fattori tanto endogeni (come l'invecchiamento e l'aumento della cronicità) quanto esogeni (come l'instabilità geopolitica, la crisi climatica o la trasformazione del lavoro). In questo scenario, la salute non può più essere considerata una variabile indipendente, bensì un elemento centrale per la resilienza economica, la coesione sociale e la competitività dei Paesi.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato uno spartiacque che ha messo a nudo le vulnerabilità strutturali dei sistemi sanitari e sociali, esacerbate ulteriormente da un contesto economico segnato da inflazione elevata, politiche monetarie restrittive e disuguaglianze crescenti. Inoltre, negli ultimi anni, l'ordine internazionale è entrato in una fase di profonda trasformazione. Il passaggio da un sistema unipolare, caratterizzato dalla centralità statunitense e da un certo grado di cooperazione multilaterale, a un contesto sempre più multipolare, frammentato e conflittuale, ha minato le architetture globali di sicurezza, stabilità e governance.

Le rivalità geopolitiche si sono intensificate, alimentate da tensioni economiche, competizione per le risorse, shock energetici e nuovi nazionalismi. Le Istituzioni multilaterali appaiono spesso incapaci di prevenire o risolvere i conflitti e la diplomazia è sempre più sostituita da strategie di potenza, da politiche di dissuasione e da logiche di alleanze tattiche e regionali. In questo scenario, emergono nuove forme di guerra ibrida, che combinano conflitti armati tradizionali, cyber-attacchi, disinformazione e strumentalizzazione dei flussi migratori, rendendo sempre più porosa la distinzione tra tempo di pace e tempo di guerra.

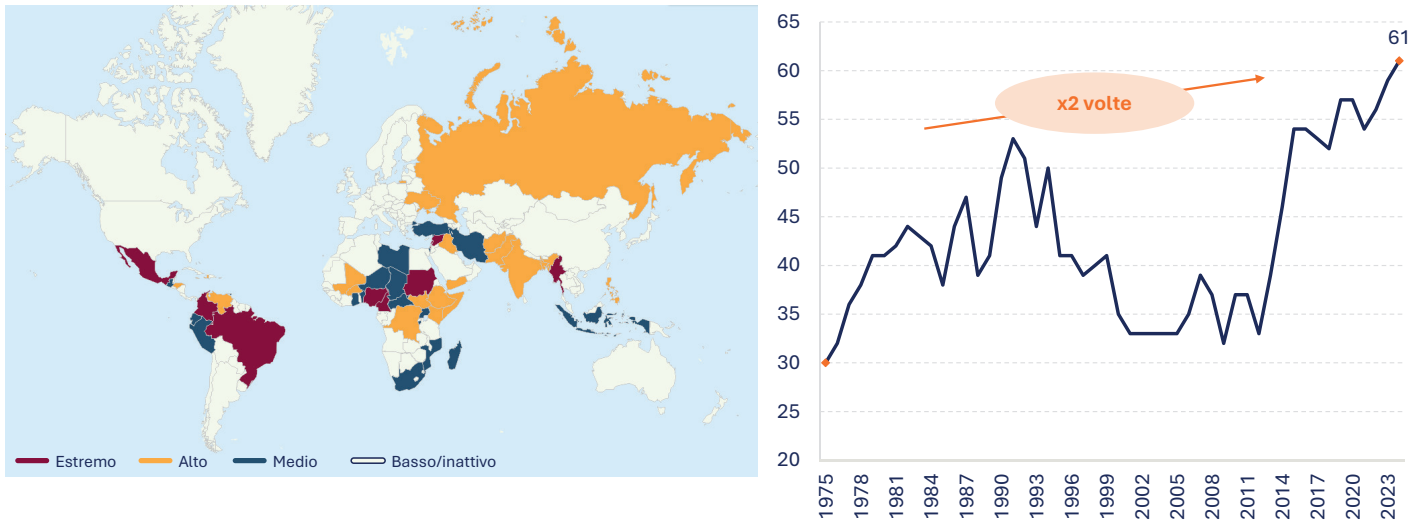


Figura 1. A sinistra: Mappa dei conflitti a livello globale, 2024.
A destra: Conflitti armati tra Stati (numero), 1975 – 2024

Fonte: TEHA Group su dati ACLED e UCDP, 2025

Secondo l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP), nel 2024 si è raggiunto il livello più alto di conflitti armati attivi dal secondo dopoguerra: 61 guerre in corso, che includono sia scontri tra Stati che guerre civili e conflitti asimmetrici e coinvolgono direttamente o indirettamente almeno 92 Paesi, Italia compresa, costringendo oltre 100 milioni di persone a migrare, sia internamente sia all'estero, per sfuggire alle violenze.

Le principali aree di instabilità comprendono l'Ucraina, dove l'invasione russa continua a rappresentare una minaccia alla sicurezza europea e globale; la Striscia di Gaza, con un'escalation di violenza che ha conseguenze umanitarie devastanti (i bombardamenti hanno causato oltre 62.000 morti, di cui oltre 18.400 bambini, e oltre 156.000 feriti secondo il Ministero della Sanità palestinese); la "guerra di 12 giorni" tra Israele e Iran, scontro indiretto a bassa intensità di tipo politico, diplomatico, militare; il Corridoio del Sahel, divenuto epicen-

tro di crisi interconnesse tra terrorismo, colpi di Stato e collasso istituzionale; il Sudan dove 2 anni di guerra civile ha innescato una delle peggiori crisi umanitarie al mondo con oltre 12 milioni di sfollati e quasi 25 milioni di persone a rischio fame; e Regioni come il Corno d'Africa, il Myanmar, la Repubblica Democratica del Congo e lo Yemen, teatro di conflitti protratti e spesso dimenticati. In America Latina, situazioni di estrema precarietà persistono in Paesi come Haiti, Venezuela e Messico, dove i cartelli della droga continuano a diversificare le loro attività illecite. Nel Sud-Est-Asiatico, Thailandia e Cambogia sono tornate a scontrarsi lungo il confine, con attacchi armati che hanno causato numerosi morti, mentre cresce la tensione politica e militare in Cina e Taiwan. Secondo i dati UCDP, solo nel 2024 la violenza organizzata ha causato circa 230.000 morti, un dato sottostimato che include vittime civili, combattenti e persone coinvolte in episodi di violenza politica e interetnica.

In questo quadro, si è progressivamente affermata l'espressione "terza guerra mondiale a pezzi", evocata da Papa Francesco per descrivere un mondo attraversato da conflitti frammentati ma sistemici, in cui le crisi non sono più eventi eccezionali e localizzati, bensì elementi strutturali di un ordine globale in transizione. Le conseguenze non sono solo geopolitiche: la proliferazione dei conflitti ha un impatto diretto e crescente sulla salute pubblica e sulla tenuta dei sistemi sanitari. Le guerre distruggono infrastrutture sanitarie, costringono milioni di persone alla fuga – con effetti su accesso alle cure, nutrizione, continuità terapeutica – e aggravano l'insorgenza di epidemie, traumi psichici e malattie croniche non trattate. Inoltre, in molti contesti di crisi, l'assistenza sanitaria diventa essa stessa bersaglio strategico, come testimoniano gli attacchi documentati a ospedali e operatori sanitari in scenari come Gaza, Siria o Sudan.

Per l'Europa – e per l'Italia – questi cambiamenti richiedono un ripensamento profondo delle strategie di sicurezza e salute globale. La crescente interdipendenza tra contesto geopolitico e salute impone una visione integrata che connetta diplomazia, gestione dei flussi migratori, contrasto alle disuguaglianze e resilienza dei sistemi sanitari. In un mondo attraversato da fratture e instabilità, investire nella salute come infrastruttura di pace e coesione sociale diventa non solo un dovere etico, ma una priorità strategica.

Un ulteriore elemento di rottura, con impatti sistemici a livello globale, è rappresentato dalla recente politica commerciale statunitense: nel 2025, l'amministrazione americana ha introdotto tariffe doganali protezionistiche senza precedenti, portando la tariffa media dal 2% al 18,6%, con picchi del 145% nei confronti della Cina e impatti significativi anche sull'Unione Europea. Per i farmaci di marca o brevettati, la dichiarazione congiunta USA-UE, entrata definitivamente in vigore il 25 settembre, prevede una tariffa doganale non superiore al 15%, anche se le dichiarazioni più recenti del Presidente americano parlano di dazi al 100% con eccezione per le aziende che stanno costruendo uno stabilimento negli Stati Uniti.

Le prime evidenze indicano un rallentamento degli scambi globali, in particolare per economie fortemente orientate all'export come quelle dell'Europa centrale. Secondo il Fondo Monetario Internazionale (FMI), l'inasprimento delle tensioni commerciali porterà la crescita globale al di sotto del 3% nel biennio 2025-2026, in netta revisione al ribasso rispetto alle previsioni precedenti. Gli Stati Uniti vedrebbero il proprio PIL aumentare solo dell'1,8% nel 2025 (dal 2,8% del 2024), mentre nell'Eurozona la crescita si fermerà allo 0,8% nel 2025 e all'1,2% nel 2026.

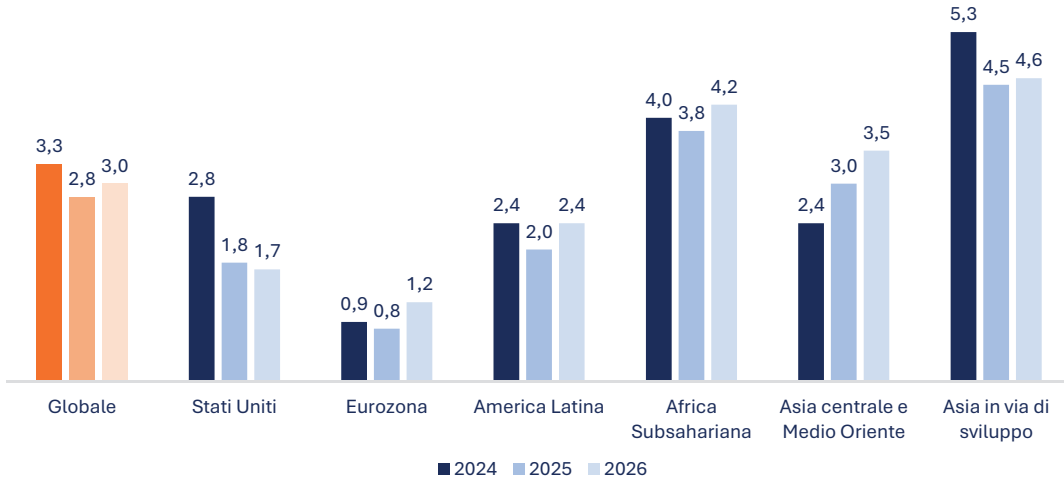


Figura 2. Proiezioni di crescita nei diversi Continenti nel 2024 e stime per il 2025 e 2026 (variazioni in punti percentuali), 2024, 2025 e 2026

Fonte: TEHA Group su dati FMI, 2025

L'UE-27 continua a mostrarsi caratterizzata, nelle previsioni, da un tasso di crescita contenuto, in un contesto globale dominato da incertezza e rischi strutturali. Tra i principali fattori al ribasso figurano l'indebolimento del contributo delle esportazioni, legato sia al rafforzamento delle politiche protezionistiche degli Stati Uniti, sia al crescente rischio di spiazzamento delle esportazioni europee da parte di quelle cinesi. A ciò si aggiunge la potenziale perdita di competitività in caso di nuovi rincari dei costi energetici, che potrebbe ulteriormente compromettere la capacità produttiva del continente.

In questo scenario complesso, le previsioni economiche formulate dai principali organismi internazionali mostrano una crescente divergenza. La Commissione Europea, ad esempio, prospetta per l'UE una crescita dell'1,1% del 2025 e dell'1,5% nel 2026[1], delineando una ripresa moderata ma più robusta rispetto alle attuali dinamiche. Tuttavia, queste stime rappresentano un declassamento significativo rispetto alle previsioni dell'autunno 2024. Tale revisione al ribasso è dovuta in larga parte all'impatto dell'aumento delle tariffe, all'incertezza generata dai recenti cambiamenti nella politica commerciale statunitense, e alla mancata definizione della configurazione finale delle tariffe. Tra i Paesi europei, la Spagna mostra prospettive di crescita superiori alla media europea.

1 Commissione Europea (2025), "Economic Forecast – Spring 2025".

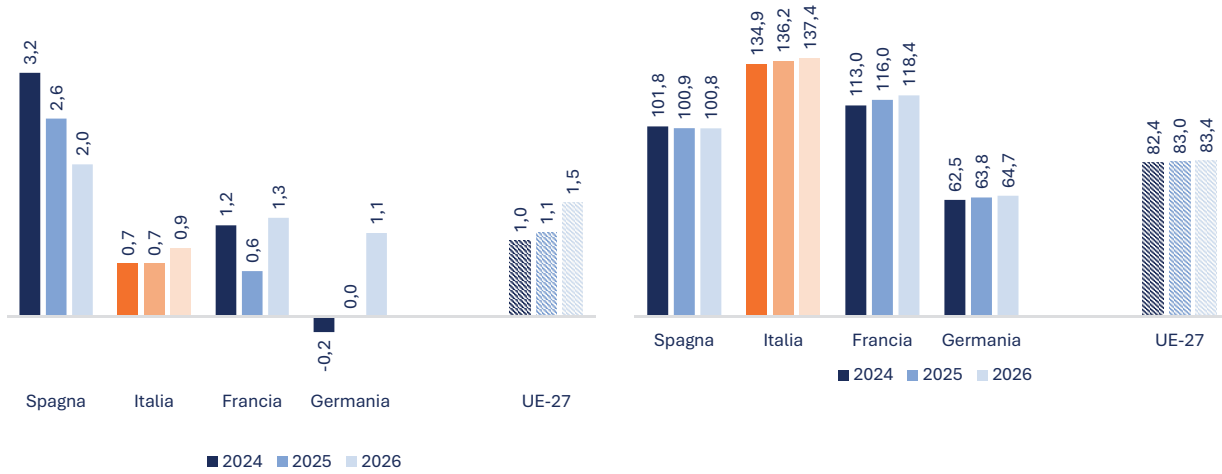


Figura 3. A sinistra: Stime di crescita del PIL nei principali Paesi europei (%), 2024-2026.
A destra: Debito pubblico nei principali Paesi europei (%), 2024-2026

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2025

L'economia italiana, in particolare, si caratterizza per una specializzazione manifatturiera e un elevato orientamento all'export che la rendono particolarmente sensibile all'evoluzione del quadro economico internazionale, collocando il Paese tra quelli chiamati a un ripensamento strutturale del proprio modello di crescita. Sebbene le previsioni per il 2025 indichino una crescita del PIL dello 0,7%, sostenuta dai fondi europei e dalla dinamica dei consumi, permangono elementi di vulnerabilità: un debito pubblico tra i più alti d'Europa (atteso al 136,2% del PIL nel 2025), un mercato del lavoro ancora distante dagli standard europei e livelli di povertà assoluta ancora elevati, soprattutto tra i minori.

I dati sulle condizioni di vita nel 2024 confermano una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente. La quota di popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale – secondo l'indicatore composito Europa 2030 – si attesta al 23,1%, in lieve aumento rispetto al 22,8% del 2023, pari a circa 13,5 milioni di persone. Questo gruppo comprende gli individui che si trovano in almeno una delle seguenti situazioni: a rischio di povertà, in grave deprivazione materiale e sociale o famiglie a bassa intensità di lavoro.

Rientrano nella condizione di rischio povertà coloro che vivono in nuclei familiari il cui reddito netto equivalente – calcolato sull'anno precedente e al netto di componenti figurative o in natura – è inferiore al 60% del reddito mediano nazionale. Nel 2024, questa soglia corrisponde a 12.363 euro: una condizione che riguarda, secondo ISTAT, il 18,9% della popolazione residente, pari a circa 11 milioni di persone, valore invariato rispetto al 2023. Nel panorama europeo, la Calabria figura tra le aree con i più alti livelli di rischio povertà ed esclusione sociale, evidenziando le profonde disparità territoriali che caratterizzano il nostro Paese. Questo dato assume una rilevanza particolare anche sotto il profilo sanitario, alla luce del forte legame tra condizioni economiche svantaggiate e peggioramento dello stato di salute fisico e mentale.

A fronte di queste criticità, emergono tuttavia anche segnali positivi: l'inflazione, dopo i picchi del biennio precedente, è in rallentamento e si attesta al 1,7% nel maggio 2025 (l'eventuale ripresa dell'inflazione rimane condizionata da rischi esogeni connessi all'evoluzione degli scenari a livello globale); l'occupazione, pur con forti divari territoriali, continua a crescere (+432 mila, +1,8% in un anno) attestandosi a 24,2 milioni di unità; il tasso di occupazione delle persone tra i 15 e i 64 anni raggiunge il 62,5% (+0,9 punti rispetto al primo trimestre 2024), con un aumento più accentuato tra i 50-64enni e nel Mezzogiorno, mentre il tasso di disoccupazione è in calo (5,9% a maggio 2025).

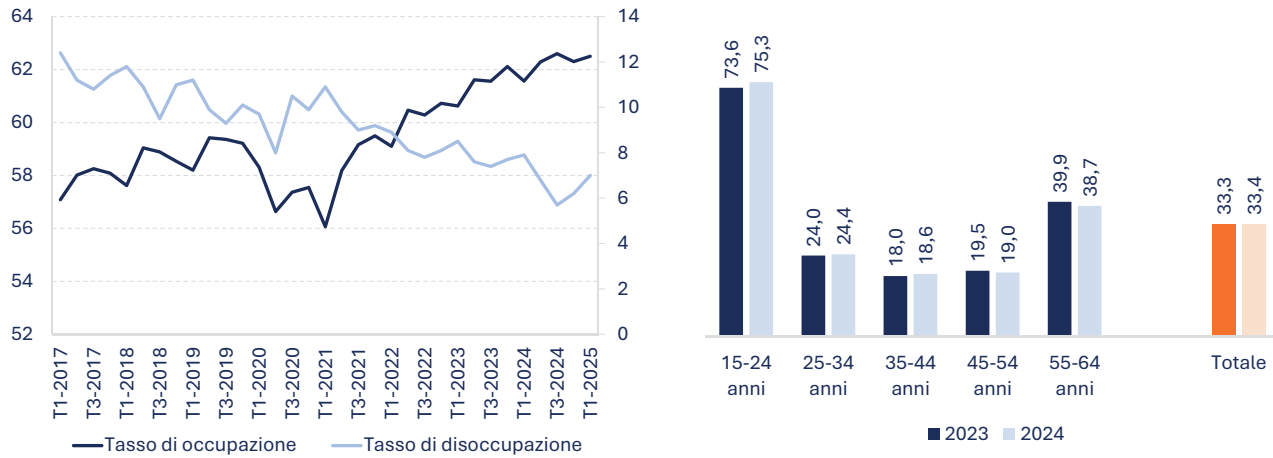


Figura 4. A sinistra: Tasso di occupazione e tasso di disoccupazione (valori %), gennaio 2017 – marzo 2025.
A destra: Tasso di inattività per fasce d'età (% su totale fascia d'età), 2023 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Secondo i dati ISTAT del 2024, il sistema educativo italiano mostra segnali di miglioramento, ma permangono criticità significative, soprattutto sul fronte della dispersione e del conseguimento del titolo terziario. Il tasso di abbandono precoce degli studi tra i 18 e i 24 anni è sceso al 9,8%, un dato in calo rispetto all'anno precedente, ma ancora al di sopra dell'obiettivo europeo del 9% stabilito dall'Europa 2030. Il fenomeno interessa maggiormente i giovani uomini (12,2%) rispetto alle giovani donne (7,1%)

Per quanto riguarda il titolo universitario, il 31,6% dei 25–34enni possiede un'istruzione terziaria, ma il Paese resta lontano dall'obiettivo europeo del 45%. Il divario di genere è marcato: il 38,5% delle donne ha un titolo universitario, contro il 25% degli uomini. Osservando la fascia 15–29 anni, la quota di NEET (giovani che non studiano né lavorano) nel 2024 è del 15,2%, con una leggera prevalenza femminile (16,6% vs. 13,8% maschile). Dal punto di vista delle competenze, i test INVALSI e le indagini OCSE-PISA[2] confermano persistenti disuguaglianze territoriali: le Regioni del Sud registrano risultati inferiori rispetto a Nord e Centro, e mostrano livelli più elevati di dispersione scolastica e minor equità tra scuole e classi.

I fattori socioeconomici, noti anche come determinanti sociali della salute, tra cui i livelli di reddito, occupazione e istruzione, hanno un ruolo determinante sulla salute della popolazione in tutte le fasce d'età. La letteratura medico-scientifica ha dimostrato empiricamente che in qualsiasi Paese, economicamente avanzato o meno, gli outcome di salute seguono un gradiente sociale: le persone con uno status socioeconomico più elevato, o in altre parole coloro che vivono in un contesto con determinanti sociali più favorevoli, hanno un'aspettativa di vita (inclusa quella in buona salute) più lunga. Anche in Italia, dividendo la popolazione per quintili di reddito, emerge come il 78,8% delle persone appartenenti al quinto quintile di reddito dichiara di godere di buona salute, rispetto al 70,2% di chi si trova nel primo quintile. Analoghe correlazioni emergono anche per la mortalità dovute alle principali patologie e allo stato di salute mentale.

2 Secondo l'ultima indagine PISA, gli studenti italiani registrano inoltre performance cognitive nelle competenze di base (matematica, letteratura e pensiero creativo) inferiori alla media OCSE.

Tale diseguaglianza si riflette anche nell'accesso concreto ai servizi sanitari. Secondo l'ultimo Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT, nel 2024 circa 5,8 milioni di italiani (pari al 9,9% della popolazione) hanno rinunciato a cure mediche a causa di ostacoli economici, tempi d'attesa o difficoltà di accesso territoriale, con un incremento di 1,8 punti percentuali rispetto al 2017. Questo fenomeno è il risultato combinato di fattori strutturali e contingenti: da un lato, gli effetti ancora persistenti della pandemia, che ha interrotto o rallentato l'erogazione di molte prestazioni sanitarie; dall'altro, l'aumento delle fragilità economiche, che colpisce in modo particolare le fasce sociali più deboli.

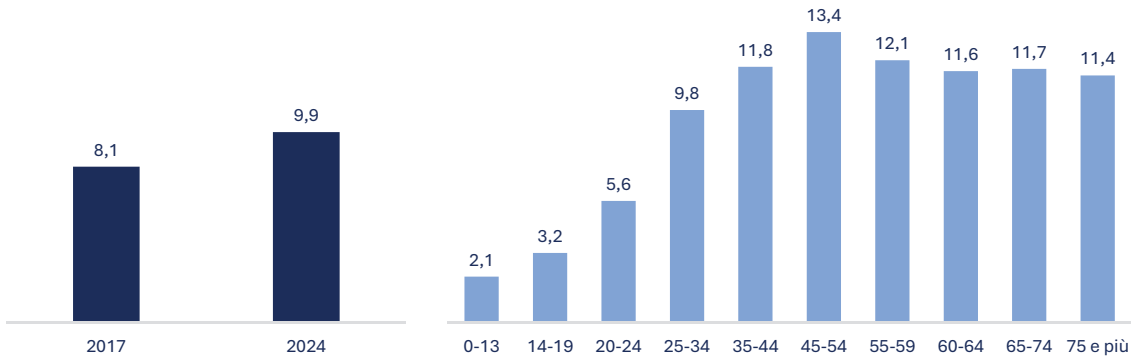


Figura 5. A sinistra: Persone che hanno rinunciate a prestazione sanitarie (% su popolazione totale), 2017 – 2024
A destra: Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per fasce d'età (% su totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Particolarmente allarmante è il fatto che la rinuncia alle cure aumenti con l'età, proprio quando il bisogno di assistenza sanitaria diventa più pressante. Nel 2024, la percentuale di chi ha rinunciato a prestazioni mediche era del 2,1% tra i bambini fino a 13 anni, ma saliva progressivamente fino a raggiungere il 13,4% tra i 45-54enni, mantenendosi alta anche oltre i 75 anni (11,4%). In altre parole, circa 1 persona su 9 sopra i 55 anni ha dovuto rinunciare a curarsi, evidenziando una preoccupante frattura tra bisogni sanitari e possibilità di accesso, che rischia di aggravare ulteriormente le disuguaglianze di salute.

1.2 LA SALUTE COME DRIVER DI CRESCITA, PRODUTTIVITÀ E COMPETITIVITÀ DEL PAESE

Nel contesto attuale di incertezza globale e trasformazione strutturale dell'economia, la salute deve essere riconosciuta come un fattore abilitante di sviluppo economico, produttività e competitività del Paese. Investire nella salute significa promuovere il capitale umano, stimolare l'innovazione, rafforzare la coesione sociale e generare valore lungo tutta la catena dell'economia della cura.

La salute gioca anche un ruolo cruciale nel determinare la produttività individuale, il potenziale di reddito e il contributo economico complessivo delle persone. Un recente studio[3], attraverso una revisione sistematica, ha dimostrato che le persone in condizioni di salute migliori ottengono redditi più elevati e partecipano più attivamente al mercato del lavoro. Analizzando dati provenienti da diverse aree geografiche

3 Pintor, M. P., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2024), "The impact of health on labour market outcomes: a rapid systematic review". Health policy, 105057.

e considerando variabili come salute percepita, malattie croniche, disabilità, salute nutrizionale, infezioni, disturbi mentali e dipendenze, la ricerca ha confermato la solidità del legame tra salute e performance occupazionale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è "una risorsa per la vita quotidiana" e non semplicemente l'assenza di malattia. In una visione evoluta, la salute diventa un capitale – individuale e collettivo – che alimenta la capacità di apprendere, lavorare, innovare e contribuire alla vita sociale. A livello macroeconomico, una popolazione sana è più produttiva, meno dipendente da trasferimenti assistenziali e più capace di sostenere la crescita del Paese.

In Italia, le malattie infettive e quelle non trasmissibili sono responsabili di oltre 19,5 milioni di anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura (DALY - Disability-Adjusted Life Years), di cui il 39,5% (7,7 milioni) ricade sulla popolazione in età lavorativa, con un impatto maggiore sulle donne. Questo si traduce in una perdita stimata di produttività pari a 97 miliardi di euro[4], equivalenti al 4,6% del PIL. L'OCSE stima che una riduzione del 10% della mortalità legata alle malattie croniche possa generare un incremento del PIL pro capite dello 0,5% nel lungo periodo. Anche piccoli miglioramenti in termini di prevenzione e aderenza alle terapie possono quindi produrre benefici economici significativi.

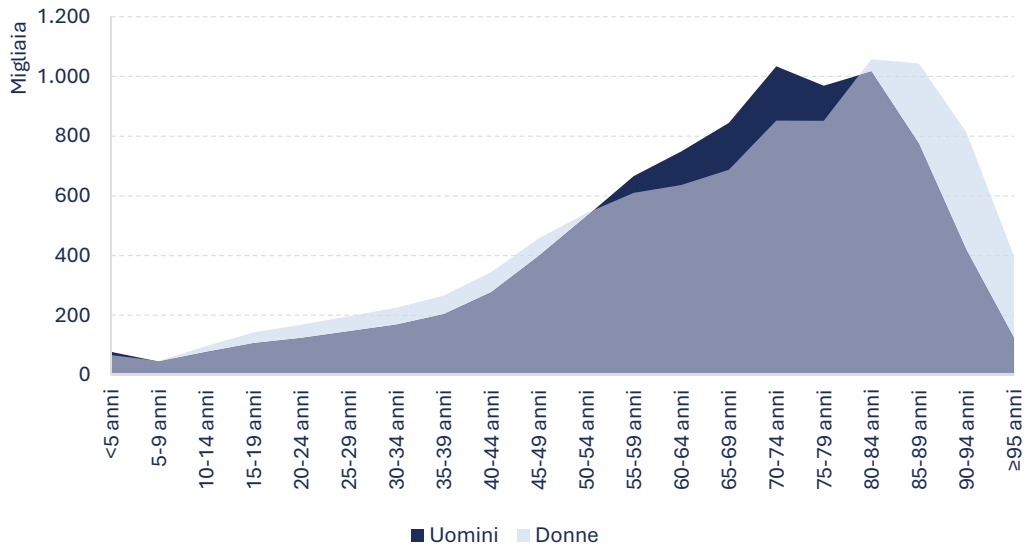


Figura 6. Distribuzione dei DALY della popolazione italiana per genere e fascia d'età (in migliaia), 2021

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

La correlazione tra salute e produttività lavorativa è ulteriormente confermata da evidenze recenti. Secondo uno studio della Commissione Europea (2022), le persone in cattiva salute hanno una probabilità 3 volte maggiore di essere disoccupate rispetto a quelle in buona salute. In Italia, circa 2 milioni di persone in età lavorativa (20-64 anni) vivono con limitazioni funzionali gravi o moderate che compromettono la loro capacità lavorativa. Le patologie croniche e i disturbi di salute mentale, in particolare, incidono in modo crescente sulla partecipazione al lavoro. L'OMS stima che depressione e ansia causino ogni anno una perdita di produttività pari a circa 12 miliardi di giornate lavorative a

4 Valorizzazione economica degli anni persi (DALY) calcolata come il Valore Aggiunto generato da ciascun individuo, allo status occupazionale (occupato, disoccupato) e alle ore lavorate (8 ore al giorno).

livello globale, con un costo economico superiore ai 1.000 miliardi di dollari. In Italia, i disturbi mentali sono tra le principali cause di assenza prolungata dal lavoro e di uscita anticipata dal mercato del lavoro, soprattutto tra giovani e lavoratori over-65.

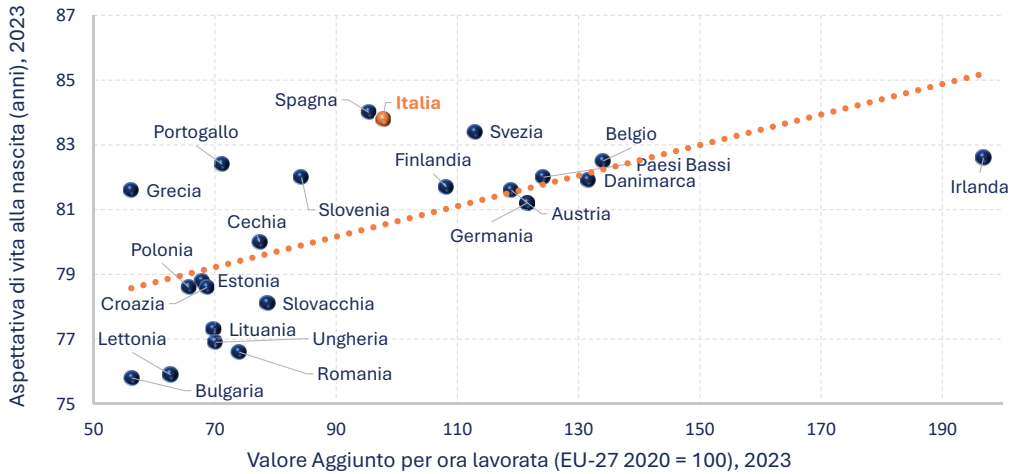


Figura 7. Correlazione tra produttività (Valore Aggiunto per ora lavorata, EU-27 2020 = 100) e aspettativa di vita (anni) nella UE, 2023

Fonte: TEHA Group su dati OCSE e Eurostat, 2025

I ritorni economici derivanti dagli investimenti in salute sono ormai ben documentati. Studi internazionali hanno mostrato che ogni euro investito in salute può generare tra i 2 e i 4 euro di ritorno in termini di PIL, attraverso effetti diretti (come l'aumento dell'occupazione e dei consumi), indiretti (rafforzamento delle filiere produttive) e indotti (incremento della produttività e diffusione dell'innovazione). Un'analisi condotta nel Regno Unito[5], ad esempio, ha evidenziato che ogni sterlina investita nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) produce un ritorno quadruplo grazie all'aumento della produttività e della partecipazione al lavoro, in particolare nelle aree più svantaggiate.

Un sistema sanitario capace di intercettare precocemente i bisogni, promuovere la prevenzione e facilitare il reinserimento lavorativo può quindi rappresentare un moltiplicatore di produttività. Per farlo, è necessario superare un approccio "riparativo" e costruire un modello abilitante, centrato sulla promozione del benessere fisico e mentale lungo tutto l'arco della vita attiva.

Infine, la salute è anche un indicatore chiave di equità e coesione sociale. Le disuguaglianze sanitarie – legate a fattori geografici, socioeconomici o di genere – non rappresentano solo un fallimento etico, ma anche un ostacolo allo sviluppo sostenibile. In Italia, la speranza di vita in buona salute varia di oltre 10 anni tra chi ha livelli elevati di istruzione e reddito e chi vive in condizioni di svantaggio. Colmare questo divario significa ridurre i costi sociali e promuovere una crescita più equa.

Promuovere la salute nelle comunità, investire nella prevenzione e rimuovere le barriere all'accesso ai servizi – siano esse materiali, culturali o digitali – rappresenta una scelta strategica. Un sistema sanitario universalistico e inclusivo, se adeguatamente finanziato e orientato a risultati concreti, può diventare uno strumento di sviluppo e innovazione sociale, contribuendo a rafforzare la resilienza collettiva e la fiducia dei cittadini nelle Istituzioni.

5 NHS Confederation research (2022), "The link between investing in health and economic growth."

1.2.1 Resilienza e governance multilaterale per la salute come bene comune

I sistemi sanitari a livello mondiale si trovano oggi ad affrontare una sfida senza precedenti: consolidare i progressi ottenuti in termini di accesso, copertura e aspettativa di vita, mentre si fa fronte a una crescente incertezza economica, geopolitica e ambientale. Dopo i drammatici effetti della pandemia, l'OMS segnala un rallentamento dei progressi nella salute globale: sebbene in vent'anni si siano compiuti significativi passi avanti – come il calo del tabagismo, il miglioramento dell'accesso ad acqua potabile e servizi igienico-sanitari e l'aumento della copertura vaccinale – la combinazione di crisi sovrapposte rischia di far regredire molte di queste conquiste.

Nel 2025, infatti, si prevede un calo del 40% dei finanziamenti globali per la salute rispetto al periodo pandemico, con un impatto particolarmente critico per i Paesi a basso e medio reddito, spesso dipendenti da fondi internazionali per garantire l'accesso a cure essenziali. Questo calo è accentuato dall'uscita degli Stati Uniti dall'OMS che causa un buco di bilancio non indifferente. Si tratta di una vera e propria "crisi finanziaria globale della salute" che potrebbe compromettere la tenuta dei sistemi sanitari più fragili, aggravando ulteriormente disuguaglianze già profonde tra Nord e Sud del mondo.

Anche nei Paesi ad alto reddito, si osservano segnali preoccupanti: la pandemia ha inciso in modo persistente sull'aspettativa di vita in buona salute, in particolare a causa dell'aumento dei disturbi legati alla salute mentale, alla solitudine e alla fragilità economica delle famiglie. Se in Europa occidentale la perdita media di "healthy life years" è stata limitata – stimata in circa 6 settimane – essa rappresenta comunque un indicatore significativo delle cicatrici invisibili lasciate dall'emergenza sanitaria.

In questo contesto, diventa sempre più urgente rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari, non solo a livello nazionale ma anche attraverso una governance multilaterale più efficace e coordinata. L'OMS richiama gli Stati membri a diversificare le fonti di finanziamento sanitario – tramite strumenti innovativi come la tassazione dei prodotti nocivi, la cooperazione multilaterale, i fondi globali e l'integrazione della salute nei piani di sviluppo – e ad adottare politiche fiscali eque e solidali che permettano di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali.

Le trasformazioni demografiche, l'allungamento della vita, la tutela della salute mentale e il potenziamento della prevenzione richiedono una visione sistemica e interconnessa, che superi le logiche emergenziali e riconosca la salute come bene comune globale, investimento strategico e leva di stabilità sociale ed economica. Solo così sarà possibile affrontare il futuro con strumenti adeguati, proteggendo le generazioni più fragili e promuovendo una crescita inclusiva e sostenibile.

1.3 LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA E GLI IMPATTI SOCIO-ECONOMICI

Negli ultimi cinquant'anni, la struttura demografica dell'Italia ha subito profonde trasformazioni, che rendono evidente il progressivo invecchiamento della popolazione. La piramide per età del 1973 si presenta oggi drasticamente diversa: la base, rappresentata dai più giovani, si è notevolmente assottigliata, mentre il vertice, cioè la fascia più anziana, si è ampliato. Tra il 1973 e il 2024, l'età media della popolazione è passata da 42,3 a 46,6 anni, mentre l'indice di vecchiaia – il numero di persone con 65 anni e più ogni 100 bambini e ragazzi fino a 14 anni – ha raggiunto quota 199,8, con un incremento superiore a 64 punti percentuali.

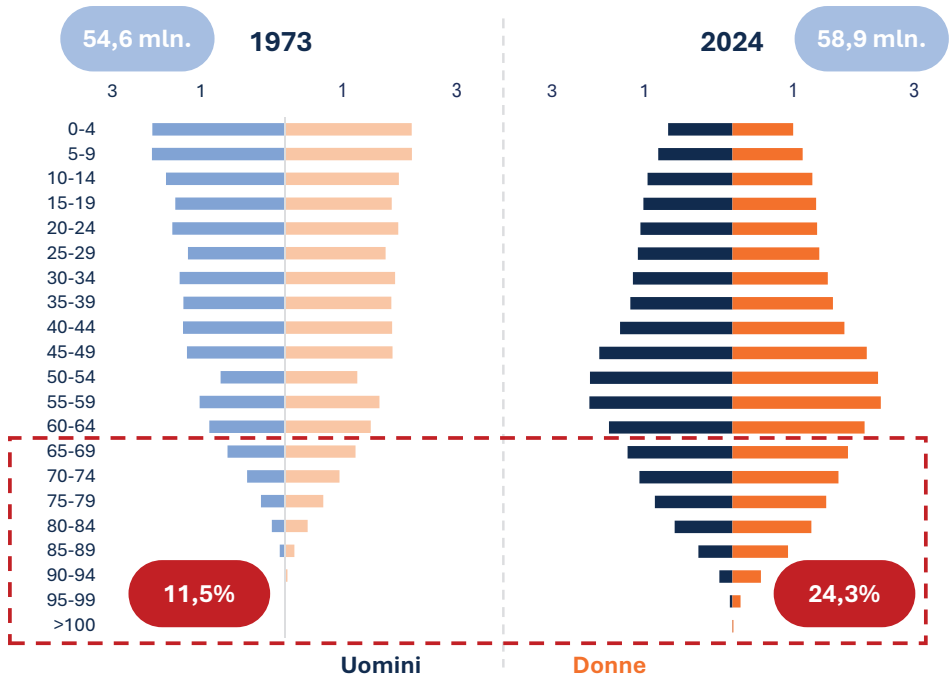


Figura 8. Piramide demografica in Italia (in milioni di abitanti e % su totale), 1973 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Questo cambiamento strutturale si è accompagnato all'evoluzione delle condizioni socio-economiche, che negli ultimi decenni hanno penalizzato le generazioni più giovani rispetto a quelle più anziane. Dall'inizio del nuovo millennio, infatti, i comportamenti demografici si sono modificati rapidamente, influenzati da molteplici fattori socio-economici, tecnologici e culturali, i cui effetti sono sempre più evidenti nella composizione della popolazione.

I principali fattori alla base dell'invecchiamento sono l'allungamento della vita e la riduzione della natalità. Tra il 2004 e il 2024, la popolazione adulta e giovane è diminuita di quasi 2 milioni di unità: in particolare, i bambini e i ragazzi fino a 15 anni sono calati del 12%, mentre la fascia tra i 16 e i 64 anni ha subito una riduzione del 2,5%. Parallelamente, la popolazione con 65 anni e più è aumentata di oltre 3 milioni, superando i 14 milioni e registrando un'incidenza crescente soprattutto tra gli over-75.

In questo contesto, i flussi migratori internazionali hanno avuto un ruolo significativo nel contenere la dinamica negativa naturale della popolazione. Negli ultimi vent'anni, l'immigrazione ha contribuito alla crescita demografica, soprattutto nelle fasce di età attiva, apportando anche un lieve ringiovanimento grazie all'aumento delle nascite. Tuttavia, nell'ultimo decennio, questo contributo positivo si è attenuato, poiché i flussi migratori più stabili sono stati in parte sostituiti da migrazioni emergenziali e transitorie. Inoltre, si è osservata una ripresa dell'emigrazione dei giovani italiani verso l'estero.

La speranza di vita alla nascita è migliorata ulteriormente, dopo il calo registrato durante la pandemia, raggiungendo un valore di 83,4 anni, ma la combinazione di maggiore longevità e bassa natalità accelera il processo di invecchiamento. Nel 2024, quasi un quarto della popolazione ha 65 anni o più, una quota che è circa il doppio di quella dei giovani sotto i 15 anni. Le proiezioni indicano un ulteriore peggioramento di questo squilibrio demografico, con l'uscita dall'età attiva delle generazioni del baby boom.

Le previsioni aggiornate di ISTAT delineano, infatti, un futuro demografico preoccupante, con una drastica riduzione della popolazione: dagli attuali 58,9 milioni si passerà secondo lo scenario mediano a 54,8 milioni nel 2050. Questo calo sarà determinato da un bilancio demografico fortemente negativo, con 21 milioni di nascite e 44,4 milioni di decessi nel periodo considerato. Le conseguenze socio-economiche saranno rilevanti, con un'età media che supererà i 50 anni entro il 2050, un terzo della popolazione con più di 65 anni e un aumento della fascia over-85 dal 3,8% al 7,2%. Questo scenario comporterà una crescente dipendenza demografica, con il rapporto tra persone in età lavorativa e non lavorativa che scenderà da 3:2 nel 2023 a 1:1 entro il 2050, un fenomeno particolarmente accentuato nel Mezzogiorno.

Un elemento chiave di questo declino demografico è la persistente riduzione della natalità, che nel 2024 ha raggiunto il suo minimo storico per il dodicesimo anno consecutivo (pari a 6,2 nati per 1.000 abitanti, circa 370.000 nascite). Dal 1970, il numero medio di figli per donna è costantemente inferiore a 2, riducendo progressivamente la base potenziale di genitori. Il contributo della popolazione straniera alla natalità, che nei primi anni Duemila aveva sostenuto una lieve ripresa, si è anch'esso ridotto negli ultimi anni. Nel 2024, i neonati di cittadinanza straniera sono stati 50.000, pari al 13,5% del totale, in calo di 1.500 unità rispetto all'anno precedente. Questo trend negativo è dovuto non solo a una riduzione della fecondità, ma anche al calo della popolazione femminile in età fertile (15-49 anni), scesa a 11,5 milioni nel 2024, rispetto ai 13,8 milioni del 2004. Anche la popolazione maschile in età riproduttiva ha subito una contrazione, da 13,9 milioni nel 2004 a 12 milioni nel 2024. Il numero medio di figli per donna è diminuito da 1,24 nel 2022 a 1,18 nel 2024, scendendo al di sotto del precedente minimo storico di 1,19 registrato nel 1995, con una riduzione uniforme in tutto il territorio nazionale.

I più recenti dati di ISTAT pubblicati ad agosto 2025[6] mostrano uno scenario ancora più drammatico per la dinamica demografica italiana. Nei primi cinque mesi dell'anno sono venuti al mondo circa 138 mila bambini, con una riduzione di quasi l'8% rispetto allo stesso periodo del 2024. Se il trend dovesse confermarsi nei mesi successivi, il numero complessivo di nuovi nati a fine 2025 si attesterebbe intorno a 340.700, ben al di sotto dei circa 370.000 registrati nel 2024. Si tratterebbe del livello più basso degli ultimi vent'anni, a conferma di un declino strutturale che non mostra segnali di inversione e che necessiterebbe della definizione e implementazione di politiche intersettoriali.

6 Cottarelli C (2025), "Crollano le nascite nel 2025: che si fa?", Corriere della Sera.

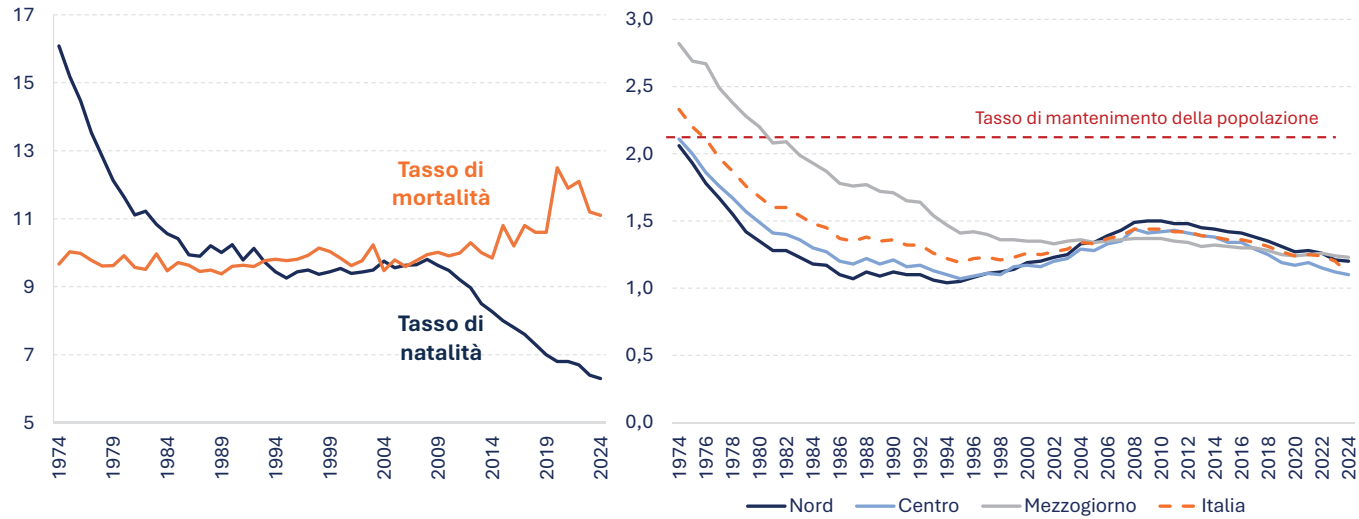


Figura 9. A sinistra: Tasso di natalità e mortalità (per 1.000 abitanti), 1974 – 2024.
A destra: Tasso di fecondità (numero medio di figli per donna), 1974 – 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Tuttavia, la denatalità non è un fenomeno esclusivamente italiano. A livello globale, uno studio pubblicato nel marzo 2023 su The Lancet dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)[7] ha messo in guardia sul futuro demografico mondiale: entro il 2050, più del 75% dei Paesi sarà al di sotto del tasso di sostituzione demografica, che salirà al 97% entro il 2100. Solo pochi Paesi manterranno un tasso di fertilità superiore a 2,1 figli per donna, livello necessario per garantire la stabilità della popolazione.

Secondo il recente rapporto delle Nazioni Unite a cura dell'UNFPA (United Nations Population Fund)[8], il calo globale della fertilità non è attribuibile a un mutato desiderio di genitorialità, ma alle crescenti barriere economiche, sociali e culturali che ostacolano la possibilità concreta di avere figli. Il rapporto, che si basa su un'indagine condotta con YouGov in 14 Paesi rappresentanti il 37% della popolazione mondiale, evidenzia come il 39% degli intervistati abbia indicato le difficoltà finanziarie come principale ostacolo ad avere il numero di figli desiderato, seguite dall'insicurezza lavorativa (21%) e dalla paura per il futuro (19%), legata a crisi ambientali e conflitti. Il Report, inoltre, critica l'adozione di risposte coercitive o incentivi isolati come i "bonus bebè", ritenuti inefficaci e potenzialmente lesivi dei diritti individuali. Piuttosto, invita i Governi ad agire sulle condizioni strutturali che limitano la libertà riproduttiva: investimenti in alloggi, lavoro dignitoso, servizi di salute riproduttiva accessibili, congedi parentali retribuiti e misure per superare la disuguaglianza di genere, ancora radicata nel mercato del lavoro e nella distribuzione del carico familiare.

In Europa, la natalità continua a diminuire in modo strutturale. Secondo gli ultimi dati pubblicati da Eurostat (marzo 2025), nel 2023 nell'Unione Europea si sono registrati 3,67 milioni di nati vivi, in calo rispetto ai 3,88 milioni del 2022 e ai 4,68 milioni del 2008. Il tasso di natalità si è attestato a 8,6 nati vivi per 1.000 persone, rispetto agli 8,7 del 2022 e ai 10,6 del 2008.

7 Bhattacharjee N V, Schumacher A. E, Aali A., Abate Y. H, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. (2024), "Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021". The lancet.
8 United Nations Population Fund - UNFPA (2025), "The Real Fertility Crisis: The pursuit of reproductive agency in a changing world."

Nel periodo 2002–2023, 24 Stati membri hanno registrato una riduzione del tasso di natalità, con solo 3 Paesi in aumento (tra cui Cipro e Irlanda) e 2 stabili (Croazia e Lussemburgo). I tassi più elevati nel 2023 si registrano a Cipro (10,2), Irlanda (9,8), Francia (9,5) e Svezia (9,4). I più bassi, invece, si osservano in Italia (6,6), Spagna (6,7), Grecia (7,1) e Portogallo (7,3). Nel 2023, l'età media delle madri al momento del parto nell'UE è di 31,7 anni, con valori particolarmente alti in Italia (32,7 anni), Spagna (32,6) e Irlanda (32,4). In questi Paesi, la combinazione tra posticipo della maternità e minore propensione ad avere più figli contribuisce al calo delle nascite.

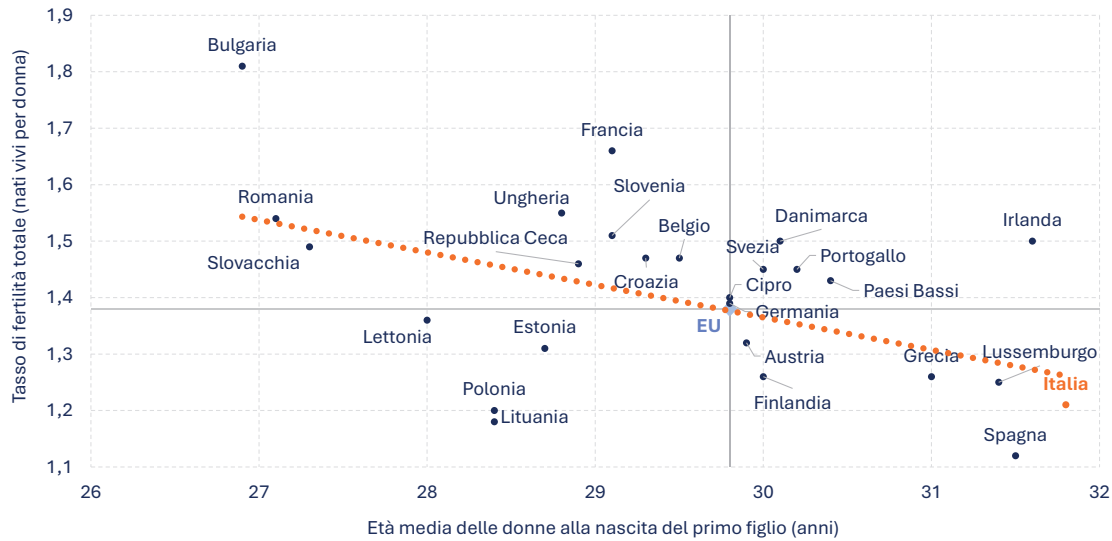


Figura 10. Matrice della fertilità a livello UE (per 1.000 abitanti), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2025

Questo declino demografico è determinato da un insieme complesso di fattori economici (precarietà lavorativa, aumento del costo della vita, difficoltà nel sostenere i figli), sociali e culturali (ritardo nell'età del primo figlio, cambiamento delle strutture familiari, nuovi equilibri tra vita privata e lavorativa), dalla persistente debolezza delle politiche pubbliche a supporto della natalità (servizi educativi e di cura carenti, congedi parentali inadeguati, misure frammentate) e da un crescente senso di incertezza generato da crisi globali e sanitarie.

Secondo molti esperti, un aumento sostenibile della natalità in Italia può avvenire solo attraverso politiche familiari integrate, ispirate alle migliori pratiche europee. Queste dovrebbero essere accompagnate da misure complementari volte a rafforzare l'occupazione giovanile, incentivare la partecipazione femminile al lavoro e promuovere un'immigrazione qualificata, capace di rafforzare la forza lavoro. La crescita delle nascite è infatti strettamente legata all'evoluzione complessiva del contesto economico e sociale: senza un miglioramento nelle transizioni tra scuola e lavoro e maggiori opportunità di valorizzazione del capitale umano, in particolare dei giovani, è improbabile che si possa invertire il declino demografico.

1.4 SALUTE DEI GIOVANI OGGI, SALUTE DEGLI ADULTI DOMANI

In un Paese segnato da un rapido invecchiamento della popolazione, investire nell'infanzia e nell'adolescenza rappresenta una scelta strategica imprescindibile per assicurare la sostenibilità futura del sistema sanitario e di welfare e, in generale, dell'economia. I primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo fisico, cognitivo, emotivo e sociale, influenzando in modo duraturo la salute e il benessere fisico e mentale lungo tutto l'arco della vita. Numerose evidenze scientifiche confermano come l'esposizione precoce a condizioni avverse – quali povertà educativa, alimentazione inadeguata, scarsa attività fisica, stress cronico o ambienti familiari fragili – si traduca in un rischio aumentato di malattie croniche, disturbi mentali e disuguaglianze sanitarie, socio-sanitarie e sociali in età adulta[9].

In Italia, tuttavia, i dati più recenti rivelano condizioni di partenza spesso fragili per molti bambini e adolescenti. Nel 2023, circa 1,3 milioni di minori vivevano in povertà assoluta, pari al 13,8% della popolazione sotto i 18 anni, con percentuali che superano il 20% nel Mezzogiorno. Parallelamente, permangono livelli di abbandono scolastico superiori alla media europea (9,8% contro il 9,3% dell'UE nel 2024, anche se in netto miglioramento negli ultimi 10 anni) e marcate disuguaglianze territoriali nell'accesso a servizi educativi, sanitari e ricreativi.

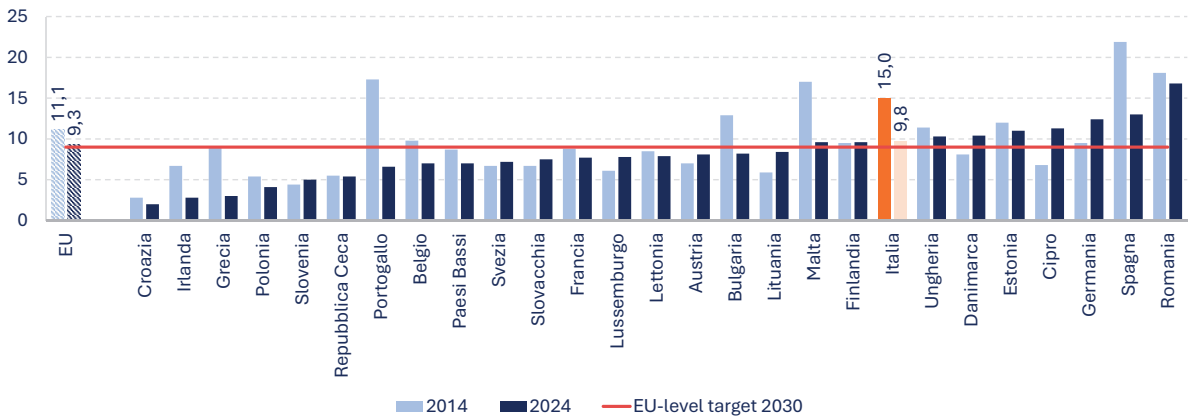


Figura 11. Abbandono precoce di istruzione e formazione (% popolazione tra i 18-24 anni), 2014 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2025

La qualità della vita percepita dai giovani italiani mostra segnali di deterioramento rispetto agli anni passati, con differenze significative di genere: i ragazzi riportano una qualità di vita superiore rispetto alle ragazze. Nonostante una generale sensazione di supporto da parte di amici, compagni di classe e insegnanti, il carico di stress legato agli impegni scolastici resta elevato. La pandemia ha lasciato tracce ambivalenti: circa la metà degli adolescenti ha riferito un miglioramento nei rapporti familiari e il 40% ha segnalato effetti negativi sulla salute mentale e sulla qualità complessiva della vita.

Parallelamente all'evoluzione del quadro epidemiologico, continuano a manifestarsi – e in alcune dimensioni si accentuano – comportamenti a rischio tra la popolazione giovanile, con un'evidente prevalenza fra le ragazze. Il consumo di alcol a rischio fuori dai pasti, seppur in lieve flessione negli ultimi anni, rimane un fenomeno di rilievo sanitario e sociale: 1 giovane su 10 nella fascia 14-17 anni dichiara un'assunzione regolare di bevande alcoliche non contestuale ai pasti principali, configurando un pattern di consumo potenzialmente associato

9 Sales W. B, Maranhão E. F, Ramalho C. S. T, Macêdo S. G. G. F, Souza G. F, & Maciel Á. C. C, (2024), "Early life circumstances and their impact on health in adulthood and later life: a systematic review". BMC geriatrics, 24(1), 978.

a binge-drinking, incidentalità stradale e compromissione dello sviluppo neuro-cognitivo.

Il tabagismo rappresenta un ulteriore elemento di criticità. L'abitudine al fumo di sigaretta risulta infatti più diffusa tra le femmine (6,7%) che tra i coetanei maschi (5,9%) di 14-17 anni. Tale differenziale di genere suggerisce la necessità di strategie di prevenzione mirate, con particolare attenzione alle dimensioni psicosociali che possono favorire la sperimentazione precoce di nicotina, nonché alla crescente diffusione di dispositivi elettronici a rilascio di vapore (e-cig e heated-tobacco).

Anche la sedentarietà si conferma tra i driver di rischio più allarmanti per la salute dei giovani italiani. Secondo gli ultimi dati disponibili (anno 2021), l'Italia registra la performance più sfavorevole nell'area OCSE: il 91,7% dei ragazzi tra 11 e 15 anni non raggiunge le linee guida dell'OMS - almeno 60 minuti di attività fisica moderata-intensa al giorno - superando l'81,1% della già elevata media OCSE. Il quadro risulta ancor più preoccupante se si considerano le evidenze dell'ultima indagine ISTAT: il 18,3% delle femmine e il 12,8% dei maschi tra 11 e 14 anni dichiara di non praticare mai attività fisica. La persistenza di inattività in età evolutiva costituisce un determinante chiave di adiposità in eccesso, dismetabolismi e fragilità ossea, con ripercussioni lungo tutto l'arco di vita e costi incrementali per il SSN.

Il medesimo pattern di inattività si riflette nei comportamenti alimentari. Il consumo adeguato di frutta e verdura rimane marginale: solo il 3,3% dei maschi e il 6,4% delle femmine tra 11 e 14 anni ne assume più di 5 porzioni al giorno, valore soglia indicato dall'OMS per la prevenzione di patologie croniche non trasmissibili. Tale carenza nutrizionale, integrata con la scarsa attività motoria, amplifica il rischio di sovrappeso/obesità infantile, compromettendo lo sviluppo psico-fisico e ponendo le basi per un incremento dell'incidenza di diabete tipo 2, ipertensione e patologie cardiovascolari in età adulta.

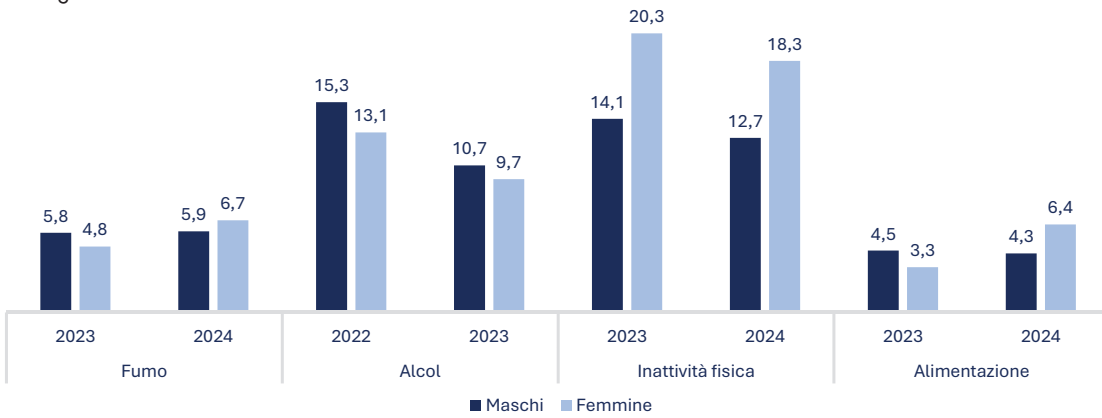


Figura 12. Fattori di rischio nella popolazione giovane tra gli 11 e i 14 anni (% su totale), 2023 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

La salute fisica degli adolescenti mostra segnali di disagio diffuso: quasi la metà dei ragazzi e oltre il 70% delle ragazze riferiscono sintomi ricorrenti quali mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, tristezza, irritabilità e difficoltà a dormire, con un aumento rispetto ai dati del 2017/2018. L'uso di farmaci per alleviare questi sintomi coinvolge il 62% degli adolescenti, con una prevalenza maggiore tra le ragazze e in crescita con l'età.

Cresce anche l'incidenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), che coinvolgono circa 300.000 minori in Italia, con un'età di esordio sempre più precoce, spesso già nella prima infanzia. L'ISS ha censito 180 centri dedicati, che nel 2023 hanno avuto in carico quasi

9.000 utenti prevalentemente giovani (58% tra 13 e 25 anni). I disturbi più frequenti sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il binge eating, con un impatto drammatico anche in termini di mortalità.

Sul versante della salute mentale, la situazione è altrettanto preoccupante. Nel giugno 2025, a Parigi, 31 Paesi europei hanno firmato la Dichiarazione di Parigi[10], un impegno storico che sancisce la salute mentale come responsabilità trasversale a tutte le politiche pubbliche. Il documento riconosce l'allarme crescente tra i giovani: il suicidio è oggi la prima causa di morte tra i 15 e i 29 anni, con circa 400 decessi al giorno e oltre 150.000 vittime all'anno. In Italia, l'aumento dei casi di autolesionismo (+60% nel periodo post-pandemico) e la persistenza del suicidio come seconda causa di morte tra i giovani tra 10 e 25 anni sottolineano l'urgenza di interventi mirati. Nel 2023 oltre 7.000 giovani hanno richiesto aiuto per pensieri suicidari, con un incremento del 24% rispetto all'anno precedente.

Non meno preoccupante il fenomeno del bullismo con impatti sulla salute fisica e mentale degli adolescenti: secondo i dati ISTAT nel 2023, il 68,5% dei ragazzi tra gli 11 e i 19 anni ha subito almeno un episodio di bullismo o cyberbullismo nell'ultimo anno.

Secondo un'indagine condotta dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza[11], il benessere emotivo percepito dai giovani italiani presenta segnali di allarme. Alla domanda sullo stato d'animo attuale, solo il 35% dei ragazzi si è dichiarato sereno, mentre il 24% ha indicato di sentirsi ansioso, l'8% felice e il 6% solo; il 16% non ha saputo definire il proprio stato d'animo. Pur essendo "sereno" l'aggettivo più ricorrente, emerge con forza che circa 1 giovane su 4 identifica l'ansia come emozione predominante, segno di un malessere diffuso. Preoccupano, inoltre, le abitudini disfunzionali emerse nel periodo pandemico e mantenute nel tempo, come lo studio discontinuo (40,4%), il sonno insufficiente o irregolare (33,3%), la scarsa attività fisica (31,8%) e un'alimentazione squilibrata (31,7%). Accanto a questi comportamenti, si rileva un'incidenza significativa di sintomi psicofisici persistenti: il 51,4% dei ragazzi riferisce stati ricorrenti di ansia o tristezza prolungata, il 49,8% affaticamento cronico, il 46,5% nervosismo, il 29% cefalea frequente e il 25,4% disturbi del sonno.

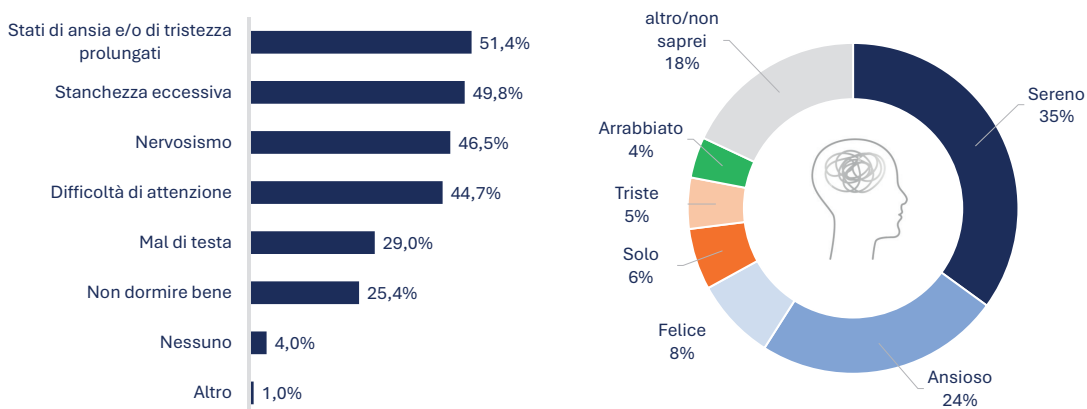


Figura 13. A sinistra: Disturbi provati in maniera ricorrente (% su totale giovani intervistati).
A destra: Stato d'animo attuale (% su totale giovani intervistati)

Fonte: TEHA Group su dati Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, "Salute Mentale: Come stanno i ragazzi", 2025

10 OMS (2025), "Outcome statement of the regional high-level conference on mental health in all policies: address challenges and design shared solutions".
11 Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2025), "Salute Mentale: Come stanno i ragazzi".

I giovani, tuttavia, mostrano una consapevolezza crescente rispetto al proprio stato di salute mentale e alla necessità di ricevere supporto. Il 62,7% degli intervistati esprime il desiderio di rivolgersi a uno psicologo, il 29,3% vorrebbe il sostegno di un allenatore, il 16% si affiderebbe a un insegnante e il 12,9% a un medico. Dato particolarmente rilevante è che quasi 2 ragazzi su 3 manifestano il bisogno di un confronto professionale con uno psicologo, anche se era possibile indicare più opzioni.

A rendere più complesso il quadro concorrono i cambiamenti sociali e tecnologici, che influiscono profondamente sulla salute mentale degli adolescenti. L'utilizzo intensivo di internet e dei social media è oggi una costante tra i più giovani: oltre la metà della Generazione Z trascorre almeno 1 ora al giorno sulle piattaforme digitali. Se da un lato questi strumenti possono rappresentare canali di inclusione, informazione e socializzazione, dall'altro sono associati a rischi significativi, tra cui dipendenza digitale, isolamento, esposizione al cyberbullismo e una progressiva riduzione delle interazioni sociali reali. In particolare, il fenomeno del cyberbullismo tra le ragazze è cresciuto dal 12% al 16% tra il 2018 e il 2022, mentre la quota di adolescenti che incontrano quotidianamente gli amici è diminuita drasticamente, passando dal 69% nel 2006 al 31,5% nel 2022[12].

La situazione della cattiva salute dei giovani non sembra essere solo una criticità italiana. Secondo un recente rapporto pubblicato dal Lancet a maggio 2025, più di un miliardo di persone di età compresa tra i 10 e i 24 anni rischia di andare incontro a problemi di salute entro il 2030, ovvero almeno la metà della popolazione adolescenziale mondiale[13]. Gli adolescenti stanno sperimentando tassi crescenti di obesità e problemi di salute mentale, oltre a dover affrontare l'influenza delle tecnologie digitali e di un clima globale destabilizzato. Una delle proiezioni più strazianti del rapporto è che nel 2030 si perderanno 42 milioni di anni di vita in buona salute a causa di disturbi mentali o suicidi, ovvero 2 milioni in più rispetto al 2015.

Per contrastare questi fenomeni serve un approccio multidisciplinare che coinvolga famiglie, scuole, servizi sanitari e Istituzioni. Le scuole hanno un ruolo chiave nell'educazione digitale e nella promozione di stili di vita sani, anche attraverso attività extracurricolari e campagne di sensibilizzazione. A livello di sistema, è necessario potenziare i servizi di salute mentale dedicati all'età evolutiva, che oggi risultano spesso insufficienti e territorialmente disomogenei.

In definitiva, investire in maniera strutturale e integrata nella salute fisica e mentale dei giovani significa agire in ottica life-course, tutelando il capitale umano e garantendo pari opportunità di sviluppo indipendentemente dal contesto socioeconomico. In questo modo sarà possibile costruire una società più resiliente e un sistema sanitario sostenibile, accompagnando i cittadini dalla culla al banco e oltre.

1.5 DALL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO ALLA PROSPETTIVA DELL'AGEING SOCIETY

La transizione demografica rappresenta una delle sfide più rilevanti per i sistemi sanitari e di welfare europei, in particolare per l'Italia, tra i Paesi con il più elevato tasso di invecchiamento a livello globale. L'aumento della quota di popolazione anziana ha effetti sistemici su numerosi ambiti: dalla sostenibilità del sistema pensionistico alla capacità produttiva del Paese, fino alla crescente pressione sulla spesa sanitaria e sull'assistenza a lungo termine.

In Italia, la spesa sanitaria e di welfare costituisce già oggi una delle voci più rilevanti del bilancio pubblico e, secondo le proiezioni, è destinata a crescere ulteriormente nei prossimi anni. L'invecchiamento della popolazione, con l'aumento dei bisogni di salute e la prevalenza di cronicità, unito alla necessità di riorganizzare l'offerta assistenziale e di sostenere l'accesso all'innovazione terapeutica, contribuirà in modo signi-

12 OMS Europa (2024), "Health Behavior in School-aged Children' (HBSC)".
13 Lancet T. (2025), "A wake-up call: the second Commission on adolescent health".

ficativo ad accrescere il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il nodo centrale resta quindi il reperimento delle risorse in un contesto economico caratterizzato da bassa crescita, elevato debito pubblico e riduzione della popolazione attiva rispetto agli anziani.

Secondo l'ISTAT, nel 2050 l'età di pensionamento effettiva si avvicinerà ai 70 anni, a fronte di una popolazione in età lavorativa in contrazione. La sostenibilità del sistema pensionistico italiano risente infatti della riduzione progressiva dei contribuenti, a fronte di un numero elevato di pensionati, provenienti da generazioni numerose con carriere stabili. Inoltre, le generazioni più giovani – caratterizzate da percorsi occupazionali discontinui e bassa contribuzione – rischiano di percepire in futuro assegni pensionistici di modesta entità. La stagnazione della produttività, che in Italia mostra da oltre trent'anni una crescita pressoché nulla, rappresenta il segnale più evidente di un impoverimento del potenziale della forza lavoro, acuito anche dall'esodo di giovani con elevate competenze e dall'invecchiamento dei lavoratori attivi.

A queste dinamiche si affiancano profonde preoccupazioni da parte della popolazione. Secondo l'OCSE[14], il 74% degli italiani teme di ammalarsi o diventare disabile e l'80% si dice preoccupato per l'accesso a cure sanitarie di qualità, valori tra i più alti in Europa insieme a Grecia e Spagna. Ancora più marcata è l'ansia legata al futuro: l'83% teme gli effetti del cambiamento climatico, l'84% quelli dei rischi geopolitici, e l'80% si dichiara preoccupato per la propria sicurezza finanziaria nella vecchiaia. Il tema dell'assistenza a lungo termine (long-term care, LTC) è particolarmente sentito: il 71% degli italiani teme di non poter accedere in futuro a cure adeguate a sé stesso e il 74% per i propri familiari anziani[15].

Con l'aumento della popolazione non autosufficiente – stimata oggi in quasi 4 milioni di persone – cresce la domanda di servizi socio-sanitari integrati in grado di rispondere a bisogni complessi, che includono non solo aspetti clinici, ma anche sociali e psicologici. La solitudine, ad esempio, rappresenta un fattore di rischio spesso trascurato ma fortemente correlato a depressione, patologie croniche e suicidi. Il tasso di solitudine in Italia è doppio rispetto alla media europea: il 14% degli italiani dichiara di non avere nessuno a cui chiedere aiuto, e il 12% nessuno a cui raccontare aspetti personali, a fronte di una media UE del 6,1%.

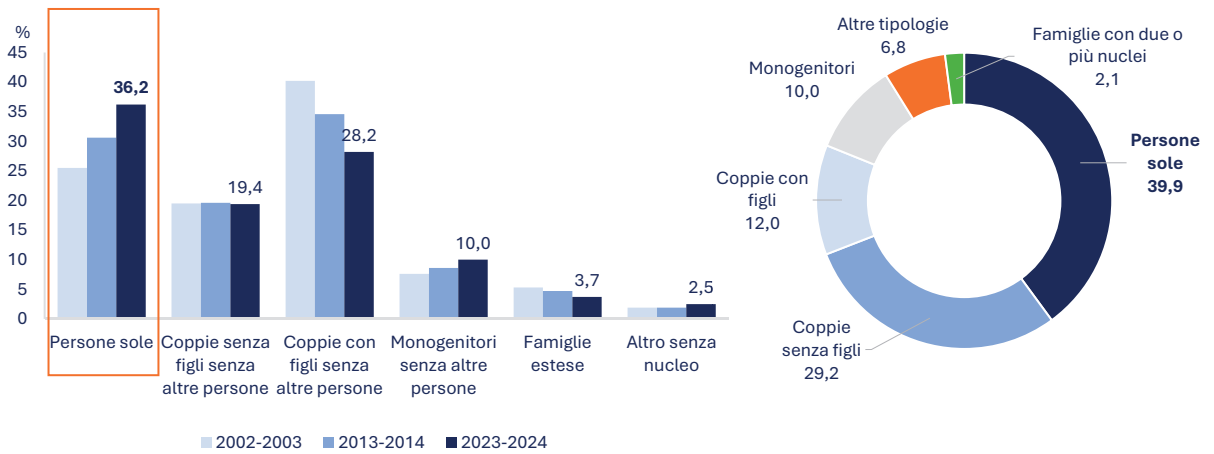


Figura 14. Famiglie per tipologia (% su totale), 2002-2003, 2013-2014 e 2023-2024.
A destra: Famiglie con almeno un componente di 65 anni e più per tipologia (% su totale), ultimo dato disponibile

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

14 OCSE (2025), "More Effective Social Protection for Stronger Economic Growth Main. Findings from the 2024 OECD Risks that Matter Survey".
15 Ibid.

In questo contesto, assumono un ruolo sempre più strategico le strutture residenziali e semiresidenziali, i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le tecnologie digitali applicate alla cura. Tuttavia, nonostante l'impulso del PNRR, la copertura dei servizi risulta ancora fortemente disomogenea a livello territoriale. Secondo l'ultimo monitoraggio di AGENAS, solo un terzo delle oltre 1.700 Case della Comunità programmate ha attivato almeno un servizio, mentre permangono criticità legate alla carenza di medici e infermieri. Il sistema continua così a reggersi sull'asse ospedale – Medico di Medicina Generale, con il rischio crescente di sovraccarico e di allungamento delle liste di attesa.

Secondo un Rapporto ISTAT, il 52% degli over-65 presenta almeno 3 patologie croniche. Allo stesso tempo, le risorse – economiche, strutturali e umane – appaiono insufficienti a far fronte a una domanda crescente, con conseguente aumento della spesa sanitaria privata e un preoccupante fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici o organizzativi. La recente indagine dell'OCSE "PaRIS"[16] sottolinea punti di forza, come il fatto che il 67% delle persone con patologie croniche in Italia dichiara di ricevere supporto adeguato nella gestione della propria salute (4 punti in più della media OCSE), ma evidenzia anche ampie aree di miglioramento: solo il 5% degli italiani affetti da cronicità si fida delle informazioni sanitarie online, contro il 19% della media OCSE, segnalando una carente alfabetizzazione sanitaria digitale.

Agli anziani è associato anche il tema della solitudine che aumenta la probabilità di condizioni di fragilità fisica e psicologica, nonché la necessità di supporto per le attività quotidiane e la mobilità, incluso l'accesso ai servizi sanitari. In Italia, secondo gli ultimi dati ISTAT, almeno il 40% della popolazione over-75 vive da sola, e questa percentuale è destinata ad aumentare nei prossimi anni, con le donne anziane più esposte a questa condizione.

Promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute rappresenta quindi una strategia chiave per la sostenibilità futura del sistema. La prevenzione, in particolare, consente di ridurre l'incidenza di malattie croniche, migliorare la qualità della vita, contenere i costi sanitari e preservare la produttività degli individui. In questo senso, l'invecchiamento attivo – definito come il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza – costituisce un pilastro strategico. Un anziano in buona salute può contribuire più a lungo al mondo del lavoro, alle attività di volontariato e al supporto familiare, rafforzando la coesione sociale e riducendo il carico sul sistema previdenziale.

Secondo il Rapporto sull'Invecchiamento 2024 della Commissione Europea[17], un invecchiamento in cattiva salute potrebbe comportare un aumento della spesa sanitaria dell'1,2% del PIL entro il 2070, portandola all'8,1%, rispetto al 6,9% in uno scenario di invecchiamento sano. Anche la Dichiarazione del G7 Salute tenutosi ad Ancona il 10-11 ottobre 2024, sotto Presidenza italiana, ha posto l'accento sulla necessità di promuovere prevenzione lungo tutto l'arco della vita, evidenziando la connessione tra salute pubblica e benessere sociale ed economico.

Negli ultimi anni, sono state attivate diverse iniziative a livello europeo, come la creazione del Partenariato Europeo sull'Invecchiamento Attivo e in Buona Salute (2011), l'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo (2012) e l'introduzione dell'Active Ageing Index[18], che hanno contribuito a strutturare una nuova cultura dell'invecchiamento.

A livello nazionale, un passo importante è stato rappresentato dal Decreto legislativo n. 29 del 19 marzo 2024, attuativo della legge n. 33/2023[19], che ha introdotto politiche attive a favore delle persone anziane e riformato il sistema di assistenza agli over-65. La legge sancisce anche la nascita del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA) con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane.

L'Italia si trova oggi dinanzi a una sfida epocale: garantire la sostenibilità del proprio sistema sanitario e sociale in un contesto di progressivo

16 OCSE (2025), "Does Healthcare Deliver? - Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)".
17 Commissione Europea (2024), "Ageing Report" 2024".
18 Indice per misurare le potenzialità della popolazione anziana di invecchiare attivamente e in salute. Misura il grado in cui le persone anziane conducono una vita indipendente, partecipano al mercato del lavoro e alle attività sociali, nonché la loro capacità di mantenersi attive.
19 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (2024), Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29, intitolato "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane".

invecchiamento demografico, evoluzione dei bisogni di salute e vincoli di finanza pubblica. Affrontare tale sfida richiede una visione integrata e di lungo periodo, capace di mettere al centro la persona lungo tutto il corso della vita, promuovendo prevenzione, innovazione, prossimità e inclusione. Investire in un invecchiamento attivo e in buona salute non rappresenta solo una leva di equità e benessere, ma anche una strategia per rafforzare la competitività e la resilienza del Paese, rilanciando il valore della salute come bene comune e motore di sviluppo sociale ed economico.

2. NUOVI LINGUAGGI PER LA SALUTE: INFORMARE, COMUNICARE, COINVOLGERE

Negli ultimi anni, la comunicazione e le modalità attraverso cui le persone si informano sono cambiate profondamente, trasformando anche il settore della salute. La diffusione capillare di internet e dei social media, ormai utilizzati trasversalmente da tutte le fasce d'età, in particolare, ha rivoluzionato il modo in cui oggi si accede alle informazioni. Parallelamente, l'aumento dei canali di comunicazione disponibili ha aumentato in modo esponenziale le possibilità di raggiungere pubblici prima difficilmente intercettabili, estendendo in modo significativo lo spettro della comunicazione in ambito di salute.

Le nuove piattaforme digitali, come i social network, sono diventate veri e propri strumenti di divulgazione e di confronto/dibattito. Un esempio concreto: a settembre 2025, la pagina Facebook del Ministero della Salute contava oltre 1,5 milioni di follower, mentre il profilo Instagram quasi 650.000. Questi dati dimostrano come una parte crescente della popolazione scelga questi canali per informarsi su tematiche sanitarie.

A differenza dei canali tradizionali, i social media permettono agli utenti di interagire con i contenuti, commentare, condividere e creare comunità attorno a temi di salute. Allo stesso tempo, i social media sono una realtà fertile per la formazione di echo chambers, ovvero "camere dell'eco" in cui gli utenti si trovano a dialogare con persone che nella maggior parte dei casi la pensano come loro, e da cui spesso ricavano un'impressione falsata sulla reale prevalenza delle proprie opinioni, con la conseguente creazione di posizioni polarizzate attorno ad alcuni argomenti[1].

Il cittadino, inoltre, non si rivolge più soltanto ai media tradizionali e agli operatori sanitari per ricevere informazioni: tende piuttosto a informarsi autonomamente, leggendo, cercando e confrontando online le opzioni di cura disponibili. Ma se sono cambiate le modalità di fruizione delle informazioni, si sono evoluti anche i linguaggi, i codici e le modalità con cui le Istituzioni e i professionisti comunicano con gli utenti e viceversa.

Viviamo in un'epoca in cui l'attenzione dell'utente è contesa da una moltitudine di stimoli e fonti. Per questo, la comunicazione – in quasi tutti gli ambiti – sta adottando approcci sempre più orientati al coinvolgimento emotivo e cognitivo, con contenuti brevi, accessibili e accattivanti. Si diffondono così i cosiddetti "snackables", brevi contenuti pensati per essere facilmente consumati e condivisi (seppur non sempre ricordati). Anche per ovviare a questo rischio, il processo evolutivo è accompagnato da un crescente uso di tecniche di storytelling, immagini di impatto, linguaggi colloquiali e formati interattivi, tutti strumenti volti a catturare l'attenzione e favorire un'interazione più diretta e partecipativa.

Alla luce di queste trasformazioni e guardando al settore della salute, diventa strategico per le Istituzioni pubbliche e per i professionisti sanitari adottare alcune delle pratiche già consolidate nel settore privato, come quelle del marketing sanitario. Questo comporta una maggiore attenzione all'ascolto dei bisogni delle persone, alla comunicazione efficace dell'offerta sanitaria e alla costruzione di relazioni di fiducia tra strutture, professionisti e cittadini.

La salute, in questa prospettiva, non può più essere intesa come il risultato di interventi clinici, quanto piuttosto l'esito dinamico di un insieme di fattori che comprendono anche: conoscenze, comportamenti, politiche e risorse sociali. Promuovere il benessere significa dunque attivare un dialogo continuo tra mondi diversi – educativo, clinico, istituzionale e familiare – che devono saper evolvere insieme alla trasformazione degli ecosistemi dell'informazione e della comunicazione.

1 Del Vicario M et al. (2016), "Echo chambers: Emotional contagion and group polarization on Facebook". Scientific Reports.

Agire su questi aspetti è tanto più importante se si considera che una maggiore alfabetizzazione sanitaria è associata a migliori condizioni di salute, come sarà descritto più in dettaglio all'interno del Capitolo. Persone più informate tendono ad adottare comportamenti più salutari, a riconoscere precocemente i segnali di malattia, a gestire meglio patologie croniche e a seguire con maggiore efficacia le indicazioni terapeutiche. In secondo luogo, l'incremento delle conoscenze e della consapevolezza nei cittadini contribuisce a migliorare la loro interazione con i sistemi in cui sono inseriti (a partire da quello sanitario, ma non solo), rendendoli maggiormente capaci di orientarsi tra servizi, diritti e responsabilità. Ne deriva una cittadinanza più attiva, partecipe e in grado di costruire un rapporto più equilibrato e collaborativo con le Istituzioni sanitarie.

2.1 LA SFIDA DELL'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA

L'alfabetizzazione sanitaria, intesa come la capacità delle persone di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute per sé, per la propria famiglia e per la comunità, assume un'importanza crescente in un mondo caratterizzato da una complessità sempre maggiore delle informazioni e dei servizi sanitari, da una digitalizzazione rapida e dall'ampia diffusione di fonti di informazione spesso non verificate.

Il fatto che oggi i cittadini si trovino a dover navigare in un sistema sanitario articolato e dinamico, che richiede competenze specifiche non solo per interpretare le indicazioni mediche e gestire le terapie, ma anche per interagire con strumenti digitali come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la telemedicina e app dedicate, rende il tema ancora più attuale. Un tema complicato dall'ormai noto fenomeno dell'infodemia, ovvero la sovrabbondanza di informazioni, spesso contrastanti o non attendibili. Un'adeguata alfabetizzazione sanitaria è infatti la migliore difesa per riconoscere fonti affidabili, evitare disinformazione e prendere decisioni consapevoli.

Altri due fattori rendono il tema ulteriormente rilevante. Da una parte, la salute è sempre più riconosciuta come un bene collettivo, che dipende da comportamenti responsabili, dalla partecipazione attiva dei cittadini e dalla capacità di aderire a politiche di promozione del benessere e di prevenzione[2]. Dall'altra, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche sono condizioni che richiedono una gestione quotidiana e autonoma basata su comportamenti determinati da informazioni corrette e su una buona comunicazione con i professionisti sanitari[3].

Sebbene esistano diverse definizioni e il concetto sia in continua evoluzione, è ormai ampiamente riconosciuto che l'alfabetizzazione sanitaria (anche detta "health literacy") vada oltre la semplice lettura di materiali informativi o l'abilità di seguire le prescrizioni mediche. Riguarda, piuttosto, l'acquisizione di un insieme articolato di competenze critiche, emotive e relazionali che permettono alle persone di partecipare in modo attivo e consapevole alle decisioni che riguardano la propria salute, rafforzando così il senso di azione e la capacità di autodeterminazione.

2 Come più volte sottolineato nelle edizioni di Meridiano Sanità, in un contesto di risorse limitate e sfide sanitarie crescenti, la prevenzione rappresenta la strategia principale e più efficace per contenere l'aumento della spesa sanitaria.

3 Come sarà descritto più avanti, è importante evidenziare come un basso livello di alfabetizzazione in un contesto di alta prevalenza di malattie croniche e di multimorbilità produca danni non solo alla salute, ma anche all'economia.



Figura 1. Schematizzazione del modello relativo ai tre livelli dell'alfabetizzazione sanitaria

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Nutbeam D (2000), "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century". Health Promotion International, 2025

Concretamente, questo significa essere in grado di trovare, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie. Significa, ad esempio, saper leggere e interpretare correttamente i risultati degli esami, distinguere fonti affidabili da contenuti fuorvianti, comunicare efficacemente con gli operatori sanitari, porre domande pertinenti, capire le risposte ricevute, scegliere tra diverse opzioni di cura e partecipare alla gestione quotidiana della propria salute, in una logica di corresponsabilità.

In sintesi, la health literacy implica abilità personali e capacità di interazione con l'ambiente e la sua componente sociale, in un contesto dove le disuguaglianze, culturali e socioeconomiche, influiscono profondamente sulla possibilità di esercitare scelte consapevoli. Per questo motivo, essa si lega strettamente al concetto di autodeterminazione: acquisire consapevolezza e controllo sulle proprie decisioni, azioni e traiettorie di vita, sia nel contesto personale sia nella sfera collettiva.

Introdotto per la prima volta negli anni `70 da Scott K. Simonds, accademico e pioniere nel campo dell'educazione alla salute, il termine health literacy sottolineava il ruolo strategico nella formazione di cittadini più consapevoli, già a partire dall'ambito scolastico[4]. Dopo aver trovato interesse e diffusione in ambito clinico e soprattutto negli Stati Uniti, anche a causa della multietnicità della popolazione, questo concetto ha trovato uno spazio crescente anche in altre parti del mondo, a partire da Europa e Australia. Pochi anni dopo, la Carta di Ottawa del 1986[5] – documento fondativo della promozione della salute pubblica – ha ulteriormente rafforzato questo approccio a livello internazionale, riconoscendo la necessità di offrire alle persone gli strumenti per assumere un maggiore controllo sulla propria salute e per contribuire a creare ambienti di vita più sani, sostenibili e favorevoli al benessere. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha poi inserito l'health literacy tra i termini del Glossario di Promozione della Salute, indicandola come un'importante strategia di empowerment.

Negli ultimi anni l'interesse sul tema è cresciuto in modo considerevole in ragione del forte legame, evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale, tra competenze e stato di salute della popolazione. Diversi studi ne hanno infatti dimostrato il livello di influenza diretta e

4 Simonds SK (1974), "Health Education as Social Policy". Health Education Monographs.

5 La Carta, elaborata in occasione della prima Conferenza internazionale per la promozione della salute, raccoglieva l'impegno individuale e collettivo di oltre 200 partecipanti provenienti da 38 Paesi, ponendo un l'obiettivo comune di "salute per tutti" entro l'anno 2000.

misurabile: un alto livello di health literacy è associato a migliori condizioni generali di salute, maggiore aderenza alle terapie, utilizzo più efficiente dei servizi e soprattutto una maggiore attenzione alla prevenzione.

Al contrario, livelli bassi di alfabetizzazione sanitaria comportano effetti negativi significativi e diffusi: ridotta aderenza terapeutica, scarsa comprensione delle informazioni mediche, ricorso improprio ai servizi (ad esempio, al pronto soccorso per disturbi lievi), minore partecipazione a programmi di prevenzione e screening, con conseguenti ricadute negative sugli esiti di salute individuali e collettivi[6]. Le persone con bassa health literacy risultano quindi più vulnerabili, in particolare se appartenenti a gruppi generalmente più svantaggiati, come anziani, immigrati e individui con un basso livello di istruzione – lacune che contribuiscono ad ampliare ulteriormente le disuguaglianze sia tra Paesi che all'interno delle singole comunità.

A questo proposito, è necessario sottolineare come le conseguenze di un basso livello di alfabetizzazione sanitaria non siano solo sanitarie, ma anche economiche e sociali. Diversi studi internazionali stimano che i costi associati a una scarsa health literacy possano incidere tra il 3% e il 5% del budget sanitario nazionale[7], a causa della gestione inefficace delle malattie, del ritardo nell'accesso alle cure e del maggiore carico assistenziale richiesto. È comprensibile, quindi, come queste evidenze abbiano contribuito a rendere l'alfabetizzazione sanitaria un indicatore di crescente interesse per i sistemi sanitari e per le politiche di sanità pubblica.

Per contenere e ridurre questi costi, il primo passo fondamentale è misurare e monitorare il livello di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione. In questo ambito si inserisce l'Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), avviato nel 2018 sotto l'egida della European Health Information Initiative (EHII) del Capitolo europeo dell'OMS. L'iniziativa ha l'obiettivo di condurre, in maniera periodica, indagini comparative e di alta qualità sui livelli di health literacy nei Paesi europei. L'Italia ha aderito al network, nominando l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come referente scientifico e il Ministero della Salute come referente politico.

In attesa della pubblicazione dei risultati dell'ultima indagine HLS24 (2024–2026), che punta a raccogliere dati ancora più approfonditi e ampi, includendo focus su salute digitale, vaccinazioni, prevenzione delle malattie croniche e alfabetizzazione mentale, è possibile analizzare la precedente edizione della survey, relativa al periodo 2019-2021[8]. Secondo l'indagine, tra il 25% ed il 72% degli intervistati europei risulta soggetto a problemi di alfabetizzazione sanitaria, quindi, a seconda del Paese, da 1 residente su 4 a 3 residenti su 4. Sebbene la distribuzione dei livelli vari sensibilmente da un Paese all'altro, emergono alcune difficoltà comuni segnalate dai cittadini. Tra queste, figurano la valutazione delle diverse opzioni di trattamento, la comprensione delle riforme sanitarie, la possibilità di disporre di tempo sufficiente per comunicare con i professionisti sanitari e la scelta delle vaccinazioni da effettuare[9].

Nel caso dell'Italia, i dati mettono in luce margini di miglioramento significativi. La percentuale di persone con un livello inadeguato o problematico di alfabetizzazione sanitaria è infatti pari, rispettivamente, al 23% e al 35%, per un totale del 58% della popolazione adulta, un valore superiore alla media del pool complessivo (46%). In questa quota, prevalentemente maschile, si concentrano soprattutto soggetti anziani, con un minor livello di studio e maggiori difficoltà economiche, mentre non sembra esserci un gradiente Nord-Sud significativo.

6 Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V (2020), "Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control". J Environ Health Sci.

7 Eichler K, Wieser S, Brügger U (2009), "The costs of limited health literacy: A systematic review". International Journal of Public Health.

8 L'indagine si basa sulle risposte di oltre 42.000 adulti in 17 Paesi, con un campione italiano di circa 3.500 persone. I Paesi inclusi sono Austria, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Ungheria, Irlanda, Israele, Italia, Norvegia, Portogallo, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia e Svizzera.

9 The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021), "Short Summary of the International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL". Austrian National Public Health Institute.

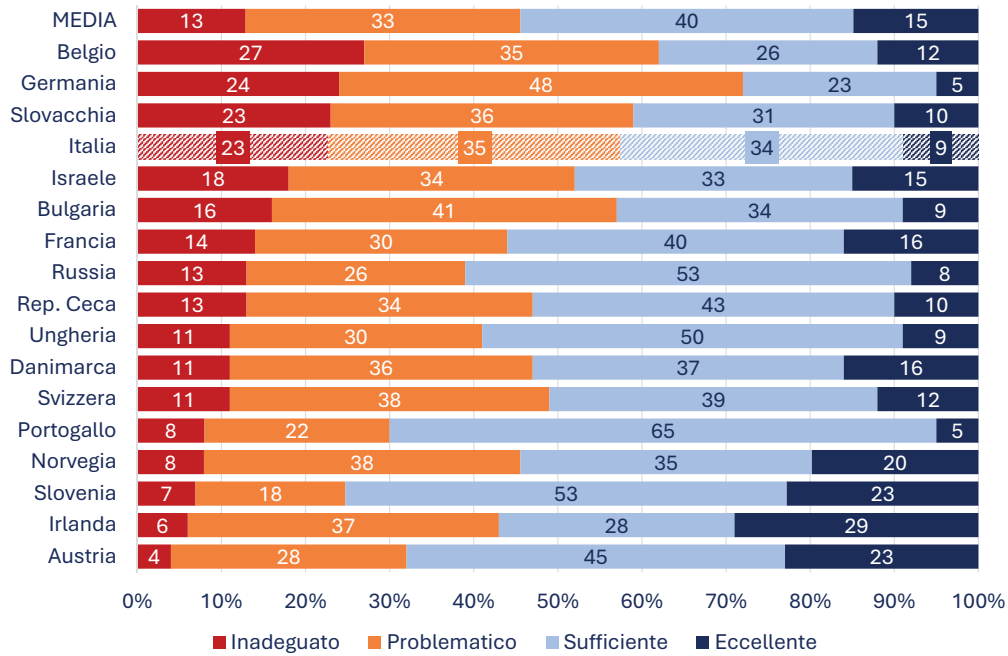


Figura 2. Livelli di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione (% sul totale), 2021

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Health Literacy Survey in 2019-2021, 2025

Non mancano comunque i Paesi con un quadro meno positivo dell'Italia, come la Germania (72%), il Belgio (62%) e la Slovacchia (59%). Al contrario, i livelli di alfabetizzazione più alti si registrano in Slovenia (76%), Portogallo (70%) e Austria (68%). L'Irlanda, in particolare, si distingue per la quota più elevata di cittadini con un livello "eccellente" (29%). In tutti i Paesi coinvolti, si conferma un forte gradiente socioeconomico: le persone con minori risorse economiche e una percezione più bassa della propria posizione sociale tendono ad avere livelli inferiori di alfabetizzazione sanitaria. A queste si accompagnano abitudini e condizioni meno favorevoli, come una minore attività fisica, un consumo ridotto di frutta e verdura, una bassa autopercezione di salute, maggiori limitazioni funzionali e la presenza di malattie croniche o a lungo termine.

Per colmare questo divario, il Rapporto offre una serie articolata di raccomandazioni operative che coinvolgono ambiti politici, accademici e pratici. Tra le indicazioni principali: rafforzare la capacità delle persone di accedere, comprendere, valutare e usare in modo efficace le informazioni sanitarie; istituire sistemi di monitoraggio regolari sull'health literacy; integrare sistematicamente l'alfabetizzazione sanitaria nei percorsi scolastici, nella formazione degli adulti e nei media; individuare gruppi vulnerabili per contrastare le disuguaglianze, in particolare nella salute mentale; migliorare la comunicazione nei contesti sanitari; accrescere le competenze degli operatori sanitari; rendere i sistemi sanitari più navigabili e comprensibili per gli utenti; aumentare la qualità e la fiducia nelle informazioni sanitarie, a partire da quelle sulle vaccinazioni.

A queste raccomandazioni va tuttavia affiancata un'ulteriore riflessione: migliorare l'alfabetizzazione sanitaria significa anche intervenire sul contesto in cui le persone vivono e prendono decisioni. In molti casi, la carenza di informazioni non è il principale ostacolo quanto piuttosto la mancanza di condizioni ambientali, sociali o organizzative che permettano di tradurre tali informazioni in scelte salutari. Ad esempio, promuovere la vaccinazione attraverso campagne informative è importante, ma potrebbe non bastare se le persone incontrano difficoltà logistiche nell'accesso ai centri vaccinali, se mancano strumenti per comprendere i benefici e i rischi o se si trovano di fronte a messaggi ambigui e contraddittori. Solo integrando alfabetizzazione e contesto si può generare un cambiamento reale e duraturo, capace di ridurre disuguaglianze, aumentare la partecipazione e migliorare gli esiti di salute a livello di popolazione.

2.1.1 L'importanza della cultura della salute fin dai banchi di scuola

Alla luce della fotografia italiana sullo stato dell'alfabetizzazione sanitaria, emerge la necessità di avviare azioni strutturate di educazione e sensibilizzazione già a partire dalle generazioni più giovani – solo per citare un esempio oltre il 40% degli adolescenti ritiene che la prevenzione delle malattie non serva perché se si è «destinati» ad ammalarsi ci si ammala[10]. Investire nella health literacy in età scolare è fondamentale perché è proprio durante l'infanzia e l'adolescenza che si gettano le basi di competenze, atteggiamenti e comportamenti che influenzeranno la salute lungo l'intero arco della vita. Intervenire precocemente permette non solo di promuovere una cultura della salute più consapevole, critica e partecipativa, ma anche di prevenire il radicarsi di disinformazione, sfiducia nelle Istituzioni sanitarie e stili di vita poco salutari, con effetti positivi in termini di riduzione dei costi evitabili e delle disuguaglianze.

Questo dato va letto anche in considerazione di un progressivo peggioramento del benessere percepito tra i giovani italiani: secondo gli ultimi dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di ragazzi e ragazze che dichiarano di avere uno stato di salute eccellente è scesa dal 35% al 31% negli ultimi cinque anni. Fin dall'infanzia e dall'adolescenza, infatti, bambini e ragazzi si trovano ad affrontare sfide sanitarie specifiche e in crescita. Basti pensare che: il 48% dei ragazzi e il 74% delle ragazze soffre più volte a settimana di mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena o difficoltà a dormire[11]; quasi 700mila giovani sono dipendenti da web e social media[12] e circa la metà degli adolescenti assume comportamenti che riconosce come rischiosi[13], spesso per conformarsi al gruppo. Di conseguenza, promuovere l'alfabetizzazione sanitaria in questa fase della vita, oltre a essere una strategia lungimirante in ottica futura, può fornire anche alcune risposte concrete alle sfide di salute e benessere che molti bambini e adolescenti affrontano già oggi.

I dati relativi all'alfabetizzazione sanitaria tra i giovani, in ogni caso, restituiscono un quadro caratterizzato da ampi margini di miglioramento. Un'indagine tra gli studenti italiani degli ultimi anni delle scuole superiori[14] mostra, infatti, un preoccupante scollamento tra i giovani e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN): oltre la metà non conosce il significato del ticket, 1 su 5 non sa chi sia il proprio medico di famiglia e più dell'80% non ha mai utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico. Parallelamente, quasi il 40% degli studenti dichiara di usare quotidianamente strumenti di intelligenza artificiale come ChatGPT. Se da un lato l'accesso a nuove tecnologie rappresenta un'opportunità, dall'altro, in assenza di adeguate competenze scientifiche e digitali, i giovani possono essere facilmente esposti a contenuti fuorvianti, con conseguenze potenzialmente negative.

10 Associazione Laboratorio Adolescenza e Istituto di ricerca IARD (2025).
11 Istituto Superiore di Sanità (2022), "Health Behaviour in School-aged Children".
12 Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (2023).
13 Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (2013), "Indagine nazionale Adolescenti e socialità".
14 I dati fanno riferimento all'indagine condotta da Fondazione Gimbe tra 2023 e 2024 nell'ambito del progetto "La Salute tiene banco", coinvolgendo oltre 5.500 studenti in tutta Italia.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la scuola dovrebbe essere un ambiente che promuove attivamente la salute e il benessere degli studenti, eppure l'attuazione di questo modello risulta ancora parziale in Italia. 3 istituti scolastici su 5 (61,9%) hanno finora aderito al programma "Scuole che promuovono salute" promosso dall'OMS[15] e, anche tra chi ha formalmente aderito, l'implementazione resta incompleta. Un quarto non ha un piano specifico per il sostegno alla salute e al benessere degli studenti, e quasi il 40% non prevede formazione del personale né iniziative dedicate all'alfabetizzazione sanitaria, mentre solo il 60,8% degli istituti monitora regolarmente l'attuazione del programma. Tra i temi affrontati più frequentemente figurano la prevenzione di violenza, bullismo e cyberbullismo, l'educazione alimentare, l'attività fisica e le life skills; in 2 scuole su 3 si affrontano anche le dipendenze da internet e videogiochi.

Come descritto precedentemente, la promozione della salute non può comunque limitarsi ai soli contenuti formativi: è essenziale creare contesti favorevoli in cui adottare comportamenti sani diventi più semplice e accessibile. Insegnare ai ragazzi l'importanza dell'attività fisica e di una dieta equilibrata è importante, ma non sufficiente, se – come accade – 6 edifici scolastici su 10 sono privi di un impianto sportivo[16], oppure se le mense scolastiche rimangono accessibili solo a 1 studente su 2[17]. Solo l'integrazione tra educazione e cambiamenti strutturali può trasformare le conoscenze in comportamenti duraturi, rendendo le scuole un importante presidio educativo anche in ambito sanitario.

2.2 L'INFORMAZIONE SANITARIA OGGI, TRA BISOGNI REALI E DIAGNOSI VIRTUALI

La crescente autonomia informativa di cittadini e pazienti – sempre più attivi nella ricerca di informazioni sulla propria salute – apre a importanti opportunità, ma comporta anche nuove sfide. Il passaggio da una conoscenza mediata, in cui le fonti ufficiali, medici o Istituzioni sanitarie filtravano e traducevano i contenuti, a una dimensione più autonoma e digitale, ha modificato in profondità il rapporto tra salute e conoscenza.

Se per anni la figura simbolica dell'informazione fai da te è stata "Dottor Google", oggi sono sempre più frequenti le ricerche attraverso strumenti di intelligenza artificiale come ChatGPT, che offrono risposte rapide e apparentemente autorevoli, ma pongono interrogativi su attendibilità, trasparenza e capacità di adattamento ai bisogni specifici. Sempre più spesso, inoltre, gli utenti utilizzano le ricerche online come "secondo parere": non solo per confrontare diagnosi o trattamenti, ma anche per ottenere spiegazioni più accessibili o empatiche rispetto a quanto comunicato dai professionisti sanitari[18].

15 Fondazione Gimbe (2024), "Scuole che Promuovono Salute: status di attuazione in Italia del programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità".

16 TEHA Group (2024), "Osservatorio Valore Sport: Riportare lo sport e la cultura del movimento al centro dell'agenda politica per creare valore per il Paese". A questo proposito, si segnala che dal lancio del PNRR sono stati stanziati 890 milioni di euro, con interventi in oltre 1.000 istituti. In generale, gli investimenti in edilizia scolastica sono aumentati del 42% tra il 2021 e il 2023. Ci si attende dunque che questi interventi possano contribuire, nei prossimi anni, a migliorare la qualità degli ambienti scolastici e a creare contesti più favorevoli alla promozione della salute.

17 Save the Children (2022), "XIII edizione dell'Atlante dell'infanzia a rischio in Italia". Secondo i dati riportati dallo studio, il 48% degli studenti delle scuole primarie e secondarie non ha accesso alla mensa, con un picco dell'80% in Sicilia e in Puglia, dove le famiglie non riescono a coprire la rata prevista dalla scuola.

18 Cacciamani GE et al. (2019), "Asking "Dr. Google" for a Second Opinion: The Devil Is in the Details". European Urology Focus.

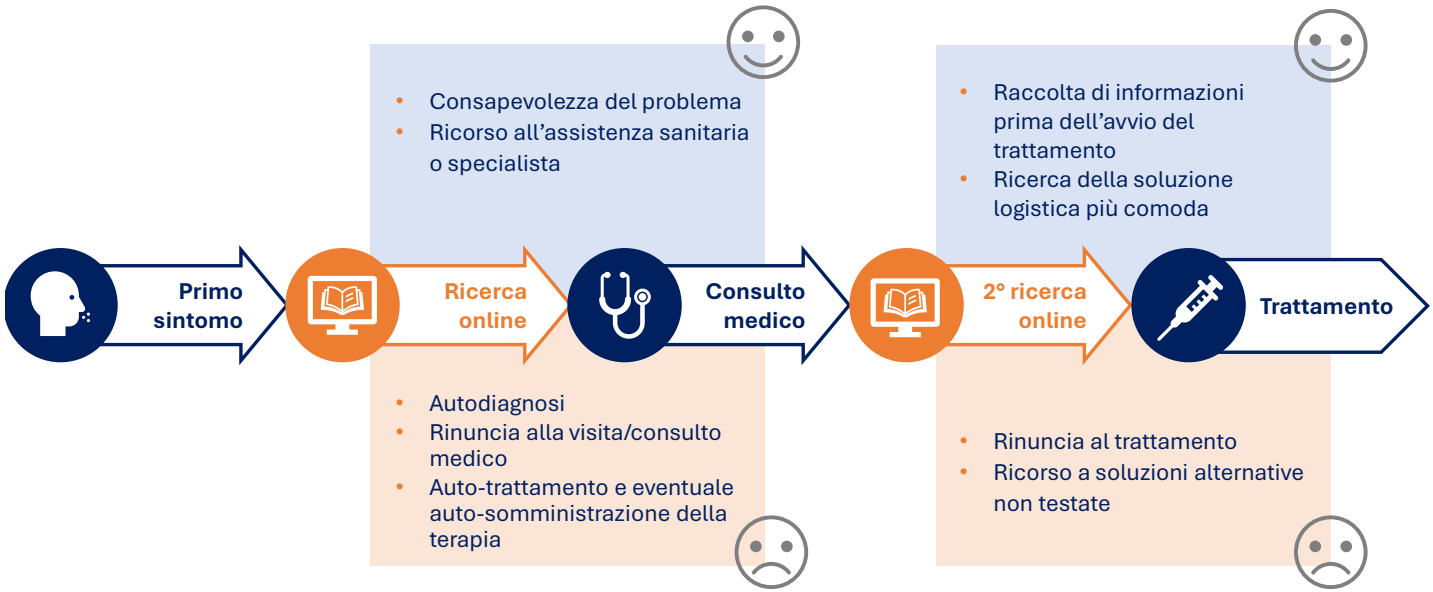


Figura 3. Schematizzazione del percorso informativo del cittadino/paziente in ambito sanitario e dei benefici/rischi delle ricerche online

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Cacciamani GE et al. (2021), "Asking "Dr. Google" for a Second Opinion: The Devil Is in the Details". Eur Urol Focus, 2025

Tornando al tema iniziale, alcuni studi comparativi tra Google e ChatGPT hanno dimostrato che il secondo tende a fornire risposte più coerenti e rassicuranti rispetto al primo, anche se meno chiare sul piano pratico. La prevalenza del modello basato su intelligenza artificiale emerge anche in confronti più diretti con i professionisti: uno studio del 2023[19], ad esempio, ha chiesto a un gruppo di utenti di valutare risposte fornite a domande mediche, sia da medici reali che da ChatGPT. In oltre il 78% dei casi, le risposte dell'IA sono state giudicate superiori in termini di empatia e qualità comunicativa.

Questo dato, pur non privo di ambiguità, mette in luce un aspetto interessante: quando le persone cercano rassicurazione o supporto emotivo, l'IA sembra saper rispondere in modo convincente, grazie a uno stile linguistico che enfatizza comprensione e vicinanza. Un dato che solleva diverse questioni critiche, a partire dal rischio di confondere empatia apparente con empatia autentica, un fattore centrale nella relazione di cura, a cui si aggiunge un potenziale innalzamento delle aspettative nei confronti dei professionisti, chiamati a competere con standard artificiali e poco realistici.

19 Ayers JW et al. (2023), "Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum". JAMA Internal Medicine.

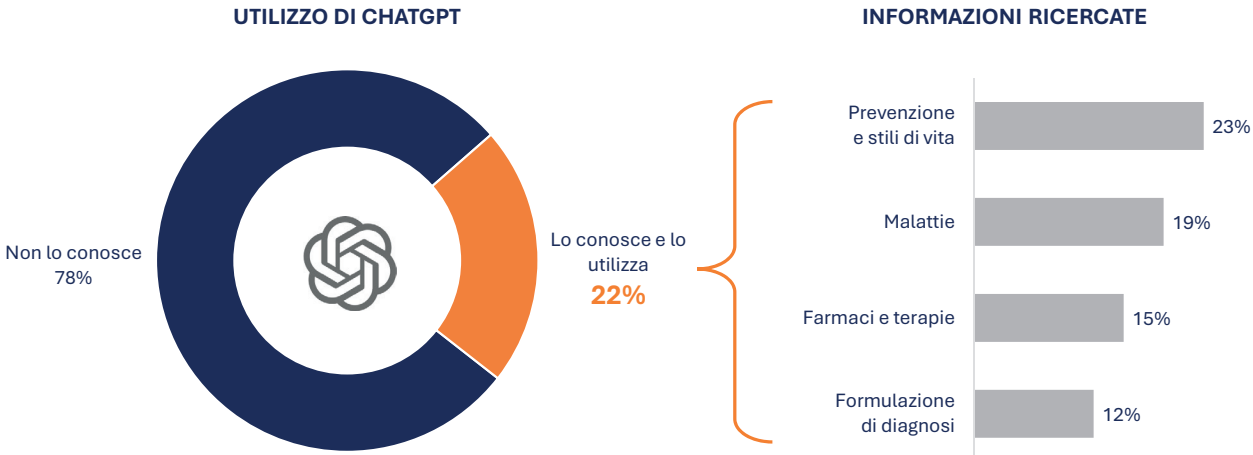


Figura 4. Utilizzo dei cittadini italiani di ChatGPT in generale e in ambito sanitario (% sul totale), 2024

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, 2025

La questione non può comunque essere ridotta a una mera rivalità tra sistemi digitali e professionisti fisici. Come discusso anche in altri capitoli di questo Rapporto, soluzioni basate sull'intelligenza artificiale sono già oggi integrate nella pratica clinica quotidiana, in particolare nei contesti ad alta digitalizzazione. Negli Stati Uniti, ad esempio, la piattaforma MyChart consente ai pazienti di inviare sintomi e quesiti direttamente ai propri medici; dall'altra parte, oltre 15.000 professionisti sanitari rispondono ai messaggi modificando o approvando delle bozze generate da ChatGPT, spesso senza che il paziente ne sia neanche informato[20].

Se da un lato queste soluzioni promettono un risparmio di tempo e una maggiore efficienza, non sono esenti da rischi: in scenari clinici simulati, ad esempio, il 7% delle risposte generate da ChatGPT conteneva informazioni potenzialmente pericolose se non accuratamente riviste da un professionista[21]. Questo conferma la necessità di un'integrazione equilibrata tra tecnologia e supervisione umana, per garantire sicurezza, efficacia e – non da ultimo – autenticità nel rapporto con il paziente.

Parallelamente all'aumento dell'informazione individuale, la comunicazione veicolata da media tradizionali e soprattutto digitali continua, comunque, a svolgere un ruolo chiave in ambito sanitario seppur in continua evoluzione. In un'epoca in cui l'alfabetizzazione sanitaria resta spesso bassa, in particolare tra i più giovani, i social media rappresentano strumenti potenzialmente potenti per sensibilizzare e coinvolgere intere comunità. I primi risultati di un'indagine condotta su oltre 2.000 adolescenti tra i 12 e i 19 anni, emerge come i ragazzi italiani considerino i social (come TikTok e Instagram) una fonte efficace per acquisire informazioni su stili di vita salutari, pur ammettendo di provare confusione e incertezza sui temi della prevenzione e del benessere[22].

La letteratura scientifica ha, infatti, iniziato a valutare sistematicamente l'impatto delle campagne digitali nel campo della promozione della salute, evidenziando che queste strategie, in media, riescono ad aumentare l'esposizione, il coinvolgimento e talvolta anche la modifica dei

20 The New York Times (2024), "That Message From Your Doctor? It May Have Been Drafted by A.I.".
21 Chen S et al. (2024), "The effect of using a large language model to respond to patient messages", The Lancet Digital Health.
22 Associazione Laboratorio Adolescenza e Istituto di ricerca IARD (2025).

comportamenti[23]. Gli approcci restano comunque estremamente eterogenei, una variabilità che rende difficile identificare criteri comuni di efficacia e limita la possibilità di replicare le strategie più riuscite. Importante sottolineare anche che le iniziative digitali raramente agiscono in modo isolato: si inseriscono all'interno di strategie più ampie e spesso interagiscono tra loro, rendendo complesso isolare l'effetto specifico della comunicazione social rispetto ad altri fattori.

In questo scenario così dinamico, il ruolo dei professionisti sanitari continua a essere cruciale. In prima linea nel rapporto con i cittadini, figure quali medici, infermieri e altri operatori rappresentano un punto di riferimento fondamentale nella trasmissione di informazioni affidabili. Il loro contributo non si esaurisce nella spiegazione tecnica di diagnosi o terapie, ma riguarda la costruzione di un rapporto di fiducia che consenta scelte consapevoli e partecipate. Nonostante ciò, la comunicazione resta una delle aree meno sviluppate nei percorsi formativi dei professionisti della salute, pur essendo essenziale per affrontare la complessità del sistema, le differenze culturali e sociali dei pazienti e il carico crescente di informazioni da trasmettere in tempi molto ristretti. Basti pensare che, in media in Italia, solo un paziente su 5 riceve una consultazione superiore ai 15 minuti (per fare un confronto con un altro Paese, il 90% in Norvegia)[24]: un tempo spesso insufficiente per trattare in profondità anche una sola problematica.

Negli ultimi anni, si registrano alcuni segnali di cambiamento. Il nuovo Codice deontologico dell'Ordine degli Infermieri, aggiornato nel 2025[25], ha confermato l'articolo introdotto nel 2019 dedicato alla comunicazione, sottolineando l'importanza di uno stile informativo corretto, trasparente, rispettoso e veritiero, anche nei canali digitali. Allo stesso modo, il Piano Nazionale della Cronicità, aggiornato nel 2024, riconosce esplicitamente il valore strategico della formazione alla comunicazione medico-paziente per tutti gli operatori sanitari, indicando questa competenza come essenziale per la costruzione di percorsi personalizzati, efficaci e sostenibili.

Rimane invece in sospeso l'aggiornamento del Codice deontologico dell'Ordine dei Medici, inizialmente previsto per la fine del 2024. L'attuale versione già riconosce alla comunicazione un ruolo centrale nella relazione di cura, non come elemento accessorio ma come parte integrante del "tempo" stesso della cura. Valori come accessibilità, trasparenza e prudenza sono indicati come requisiti fondamentali per garantire che le informazioni siano comprese, contestualizzate e usate in modo appropriato dai pazienti.

2.3 IL MARKETING IN AMBITO SANITARIO: POTENZIALITÀ E RISCHI

Nei paragrafi precedenti si è sottolineata l'importanza di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e rafforzare le competenze informative e comunicative dei cittadini, a partire dalle nuove generazioni. Questo impegno diventa ancora più cruciale in un contesto in cui la salute è sempre più al centro del dibattito pubblico, oggetto di campagne, messaggi, offerte e contenuti provenienti da una molteplicità di fonti – istituzionali, private, digitali. In questo scenario, anche il linguaggio e le logiche del marketing sono destinate a rivestire un ruolo crescente nel mondo della sanità.

Questa evoluzione riflette un cambiamento culturale profondo: la salute è ormai concepita non solo come un diritto o un bisogno primario, ma anche come un bene che si ricerca, si confronta, si valuta e – sempre più spesso – si acquista. Tale trasformazione riguarda sia il settore privato, dove i messaggi e i servizi sanitari sono soggetti a dinamiche competitive, sia il pubblico, che inizia ad adottare strumenti propri del marketing per comunicare meglio con i cittadini, orientare i comportamenti e rafforzare la fiducia nel sistema. Allo stesso tempo, la salute è anche vista come un bene che si costruisce e a cui si può contribuire attivamente.

23 Ghahramani et al. (2022), "The potential of social media in health promotion beyond creating awareness: an integrative review", BMC Public Health.
24 OCSE (2025), "Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)".
25 FNOPI (2025), "Codice deontologico delle professioni infermieristiche".

Tornando al punto precedente, fin dalla nascita, ogni individuo è di fatto un "consumatore" di assistenza sanitaria: in Italia, la quasi totalità dei bambini nasce in ospedale[26]. Da quel momento, il bisogno di salute cambia nel tempo, si differenzia per età, condizioni socioeconomiche, contesto familiare e stile di vita, e assume caratteristiche sempre più segmentate. Questo rende la salute un ambito particolarmente adatto all'analisi e all'applicazione del marketing, inteso come capacità di intercettare e soddisfare in modo efficace i bisogni e i desideri dei cittadini.

Per comprenderne meglio le potenzialità, è necessario ricordare come il comportamento delle persone rispetto alla salute – ovvero come le stesse scelgono, usano e valutano prodotti, servizi, esperienze e informazioni – sia influenzato da una serie di fattori[27]:

- Fattori culturali, che modellano valori, credenze e atteggiamenti nei confronti del corpo, della malattia, della prevenzione e dell'autorità medica;

- Fattori sociali, come la famiglia, i gruppi di pari, le reti professionali e delle amicizie. Questi possono rinforzare o ostacolare comportamenti salutari. Ad esempio, una ricerca condotta negli Stati Uniti ha evidenziato che i pasti consumati regolarmente in famiglia sono associati a un maggior consumo di frutta e verdura, e a livelli più bassi di stress e sintomi depressivi, beneficiando così il benessere complessivo di adulti e bambini[28]. In questo senso, i gruppi di riferimento – famiglia, amici, colleghi – diventano canali di influenza chiave, che Istituzioni e "marketer" devono saper intercettare anche attraverso opinion leader e campagne mirate;

- Fattori personali, che includono l'età, la fase del ciclo di vita (la maggior parte della spesa sanitaria si concentra nella seconda metà della vita, quando le reti di supporto sono spesso più fragili[29]), la condizione lavorativa ed economica, ma anche la composizione familiare. Un dato recente e significativo è che, per la prima volta in Italia, le persone che vivono sole hanno superato numericamente le coppie con figli[30]. Si tratta di un cambiamento demografico rilevante, che ha implicazioni dirette anche sull'accesso, la gestione e la percezione dei servizi sanitari. La solitudine, ad esempio, è associata a un maggior rischio per la salute: gli uomini che vivono soli sono esposti a una mortalità più elevata[31];

- Fattori psicologici, come la motivazione, la percezione, l'apprendimento e la memoria, che influenzano in modo profondo il modo in cui i cittadini reagiscono ai messaggi sanitari, pubblici o privati. Il modo in cui un'informazione è percepita – rassicurante, allarmistica, chiara o ambigua – ne determina l'impatto, più ancora del contenuto.

Come anticipato, la crescente attenzione al comportamento del "consumatore sanitario" si inserisce in un contesto in cui le persone sono sempre più esposte a messaggi promozionali relativi a salute, benessere, servizi diagnostici e trattamenti. Anche in un sistema universalistico come quello italiano, dove l'accesso alla sanità è garantito, i cittadini sono sempre più chiamati a prendere decisioni autonome, spesso pagando di tasca propria (out-of-pocket) per prestazioni private o integrative. La digitalizzazione ha amplificato questa tendenza, moltiplicando non solo i canali di informazione ma anche il ventaglio di prodotti e prestazioni accessibili, attraverso offerte online, contenuti sponsorizzati e servizi acquistabili direttamente via app.

26 Ministero della Salute (2023), "Analisi dell'evento nascita – Anno 2022". Secondo i dati rilevati a livello nazionale tramite il Certificato di assistenza al parto, nel 2022 la proporzione di nascite codificate come nascite extra-ospedaliere (domicilio o casa di maternità) è stata dello 0,15%.
27 Kotler P, Stevens RJ e Shalowitz J (2024), "Healthcare Marketing - Una nuova prospettiva per il sistema della salute".
28 Utter J et al. (2018), "Family meals among parents: Associations with nutritional, social and emotional wellbeing", Prev Med.
29 Secondo una ricerca condotta da Gallup negli Stati Uniti nel 2015, solo il 20% delle spese sanitarie si verifica nella prima metà della vita.
30 Secondo gli ultimi dati ISTAT, nel 2024 le famiglie italiane sono in media composte da 2,2 persone; il 36% sono costituite da un solo individuo, mentre le coppie con figli scendono al 28% del totale. Queste ultime erano più del 40% nei primi anni Duemila.
31 Kandler U et al. (2007), "Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study".

Tuttavia, è essenziale vigilare sugli effetti distorsivi. L'iper-medicalizzazione, l'eccessiva offerta di servizi non sempre necessari o adeguati, la pressione del consumo sanitario come "prestazione" rischiano di spostare l'attenzione dalla salute come bene pubblico alla salute come bene di consumo, anche attraverso logiche non sempre etiche. Questo anche considerato che non tutti i cittadini hanno le stesse competenze per orientarsi in un contesto così ricco di stimoli e offerte: chi è più fragile, meno informato oppure ha a disposizione minori risorse, rischia di restare escluso o di compiere scelte inappropriate.

Campagne "buone" o buone campagne?

In un'epoca in cui le cause sociali e la promozione della salute sono sempre più al centro della comunicazione pubblicitaria, anche il marketing si appropria del linguaggio dell'inclusione, della prevenzione e del benessere. I due esempi che seguono mostrano come, senza una regolazione attenta e un'adeguata alfabetizzazione critica, campagne di marketing apparentemente "buone" possono avere effetti ambigui (se non contrari) rispetto a obiettivi sociali.

Il pinkwashing è una strategia di marketing che sfrutta simboli, colori e messaggi legati alla salute femminile – in particolare alla prevenzione del tumore al seno – per promuovere prodotti o migliorare il posizionamento e la reputazione aziendale. Questa pratica, se non supportata da azioni concrete e trasparenti, rischia di trasformare una battaglia sanitaria in poco più di un'operazione commerciale[32]. Un esempio emblematico è la diffusione di campagne di screening "rosa", in cui visite o mammografie gratuite sono sponsorizzate da marchi che, parallelamente, promuovono prodotti ultra-processati, integratori non regolamentati o cosmetici con sostanze potenzialmente dannose. Simili iniziative, pur attirando attenzione mediatica, raramente reinvestono i profitti in ricerca o danno supporto diretto alle pazienti[33].

Un altro esempio di marketing distorsivo riguarda le strategie del settore del tabacco nei confronti della comunità LGBTQ+[34]. Fin dagli anni '90, infatti, diverse aziende del comparto hanno sviluppato campagne pubblicitarie mirate, canalizzando il bisogno di inclusione e visibilità per promuovere il consumo di sigarette e altri prodotti a base di nicotina. Queste campagne, spesso presentate come "inclusive" e attente alla valorizzazione della diversità, si sono tradotte nel tempo in iniziative di sponsorizzazione di eventi o nella pubblicazione di annunci su riviste rivolte al pubblico LGBTQ+, con messaggi che richiamano valori come l'autenticità, l'empowerment e la libertà di scelta. Tuttavia, studi internazionali hanno evidenziato come alcune di queste strategie abbiano avuto l'effetto di consolidare la presenza dei prodotti a base di tabacco all'interno della comunità, con ricadute non trascurabili in termini di salute. I dati disponibili indicano, infatti, tassi di consumo di tabacco nella comunità LGBTQ+ significativamente superiori rispetto alla media della popolazione.[35,36]

32 De Luca P, Schoier G e Vessio A (2015), "Cause Related Marketing, pinkwashing e confusione del consumatore: prime evidenze empiriche".
33 Schoier G e De Luca P (2017), "Cause-Related Marketing: A Qualitative and Quantitative Analysis on Pinkwashing".
34 Stevens P et al. (2004), "An analysis of tobacco industry marketing to lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations: strategies for mainstream tobacco control and prevention". Health Promot Pract.
35 Pietrantoni L e Prati G (2007), "Gay men and lesbians are more likely to smoke: Results from an italian survey". Tabaccologia.
36 Centers for Disease Control and Prevention (2023), "Tobacco Product Use Among Adults – United States, 2021". Morbidity and Mortality Weekly Report.

2.4 POLITICHE PUBBLICHE E STRATEGIE DI PREVENZIONE: IL CONTRIBUTO DELLE ISTITUZIONI

In che modo le Istituzioni sanitarie possono aiutare le persone a prendersi cura della propria salute? Come possono promuovere comportamenti preventivi, stimolare l'adozione di stili di vita sani e rafforzare l'adesione alle attività di diagnosi precoce e di immunizzazione, attraverso strumenti e linguaggi più accessibili, chiari ed efficaci? Una prima risposta sta nel riconoscere che informazione, formazione e prevenzione costituiscono tre pilastri strategici per rafforzare la salute pubblica, intesa non solo come condizione individuale, ma come leva di sviluppo sociale ed economico. In particolare, informazione e formazione sono due modalità complementari di comunicazione della salute, sempre più accomunate da un obiettivo prioritario: rendere la prevenzione un motore strutturale del sistema sanitario e sociale.

Investire in prevenzione è l'azione che, a parità di risorse, garantisce il maggiore ritorno in termini di salute, qualità della vita e sostenibilità economica[37]. Significa ridurre l'incidenza delle malattie evitabili, contenere i costi a carico del sistema di welfare e delle famiglie, e agire prima che i problemi insorgano. Per ottenere risultati concreti, però, servono strategie costruite su misura per le persone e i contesti: interventi precoci, mirati e personalizzati, che tengano conto dell'età, del genere, del background sociale, culturale e territoriale.

Per questo motivo, la qualità della comunicazione pubblica costituisce un tassello fondamentale del percorso. La diffusione di messaggi di prevenzione deve essere affidata a strumenti e linguaggi comprensibili, adeguati ai diversi target e canali. Una comunicazione ben strutturata, che informa senza colpevolizzare, può rafforzare la consapevolezza, stimolare scelte più informate e rafforzare l'autonomia delle persone nei confronti della propria salute.

Allo stesso modo, anche la formazione alla salute deve coinvolgere una rete più ampia oltre gli operatori sanitari. Accanto alla scuola, già riconosciuta come luogo strategico non solo per alcune attività di prevenzione ma anche per costruire una cultura della prevenzione tra i più giovani, anche gli ambienti di lavoro rappresentano un contesto essenziale per promuovere benessere e stili di vita sani nella popolazione adulta, essendo i luoghi in cui le persone trascorrono buona parte del proprio tempo e dove si consolidano abitudini che impattano sul benessere fisico e mentale. Investire nella salute sul lavoro – attraverso informazione, sensibilizzazione e azioni concrete su alimentazione, attività fisica, gestione dello stress – contribuisce a migliorare la qualità della vita, ridurre i rischi cronici e rafforzare una cultura diffusa della prevenzione.

In questo contesto, il tema degli stili di vita – ovvero l'insieme dei comportamenti quotidiani legati all'alimentazione, al movimento, al sonno, al consumo di sostanze e alla qualità delle relazioni – assume un'importanza centrale, determinando oltre la metà dello stato di salute di una persona[38]. Anche la prospettiva esposomica[39], che considera l'interazione tra l'organismo umano e l'ambiente nel corso della vita, conferma quanto sia cruciale agire sul contesto in cui viviamo, studiamo, lavoriamo, ci muoviamo. Ma, come descritto nei paragrafi precedenti, per modificare gli stili di vita servono ambienti che li rendano possibili e sostenibili, non solo messaggi individuali: scuole che promuovano l'attività fisica, città che incoraggino la mobilità attiva, mense scolastiche e aziendali con proposte alimentari equilibrate, ambienti lavorativi che non ostacolino il riposo o il benessere mentale.

Per questo è necessario un approccio integrato e intersettoriale, che superi logiche frammentate e affidi a una governance condivisa – tra Istituzioni nazionali, regionali e locali, sistema scolastico, mondo del lavoro, Terzo Settore e cittadini – la responsabilità di promuovere la salute. Una governance che non si limiti a interventi isolati, ma che attivi politiche coordinate, sinergiche, costruite attorno ai determinanti reali della salute.

37 Questo tema è ampiamente approfondito all'interno del Capitolo 5.
38 Hood CM, Gennuso KP, Swain GR e Catlin BB (2016), "County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes". Am J Prev Med.
39 D'Errico A et al. (2023), "Esposoma: dalla definizione alle sfide future". Recenti Prog Med.

Molti Paesi si stanno già muovendo in questa direzione, sperimentando interventi innovativi che uniscono prevenzione, regolazione, comunicazione e coinvolgimento attivo dei cittadini.

Sul fronte dell'attività fisica, la Svezia è stata tra i Paesi pionieri con il programma nazionale Physical Activity on Prescription, attivo dal 2001. Grazie a questo approccio, i medici possono prescrivere esercizio fisico come trattamento terapeutico per oltre 30 condizioni cliniche. Il programma, la cui efficacia è stata dimostrata da diversi studi pubblicati nel corso degli anni[40], si basa su raccomandazioni scientifiche e prevede il coinvolgimento di fisioterapisti e istruttori nel supporto ai pazienti, con attività accessibili come camminate, nuoto o ginnastica dolce. In una direzione simile, seppur con modalità differenti, si muove anche la Cina che nel 2025 ha annunciato una riforma ambiziosa dell'educazione fisica scolastica per contrastare l'obesità infantile. Tra le misure: almeno 2 ore giornaliere di attività motoria nelle scuole primarie e secondarie, parificazione salariale per i docenti di educazione fisica e reclutamento di atleti in pensione o veterani per rafforzare l'organico, soprattutto nelle aree rurali.

Più controverso l'esempio del Giappone che, dal 2008, ha puntato sulla prevenzione delle malattie metaboliche con l'introduzione della c.d. Metabo-law. La norma prevede che aziende e amministrazioni locali misurino la circonferenza addominale dei cittadini tra i 40 e i 74 anni durante i controlli annuali. Se i valori superano gli standard, al soggetto viene proposto un programma di accompagnamento, mentre le aziende possono incorrere in sanzioni[41]. Pur mantenendo come obiettivo centrale la prevenzione delle patologie croniche attraverso una maggiore consapevolezza e il miglioramento degli stili di vita, questa politica lascia aperta una questione di base sul ruolo delle aziende. Oltre a responsabilizzare individualmente i lavoratori, emerge la necessità che siano innanzitutto le imprese a creare le condizioni per scelte più sane, a partire da un migliore equilibrio vita-lavoro.

In tema di comunicazione mirata e supporto personalizzato, un esempio interessante viene dai Paesi Bassi. Le politiche nazionali antifumo adottano un approccio sensibile alle differenze di genere e alle condizioni socio-culturali: il programma Smoke-Free Start si rivolge in particolare alle donne in gravidanza, riconoscendo nello stress un ostacolo prioritario alla cessazione del fumo. Altre iniziative studiano l'efficacia di comunicazioni positive rispetto a quelle basate sul divieto, anche in riferimento alle minoranze culturali o di genere. Ogni anno viene inoltre promossa Stoptober, una campagna nazionale che invita tutti i cittadini a smettere di fumare per almeno 28 giorni, offrendo strumenti concreti di supporto[42].

Sul fronte normativo, l'Irlanda si è distinta per aver annunciato l'introduzione di etichette obbligatorie sulle bevande alcoliche, che dovranno riportare avvertenze sanitarie relative al rischio di tumore e indicazioni nutrizionali[43]. Inizialmente prevista per il 2026, l'entrata in vigore è stata posticipata a data da definirsi, con una nuova scadenza che potrebbe slittare al 2029. Questa misura rientra nel Public Health (Alcohol) Act del 2018, che prevede anche un prezzo minimo per unità di alcol e restrizioni sulla pubblicità, con l'intento di ridurre il consumo e aumentare la consapevolezza dei rischi.

Infine, in ambito di salute e diritti di genere, la Spagna è stato il primo Paese dell'UE a introdurre un congedo mestruale, attivo dal febbraio 2023. La misura consente fino a 3 giorni di assenza al mese su prescrizione medica per chi soffre di mestruazioni dolorose. Dopo un anno dall'entrata in vigore, però, il ricorso effettivo al congedo è stato molto limitato (circa 1.500 richieste)[44], segnalando come barriere culturali, stigma o mancanza di informazione possano ridurre l'efficacia anche delle politiche più avanzate.

40 Onerup A et al. (2019), "Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review". Br J Sports Med.
41 Oda BT (2010), "An Alternative Perspective to Battling the Bulge: The Social and Legal Fallout of Japan's Anti-Obesity Legislation". Asian Pac Law Policy J.
42 Troelstra SA, Harting J e Kunst AE (2019), "Effectiveness of a Large, Nation-Wide Smoking Abstinence Campaign in the Netherlands: A Longitudinal Study". Int J Environ Res Public Health.
43 Murray F (2025), "On-label alcohol beverage warnings in Ireland- setting a standard for Europe". Lancet Reg Health Eur.
44 The Guardian (2024), "A year on, Spain's 'historic' menstrual leave law has hardly been used. Why?".

Accanto a queste esperienze, esistono anche visioni più critiche nei confronti dell'intervento statale nella regolazione dei comportamenti individuali. Il Nanny State Index[45], ad esempio, propone una classifica dei Paesi europei in base al grado di "paternalismo" delle loro politiche su cibo, alcol, tabacco e prodotti contenenti nicotina. Secondo questa impostazione, normative troppo invasive (come tassazioni ad hoc, restrizioni pubblicitarie o plain packaging[46]) potrebbero aumentare il costo della vita, penalizzare le fasce più vulnerabili, alimentare l'economia sommersa e generare burocrazia. Lo Stato più protettivo risulta essere la Turchia, seguita da Lituania e Finlandia. Risalendo dal fondo della classifica si incontrano invece Germania, Lussemburgo e Italia.

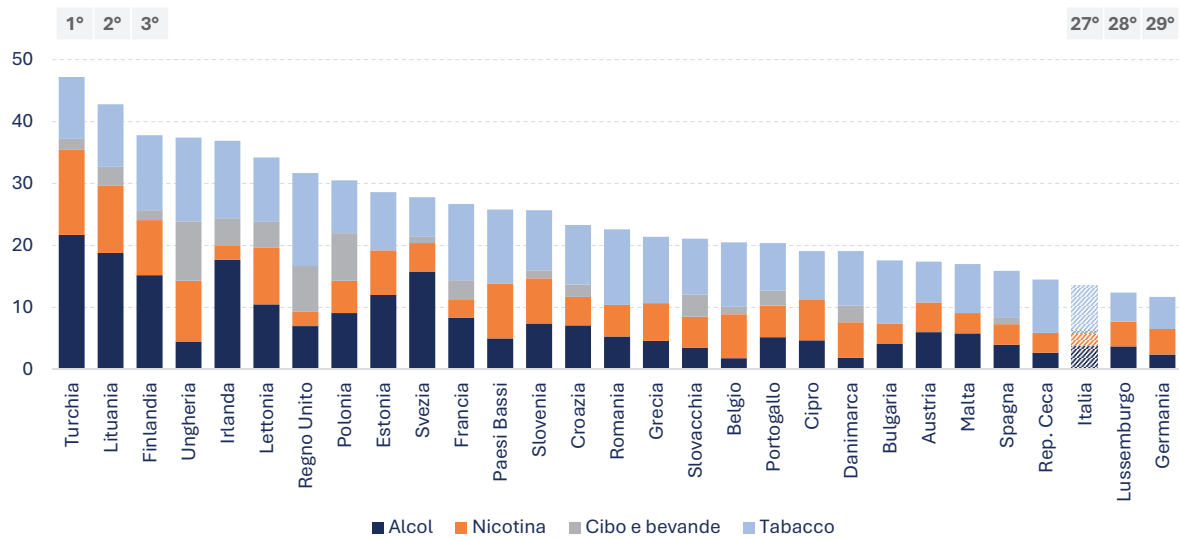


Figura 5. Punteggi relativi al Nanny State Index (min 1 – Stato meno invasivo; max 100 – Stato più invasivo), 2025

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Epicenter e IEA, 2025

Anche nelle precedenti edizioni, il nostro Paese ha sempre ottenuto punteggi medio-bassi[47]: la pubblicità sugli alcolici è libera, le tasse su alcolici e sigarette sono relativamente contenute e non è mai stato introdotto il packaging neutro. Misure restrittive come la "sugar tax" – attualmente prevista per il 1° gennaio 2026 – sono state più volte rinviate[48]. D'altro canto, nel 2005 l'Italia è stata tra le prime in Europa a vietare il fumo nei luoghi pubblici, estendendo progressivamente i divieti a contesti come i veicoli privati in presenza di minori o donne in gravidanza, o le fermate degli autobus, come avvenuto a Milano.

45 L'indice è stato lanciato da Epicenter nel marzo 2016 (iniziativa indipendente di 10 think tank europei) ed è curato dall'Institute of Economic Affairs (IEA).

46 Il plain packaging, o confezionamento standardizzato, è una politica che mira a rendere le confezioni dei prodotti a base di tabacco più uniformi e meno attraenti, rimuovendo elementi di branding come loghi, colori e immagini utilizzati dalle aziende per pubblicizzarli. Sebbene questo approccio sia utilizzato esclusivamente nel settore del tabacco, diversi esperti hanno caldeggiato la possibilità di estenderlo anche ad altri ambiti, come il settore food & beverage.

47 L'indice (che va da 1 a 100) analizza quanto lo Stato interviene sugli stili di vita, soprattutto su: alcol, tabacco, cibo e bevande analcoliche. Ciascuna delle tre categorie ha una ponderazione uguale, pari al 33,3%. I prodotti contenenti nicotina sono suddivisi in "fumo" e "nicotina a rischio ridotto", con una ponderazione uguale per ciascuna di esse (16,7%). Più alto è il punteggio, più lo Stato è ritenuto "invasivo".

48 Cfr. Capitolo 5.

Questa alternanza di misure pionieristiche e ritardi normativi evidenzia una certa discontinuità delle politiche italiane di prevenzione, dove l'azione pubblica tende ancora a concentrarsi su singole iniziative piuttosto che su strategie sistemiche. In questo scenario, dove la regolazione può risultare disomogenea o poco incisiva, assume particolare rilevanza il ruolo della comunicazione e dell'engagement dei cittadini.

Come accennato nei paragrafi precedenti, il marketing in ambito sanitario è già una realtà – non solo nel settore privato. La sfida è orientarne le logiche e gli strumenti a beneficio della salute pubblica, sfruttandone la capacità di raggiungere le persone e coinvolgerle in modo diretto ed empatico. Anche il settore pubblico può trarre insegnamento dalle tecniche del marketing commerciale, attraverso quello che viene definito marketing sociale: un approccio che applica le leve della comunicazione, della segmentazione dei target e della persuasione non per vendere prodotti, ma per generare cambiamenti nei comportamenti a vantaggio dell'intera collettività.

Un'analisi delle campagne di comunicazione promosse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri[49] nel periodo compreso tra gennaio 2024 e luglio 2025 restituisce un quadro utile per analizzare l'attività istituzionale dedicata alla comunicazione dei temi della salute e degli stili di vita. La mappatura considera complessivamente 100 campagne: 67 relative all'anno 2024 e 33 riferite al primo semestre del 2025. Di queste, 16 affrontano tematiche riconducibili alla promozione della salute, alla prevenzione o agli stili di vita (come alimentazione, attività fisica, sicurezza, benessere psicosociale), pari al 16% del totale.

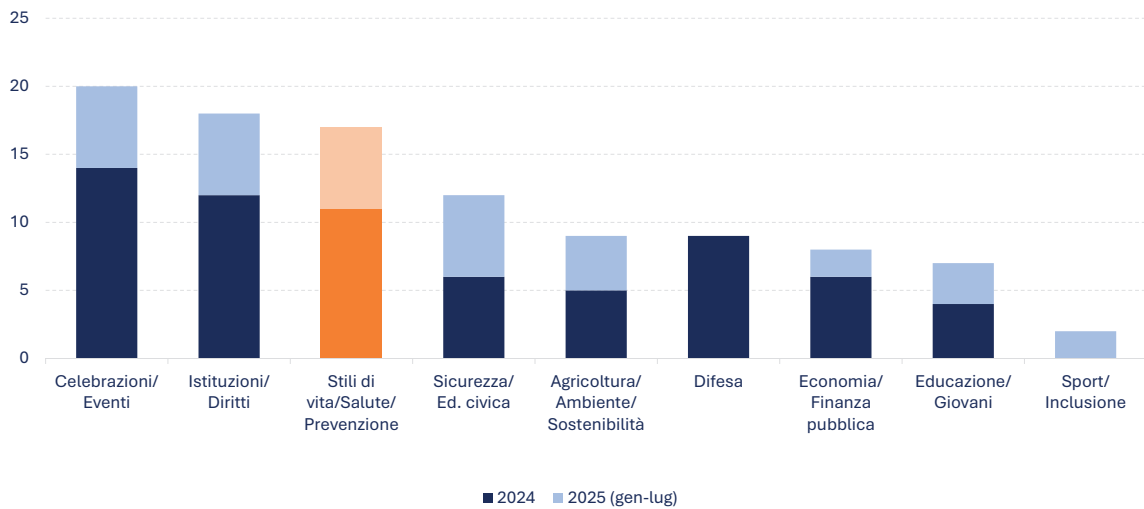


Figura 6. Mappatura delle campagne nazionali promosse dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per macro-ambito (numero), 2024-luglio 2025

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Governo italiano, 2025

49 Le campagne sono pubblicate e consultabili al portale governo.it.

Le campagne rilevate coprono ambiti diversificati: si va da iniziative educative in ambito scolastico (es. "Frutta e verdura nelle scuole", "Benessere dei minori online") a comunicazioni mirate alla prevenzione degli incidenti domestici o stradali, fino a messaggi di promozione sportiva e corretta alimentazione. È meno frequente, invece, la presenza di campagne specifiche dedicate alla prevenzione del consumo di alcol o tabacco, al contrasto della sedentarietà o alla promozione del benessere nella popolazione adulta in età lavorativa. Inoltre, una parte significativa dei messaggi sanitari analizzati è veicolata attraverso iniziative rivolte al mondo della scuola o ai giovani, mentre risultano assenti campagne strutturate rivolte a contesti come quello lavorativo o comunitario.

Se la quota limitata di campagne direttamente focalizzate su salute e prevenzione suggerisce l'opportunità di rafforzare la continuità e la visibilità delle azioni comunicative in questo ambito, in ambito strettamente sanitario va riconosciuta la presenza di alcuni esempi concreti particolarmente innovativi.

Il primo è il progetto "Proteggi il domani", nato nel maggio 2025 nell'ambito del programma EU PERCH (PartnERrship to Contrast HPV) e coordinato dall'ISS, che ha portato alla realizzazione di un brano rap ideato e interpretato da studenti di Puglia, Basilicata, Calabria e Piemonte, con il supporto di professionisti della comunicazione, della musica e della salute pubblica, e diffuso durante la Settimana Europea dell'Immunizzazione come esempio di comunicazione creativa e partecipativa per la promozione della vaccinazione tra i giovani. A complemento della campagna, il progetto PERCH ha poi previsto una sperimentazione della vaccinazione anti-HPV direttamente nelle scuole delle 3 Regioni pilota del Sud Italia coinvolte[50].

Un'altra iniziativa di spicco è la campagna "Vivo Bene" del Veneto, radicata nel Piano Regionale della Prevenzione 2020–2025[51] e curata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria. Tra le declinazioni più rilevanti dell'iniziativa, finalizzata alla promozione di stili di vita sani, rientrano: la promozione della vaccinazione antinfluenzale e anti-COVID-19; la comunicazione "Campioni tutti i giorni" che spinge i cittadini a integrare il movimento nella vita quotidiana e la realizzazione della Vivo Bene Map, una piattaforma che permette di identificare le strutture e i servizi più vicini per l'attività motoria, l'alimentazione sana ed equilibrata, o per smettere di fumare e ridurre il consumo di alcol.

Da ultima, è possibile citare la "tessera sanitaria a punti" promossa dall'ATS di Pavia. Annunciata nei mesi scorsi dall'assessore al Welfare della Regione Lombardia Guido Bertolaso, quest'ultima rappresenta un esempio emblematico della sperimentazione delle logiche del marketing sociale alla promozione della salute. Stando alle ultime informazioni disponibili, il progetto pilota, attualmente in corso di sperimentazione, prevede il coinvolgimento di 2.500 cittadini tra i 50 e i 74 anni, fascia a cui è rivolto lo screening per il tumore del colon-retto[52], una delle attività che l'iniziativa intende incentivare. Tra i riconoscimenti previsti a fronte dell'adozione di comportamenti salutari e il corrispettivo accumulo di "punti salute", rientrano ingressi gratuiti a strutture sportive, biglietti per mostre e spettacoli di teatro, libri e altri incentivi culturali.

L'iniziativa utilizza alcuni strumenti tipici del marketing – dalla gamification all'incentivo comportamentale – con l'obiettivo di dimostrare come la cultura della prevenzione possa essere resa più diffusa e partecipata attraverso un coinvolgimento diretto e positivo dei cittadini. Allo stesso tempo, esperienze di questo tipo possono sollevare alcune questioni di equità, a partire dal rischio che i benefici vadano più facilmente a chi è già in condizioni di salute favorevoli o maggiormente informato. Tenendo presente che stili di vita poco salutari non derivano sempre da scelte consapevoli, ma possono riflettere condizioni di fragilità sociale, economica o culturale, le strategie devono in ogni caso essere progettate con attenzione, affinché non amplifichino le disuguaglianze esistenti ma contribuiscano a ridurle.

50 ISS (2025), ""Proteggi il domani": il rap per la prevenzione dell'Hpv fatto dai ragazzi per promuovere la vaccinazione".
51 Per maggiori informazioni sulla campagna, è possibile consultare il sito www.Regione.veneto.it/vivobene.
52 Come comunicato sul sito di Regione Lombardia, se il test avrà successo, il modello potrebbe essere esteso ad altri screening preventivi.

Nonostante la natura ancora sperimentale di alcuni di questi interventi e la mancanza, al momento, di evidenze consolidate sui risultati prodotti, è possibile osservare una tendenza crescente verso l'adozione di strategie comunicative più mirate, personalizzate e vicine ai bisogni reali delle persone. Si tratta di un'evoluzione coerente con la crescente complessità dei determinanti della salute e con la necessità di coinvolgere pubblici diversi nella creazione di consapevolezza, nell'adesione alla prevenzione e agli interventi di salute pubblica. In un contesto in cui le leve fiscali e normative non sempre vengono attivate con coerenza o tempestività, approcci più creativi e centrati sulle persone possono contribuire a colmare il divario tra conoscenza e comportamento.

3. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE: CRONICITÀ, MALATTIE INFETTIVE E AMR

Negli ultimi decenni, l'Italia ha attraversato profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici. L'aumento dell'aspettativa di vita, il progressivo invecchiamento della popolazione e i mutamenti sociali e ambientali hanno contribuito a rendere il quadro sanitario ancora più complesso.

La metà del secolo scorso è stata segnata dal passaggio dalla prima alla seconda transizione epidemiologica. Questo passaggio è stato caratterizzato dalla riduzione della mortalità per malattie infettive – grazie ai progressi medico-scientifici e igienico-sanitari – e dal contestuale aumento delle patologie croniche non trasmissibili, come tumori, malattie cardiovascolari, neurodegenerative e diabete – causati dell'aumento della prevalenza dei fattori di rischio. Nel caso italiano, le patologie non trasmissibili rappresentano oggi oltre l'85% delle cause di morte e degli anni di vita persi per disabilità o morte prematura (DALY), assorbendo circa l'80% della spesa sanitaria pubblica[1].

Nel 2020, con la pandemia da COVID-19, si è aperta la terza transizione epidemiologica, caratterizzata da una rapida diffusione di nuove malattie infettive o da una loro ricomparsa. Le cause sono molteplici: dai processi di urbanizzazione alla crescita demografica, dall'invecchiamento della popolazione agli impatti della crisi climatica fino agli effetti della globalizzazione, senza dimenticare gli effetti dell'esitanza vaccinale.

Negli ultimi 2 anni, nuove ondate di influenza aviaria, molteplici epidemie di dengue e la crescente diffusione di infezioni resistenti agli antibiotici hanno contribuito ad aumentare il burden delle malattie infettive nel mondo. Anche in Italia, le infezioni respiratorie – sebbene in calo rispetto al picco raggiunto durante l'emergenza pandemica – restano tra le prime 5 cause di morte[2].

Le trasformazioni sociali, economiche e ambientali che hanno caratterizzato gli ultimi anni hanno avuto ripercussioni significative anche sulla salute mentale, contribuendo ad aggravare condizioni psicologiche preesistenti e a generarne di nuove, come il senso di solitudine dovuto all'isolamento sociale. Secondo l'OMS[3], 1 persona su 6 nel mondo soffre di solitudine e la mancanza di legami sociali è associata a oltre 871.000 decessi ogni anno, quasi 100 ogni ora, con tassi maggiori nei giovani e negli anziani.

Solitudine e isolamento sociale non sono associati soltanto a declino cognitivo, depressione, ansia e pensieri suicidari, ma aumentano in modo significativo il rischio di ictus, malattie cardiovascolari e diabete.

Uno studio condotto su oltre 64.000 adulti in 29 Paesi ha evidenziato come, in Italia, il fenomeno della solitudine sia stato acuito proprio dall'emergenza pandemica, in combinazione con l'invecchiamento progressivo della popolazione[4]. Secondo i dati, il 70% degli over-50 italiani ha un basso livello d'istruzione e oltre l'80% non lavora più, 2 fattori correlati all'aumento dell'isolamento; circa il 35% mostra sintomi depressivi, un altro "campanello d'allarme" della solitudine.

1 The European House - Ambrosetti (2024), "Verso un nuovo paradigma per la gestione della spesa per la cronicità – Un focus sulla spesa relativa al paziente con patologia cardio-nefro-metabolica".
2 Global Burden of Disease, 2021.
3 OMS (2025), "From loneliness to social connection".
4 Richardson R A et al. (2025), "Contributors to age inequalities in loneliness among older adults: a decomposition analysis of 29 countries". Aging and Mental Health.

Analizzando nel dettaglio la distribuzione del carico di malattia in Italia, i disturbi muscoloscheletrici risultano al primo posto per disabilità, evidenziando l'impatto quotidiano sulla qualità della vita, anche se raramente si rivelano letali. Seguono i disturbi mentali e neurologici, entrambi associati a un crescente carico di malattia e spesso sottodiagnosticati. Le malattie cardiovascolari si confermano la prima causa di mortalità, seguite da neoplasie e disturbi neurologici. Le malattie infettive, in particolare le infezioni respiratorie, si confermano una minaccia rilevante[5].

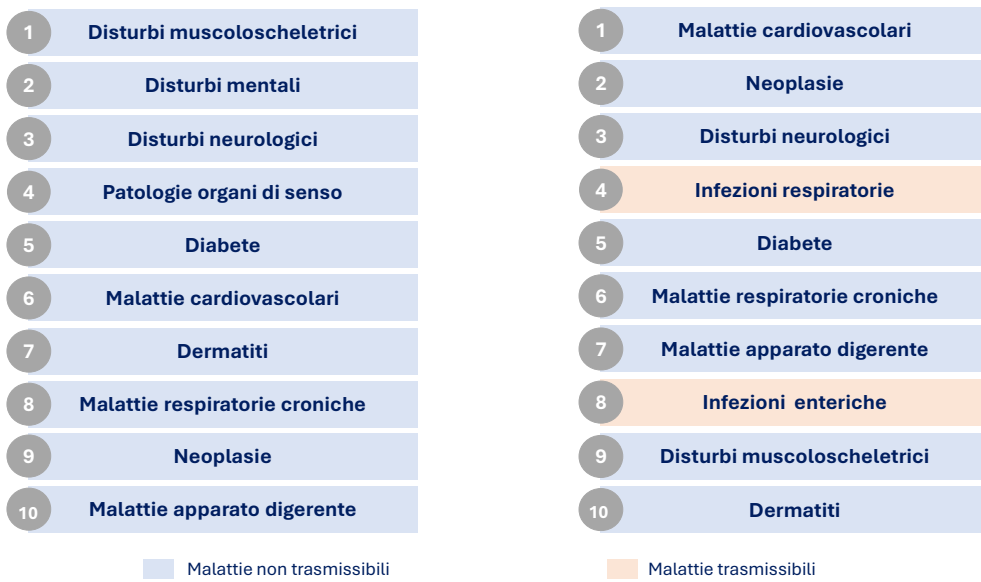


Figura 1. A sinistra: principali patologie per YLD in Italia, per tutte le età ed entrambi i sessi (per 100.000 abitanti), 2021. A destra: principali patologie per mortalità in Italia, per tutte le età ed entrambi i sessi (per 100.000 abitanti), 2021

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per il sistema sanitario italiano, poiché richiedono un'assistenza continua, integrata e personalizzata nel tempo.

L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza di condizioni croniche multiple mettono sotto pressione le risorse economiche e organizzative, rendendo necessario ripensare i modelli di cura. Persistono tuttavia criticità significative, come la frammentazione dei servizi tra ospedale e territorio, le disuguaglianze regionali nell'accesso alle cure, i ritardi diagnostici, la bassa aderenza terapeutica e la difficoltà nel garantire una reale presa in carico multidisciplinare. Inoltre, il carico assistenziale ricade spesso sulle famiglie e sui pazienti stessi, con conseguenze sociali ed economiche rilevanti.

Per affrontare queste sfide, è indispensabile potenziare la prevenzione, l'assistenza territoriale e l'integrazione sociosanitaria, promuovendo modelli centrati sulla persona e sostenuti da innovazione digitale, a partire dalla telemedicina, e continuità assistenziale.

5 Global Burden of Disease, 2021.

Questo quadro conferma l'urgenza di inserire le patologie non trasmissibili al centro dell'agenda sanitaria, coerentemente con quanto previsto dal Ministero della Salute nell'Atto di Indirizzo 2025 e nel nuovo Piano Nazionale della Cronicità (PNC), attualmente al vaglio della Conferenza Stato-Regioni. Dall'ultima versione disponibile, il PNC, che aggiorna il Documento del 2016, presenta alcune novità significative, a partire dall'inclusione di 3 patologie – epilessia, endometriosi e obesità – che rappresentano una sfida sia in termini di diagnosi precoce sia di gestione a lungo termine.

Anche l'OMS Europa, come emerge dall'ultimo Rapporto annuale, relativo all'anno 2024[6], intende intensificare la lotta contro le patologie a più alto impatto: l'Organizzazione sottolinea l'urgenza di potenziare le strutture e il personale sanitario ma anche di investire in misure di prevenzione, inclusa la promozione di uno stile di vita salutare, in grado di ridurre decessi e disabilità per le principali malattie croniche.

Nel 2025 proseguirà anche l'impegno dell'OMS nella lotta alla resistenza antimicrobica (AMR), con l'ambizioso obiettivo di ridurre del 10% entro il 2030 i decessi legati a infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici. Particolare attenzione sarà inoltre dedicata al potenziamento dei programmi di immunizzazione.

Non ultimo, si guarda alla riduzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe, fattori di rischio responsabili ogni anno di milioni di decessi e di gravi impatti sociali e sanitari[7].

3.1 I TUMORI SOLIDI

I tumori solidi si sviluppano quando gruppi di cellule anomale formano una massa compatta all'interno di un organo o di un tessuto. Possono comparire in diverse parti del corpo, come polmoni, mammella, colon, pancreas o cervello. Sono responsabili di quasi 1 decesso su 4 in Europa e, secondo le previsioni più recenti, diventeranno la prima causa di morte nell'Unione Europea entro il 2035[8].

In Europa, dal 1995 al 2022, l'incidenza del cancro è aumentata del 60%, soprattutto a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Grazie alle nuove opzioni terapeutiche, che hanno aumentato radicalmente la curva di sopravvivenza, i tassi di mortalità hanno subito un rallentamento in molti Paesi dal 1995 in poi, anche se permangono forti disparità tra gli Stati europei (a 5 anni migliori tassi di sopravvivenza in Svezia con il 75%, peggiori in Polonia con il 51%)[9]. Queste disparità sono riscontrabili anche nella spesa sanitaria dedicata all'area oncologica: attualmente, circa il 7% della spesa sanitaria totale in Europa è destinato alla cura e al trattamento del cancro[10].

Anche in Italia, le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte[11], con impatti rilevanti non solo sulla salute dei pazienti, ma anche a livello sociale ed economico. Le cure oncologiche, la riabilitazione e l'assistenza a lungo termine generano un carico significativo per il SSN, ponendo importanti sfide di sostenibilità. Per affrontarle, è fondamentale potenziare le strategie di prevenzione, promuovere la diagnosi precoce e favorire l'accesso a terapie innovative.

6 OMS/Europa (2025), "European health report 2024".
7 OMS (2024), "Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders".
8 Swedish Institute for Health Economics' (IHE), 2025.
9 Manzano A, Svedman C, Hofmarcher T, Wilking N (2025), "Comparator Report on Cancer in Europe 2025 -Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics". Swedish Institute for Health Economics' (IHE).
10 Ibid.
11 Dati Global Burden of Disease, 2021.

INCIDENZA	Nel 2024 sono stati diagnosticati circa 360.000 nuovi casi di tumori solidi maligni (197.960 negli uomini e 162.120 nelle donne), a cui si aggiungono i principali tumori del sangue, e in particolare leucemie, linfomi e mieloma (meno di 30.000 casi nel 2024, circa 16.040 per gli uomini e 12.880 per le donne). Negli uomini, i 4 tumori più comuni (prostata, polmone, colon-retto, vescica) rappresentano il 58,2% di tutti i tumori; mentre nelle donne, il 59,3% di tutti i nuovi tumori è dato da mammella, colon-retto, polmone, endometrio e tiroide.
PREVALENZA	Circa 3,3 milioni di persone vivono con una diagnosi di tumore solido in Italia e 351.253 di persone con una diagnosi di tumori del sangue (linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin, leucemie e mielomi). Di questi 3,7 milioni complessivi, il 56% è di sesso femminile (il 6,8% dell'intera popolazione femminile) mentre sono oltre 1,6 milioni quelli di sesso maschile (il 5,6% della popolazione maschile). Il tumore a maggiore prevalenza è in assoluto il tumore della mammella (925.406 casi).
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	I principali fattori di rischio per i tumori sono strettamente legati a stili di vita e abitudini quotidiane. Il fumo e l'abuso di alcol, che riguardano rispettivamente il 21% e il 16% della popolazione adulta, aumentano significativamente la probabilità di sviluppare diversi tipi di cancro. Anche la sedentarietà, che interessa il 33% degli adulti, e l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità), presente in oltre il 45% della popolazione adulta, contribuiscono a un rischio maggiore. Infine, un consumo insufficiente di frutta e verdura riduce l'apporto di nutrienti protettivi, incrementando ulteriormente la vulnerabilità allo sviluppo di tumori.
MORTALITÀ	Nell'ultimo decennio il numero di decessi per tumori solidi è restato sostanzialmente stabile ed è pari nel 2022 a 160.206 (161.400 nel 2013). Il totale esclude i principali tumori del sangue, in particolare il Linfoma di Hodgkin e altri linfomi (4.903 casi), le leucemie (6.123 casi) e altri tumori del tessuto linfatico/ematopoietico (3.334 casi).
BURDEN SOCIOECONOMICO	Il burden economico è significativo e si estende ben oltre i costi diretti sostenuti dal sistema sanitario. La spesa annuale per i soli costi ospedalieri ammonta a oltre 4 miliardi di euro, cui si aggiungono 2,5 miliardi di euro per l'assistenza. A questi costi pubblici si sommano i costi indiretti a carico dei pazienti e le perdite economiche legate all'impatto della malattia sul mercato del lavoro: oltre il 20% dei pazienti ha dovuto abbandonare il lavoro, il 10,2% si è dimesso e il 2,3% è stato licenziato. Si stima che quasi 85.000 persone abbiano perso il lavoro negli ultimi 5 anni a seguito di una diagnosi di tumore, evidenziando il grave impatto sociale ed economico di questo gruppo di malattie. Attualmente, si stima che la produttività totale annua della forza lavoro sia inferiore di 3,8 miliardi di euro rispetto a uno scenario senza cancro.

Tabella 1. I numeri dei tumori solidi in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[12], 2025

12 AIOM (2024), "I numeri del cancro in Italia"; ISTAT (2025), "Cause di morte in Italia – Anno 2022"; Mennini F.S. et al. (2023), "Il burden sanitario, economico e sociale delle patologie oncologiche sul SSN, sul sistema previdenziale e sul mondo del lavoro"; F.A.V.O. (2023), "Rapporto FAVO sul malato oncologico".

Negli ultimi decenni la cura dei tumori solidi ha fatto numerosi progressi grazie a terapie sempre più personalizzate e innovative. Infatti, l'ambito oncologico rappresenta uno dei più prolifici dal punto di vista di innovazione e ricerca, come evidenziato nel Capitolo 6 del presente Rapporto.

Accanto all'innovazione farmacologica, che ha ridisegnato sostanzialmente il panorama dell'oncologia medica, anche le attività di prevenzione e di diagnosi precoce, hanno permesso di migliorare in maniera significativa i dati di sopravvivenza e ridurre i tassi di mortalità. In particolare, nel trattamento del tumore allo stomaco (circa 14.000 nuove diagnosi all'anno) i test diagnostici di immunoistochimica[13] rappresentano uno strumento fondamentale per la definizione e la personalizzazione delle cure e una maggiore possibilità di sopravvivenza. Tuttavia, l'accesso a questi e altri test presenta delle disomogeneità sul territorio italiano, anche a causa della discrepanza esistente tra costi reali dei test e rimborsi da parte del SSN, motivo per cui sarebbe necessario un ampliamento delle tariffe LEA per garantire la sostenibilità economica di queste analisi[14].

Forti disparità territoriali persistono anche sul fronte della prevenzione. Nonostante un'estensione elevata dei 3 screening oncologici previsti attualmente dai LEA (mammella al 95%, colon-retto al 96%, cervice uterina al 101%)[15], l'adesione registrata nel 2024 resta bassa e disomogenea con la mammella al 49% (Nord: 55%, Centro: 47%, Sud/Isole: 36%), il colon-retto al 32% (Nord: 42%, Centro: 29%, Sud/Isole: 15%) e cervice uterina al 41% (Nord: 45%, Centro: 41%, Sud/Isole: 34%); in merito alla prevenzione dei tumori HPV correlati, oltre allo screening per la cervice uterina, anche la copertura a ciclo completo della vaccinazione anti-HPV per dodicenni nel 2024 è del 51,2% nelle femmine e del 44,7% nei maschi.

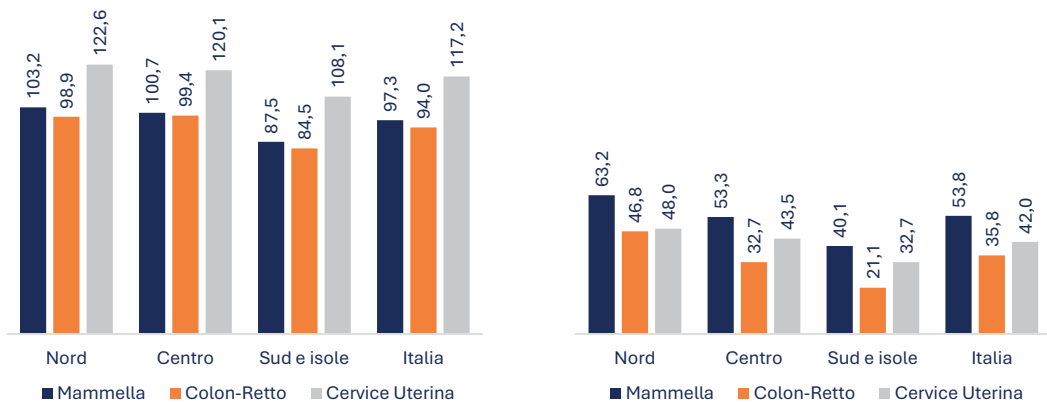


Figura 2. A sinistra: estensione degli screening oncologici previsti dai LEA in Italia (percentuale), 2024.
A destra: Adesione agli screening oncologici previsti dai LEA in Italia (percentuale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025

13 I test immunoistochimici consentono una prima stratificazione molecolare analizzando biomarcatori come Her2 (espresso nel 12–17% dei tumori gastrici), Pd-L1 e MMR. A questi si aggiungono nuovi target promettenti come Claudina-18.2 e Fgfr2b, già in fase di validazione per futuri trattamenti.

14 TEHA Group (2025), "Diagnosticare per trattare, il valore dei test diagnostici nel tumore gastrico".

15 Le estensioni superiori al 100% indicano che le Regioni hanno effettuato inviti di recupero relativi alla popolazione target per gli anni precedenti. Per maggiori informazioni sugli screening oncologici si rimanda al Capitolo 5.

Una profonda disuguaglianza si registra anche sotto il profilo organizzativo, in merito allo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali. I dati AGENAS[16] mostrano il Nord e parte del Centro a guidare la classifica per qualità delle cure, efficienza organizzativa e accesso tempestivo ai trattamenti, mentre Sud e Isole presentano insufficienze strutturali e organizzative. Regioni come Toscana, Emilia-Romagna e Veneto si distinguono per una gestione efficace della Rete oncologica, con ricoveri tempestivi, interventi chirurgici entro 30 giorni nell'80% dei casi e bassa mobilità sanitaria. Altre, come Campania, Umbria, Abruzzo, Puglia e Friuli-Venezia Giulia, mostrano segnali incoraggianti, grazie ai recenti sforzi di riorganizzazione. Calabria, Molise, Marche, Basilicata e Sardegna presentano gravi ritardi strutturali e organizzativi, con Reti frammentate o assenti, lunghe liste d'attesa e forte mobilità passiva verso il Centro-Nord[17].

Le Regioni presentano ancora forti differenze nello sviluppo e nella compilazione dei Registri Tumorali, con conseguenti disparità nella raccolta e nella disponibilità dei dati, una base informativa unica per programmare l'attività clinica e di ricerca. Ad agosto 2021 era stato definito il criterio di riparto tra Regioni e Province Autonome di un fondo pari a 1 milione di euro annui destinato alla realizzazione e all'implementazione dei Registri Tumorali regionali, che alimentano il Registro Tumori Nazionale[18]. Più recentemente, è stato richiesto alle Regioni e alle Province Autonome di aggiornare i propri progetti di implementazione dei Registri, con l'obiettivo di facilitarne l'interoperabilità con le infrastrutture tecnologiche di raccolta dati a livello nazionale. Parallelamente, è in corso – insieme ai rappresentanti delle Regioni e all'Istituto Superiore di Sanità – la definizione delle specifiche tecniche necessarie per l'alimentazione del Registro Nazionale[19].

A livello istituzionale, grazie all'Associazione Italiana di Oncologia Medica, si segnala la legge sull'oblio oncologico (Legge 193/2023), entrata in vigore il 2 gennaio 2024, che stabilisce il diritto delle persone guarite da patologie oncologiche di non fornire più informazioni sulla loro malattia pregressa per l'accesso a servizi bancari, finanziari, assicurativi, adozioni, concorsi pubblici e lavoro, trascorsi 10 anni dalla conclusione delle cure o 5 anni se la diagnosi è avvenuta prima dei 21 anni d'età[20]. I decreti attuativi del Ministero della Salute emanati nel 2024 hanno definito e chiarito ulteriormente le modalità di applicazione delle norme; in particolare, nel primo decreto, datato 22 marzo 2024, è stata introdotta la lista delle neoplasie per le quali sono sufficienti meno di 10 anni dalla fine delle cure per avere diritto all'oblio oncologico in cui figurano per esempio il tumore alla mammella di stadio I e II.

3.2 I TUMORI DEL SANGUE

Le neoplasie ematologiche, o tumori del sangue, sono caratterizzate dalla proliferazione incontrollata di cellule ematopoietiche anomale che circolano nel sangue o si accumulano nel midollo osseo e nei linfonodi. A seconda della velocità di progressione della malattia si suddividono in acute e croniche. Le principali famiglie delle neoplasie ematologiche includono le leucemie, i linfomi, i mielomi e le sindromi mielodisplastiche e mieloproliferative. L'incidenza complessiva di queste neoplasie è di circa il 10% rispetto a tutti i tumori[21]; se considerati complessivamente, rappresentano la quarta causa tumorale.

I tumori del sangue rappresentano una sfida significativa per la salute pubblica in Italia, con un impatto rilevante sia sulla mortalità sia sulla qualità di vita dei pazienti. Incidono pesantemente sulle risorse del SSN, a causa della complessità delle cure, dei lunghi trattamenti e delle necessità di monitoraggio continuo.

16 AGENAS (2025), "Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali".
17 Ibid.
18 Il Registro Nazionale Tumori è disciplinato da un Decreto del Ministero della Salute del 1° agosto 2023, ma mancano ancora alcuni decreti attuativi per la sua effettiva attuazione.
19 AIOM (2024), "I numeri del cancro in Italia".
20 L. 193/2023, Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, Gazzetta Ufficiale.
21 F.AV.O. (2024), "16° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici".

PREVALENZA	In Italia, sono oltre 350.000 (fino a 500.000 secondo alcune stime) le persone che convivono con un tumore del sangue. La forma più diffusa è il linfoma non Hodgkin (LNH), con 166.700 persone, seguita dal mieloma multiplo.
INCIDENZA	Ogni anno si registrano circa 30.000 nuove diagnosi di tumori del sangue, suddivise in leucemie, linfomi di Hodgkin (LH), linfomi non Hodgkin (LNH), mieloma e altre mielodisplasie.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	I fattori di rischio genetici, così come quelli ambientali, giocano un ruolo decisivo nell'insorgenza dei principali tumori del sangue, per cui diventa fondamentale una diagnosi precoce e tempestiva; anche la presenza di altre malattie ematologiche o di anomalie cromosomiche può aumentare il rischio di sviluppare un tumore del sangue.
MORTALITÀ	Ogni anno, le principali neoplasie ematologiche causano oltre 20.000 decessi, più della metà dovuti a linfomi e leucemie. Nel periodo compreso tra il 2006 e il 2021, grazie alle nuove terapie, in Italia si è registrato un calo significativo della mortalità per tumori del sangue, in particolare tra i giovani adulti.
BURDEN SOCIOECONOMICO	I costi dei tumori del sangue variano sensibilmente a seconda della patologia e delle caratteristiche del paziente. A titolo esemplificativo, nel caso della leucemia mieloide cronica il costo annuale per paziente può superare i 40.000 euro, nel caso del mieloma multiplo può superare gli 85.000 (con un trapianto di cellule staminali).

Tabella 2. I numeri dei tumori del sangue in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[22], 2025

Il trattamento dei tumori del sangue ha compiuto importanti progressi negli ultimi decenni, grazie allo sviluppo di terapie sempre più mirate. Le principali opzioni terapeutiche includono la chemioterapia, l'immunoterapia, la radioterapia, il trapianto di midollo osseo e, più recentemente, le terapie cellulari e i farmaci a bersaglio molecolare.

Da diversi anni le CAR T rappresentano una svolta nel trattamento di alcuni tumori ematologici e dopo averne rivoluzionato la cura con un utilizzo sempre più precoce, esse si apprestano a rappresentare una valida alternativa terapeutica anche per i tumori solidi.

In Italia, secondo un'analisi di TEHA, tra il 2019 e il 2024 i pazienti oncoematologici trattati con CAR T sono passati da 49 a 756 l'anno. Questi numeri sottendono significative differenze regionali. Nel 2024 risultano attivi 41 Centri per le CAR T (nel 2019 erano 9), oltre la metà dei quali sono localizzati nelle Regioni del Nord Italia, 25% in quelle del Centro e il 21% in quelle del Sud. La capacità media per Centro è cresciuta (da 5,4 trattamenti nel 2020 a 18,4 nel 2024). Nel 2024, solo 6 Centri hanno infuso più di 30 pazienti, mentre 13 Centri meno di 10 in un anno, vale a dire meno di 1 al mese, con impatti organizzativi ed economici rilevanti[23].

Nell'ottica di una miglior programmazione dell'attività dei Centri è necessario istituire una rete nazionale CAR T che definisca linee guida nazionali e criteri di accreditamento dei Centri basati su volumi, esiti e appropriatezza clinica; in aggiunta è altresì importante istituire un registro nazionale CAR T, utile a monitorare dati, stimare fabbisogni e migliorare l'appropriatezza delle cure e introdurre un Drg specifico: l'attuale codice è infatti inadeguato a coprire i costi reali.

22 AIOM (2024), "I numeri del cancro in Italia"; Dati Associazione italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma (AIL), 2025; The European House - Ambrosetti (2024), "Le frontiere dell'innovazione terapeutica e gli impatti sull'organizzazione in Ematologia"; Breccia M. et al. (2023), "The Economic Burden of Chronic Myeloid Leukemia in Patients with Later Lines: Findings from a Real-World Analysis in Italy"; Corso A. et al. (2020), "The Economic Burden of Multiple Myeloma. Definition of a Model for Forecasting Patients' Costs".

23 The European House – Ambrosetti (2025), "Rivoluzione CAR T: Proposte e azioni per un accesso equo e sostenibile alle terapie".

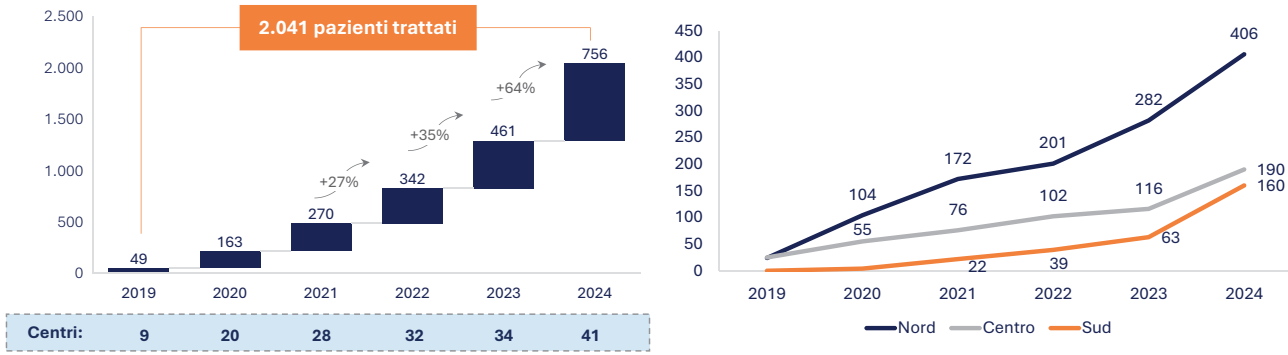


Figura 3. A sinistra: pazienti trattati con CAR T e centri attivi in Italia (numero), 2019-2024.
A destra: Pazienti trattati con CAR T in Italia per macroarea geografica (numero), 2019-2024

Fonte: TEHA su dati sulla base dei dati forniti dalle strutture sanitarie attive nelle CAR T, 2025

In Italia, l'offerta assistenziale per i pazienti con tumori ematologici è organizzata in circa 200 Centri Clinici Ematologici attivi[24]. Tuttavia, i pazienti oncoematologici in Italia affrontano ancora numerose criticità: l'accesso disomogeneo alle terapie innovative, la mancanza di continuità assistenziale ospedale-territorio e l'insufficiente disponibilità di servizi domiciliari, supporto psicologico strutturato e assistenza ai caregiver.

Anche la diagnosi precoce, fondamentale per l'efficacia delle terapie, è ostacolata dalla scarsa accessibilità a test genetici e dall'assenza di programmi di screening strutturati. Infine, l'accesso alle terapie avanzate, come CAR T e immunoterapie, è ancora limitato da vincoli organizzativi e finanziari, nonostante il loro potenziale impatto positivo in termini di guarigione e ritorno alla vita attiva[25].

Benché il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 monitori la «presenza formale di reti emato-oncologiche regionali», la creazione delle Reti ematologiche o emato-oncologiche è una esigenza relativamente recente: le reti non sono ancora riconosciute all'interno delle Reti clinico-assistenziali e mancano degli standard nazionali di riferimento. Ad oggi, in Italia, sono state istituite 8 Reti ematologiche autonome, mentre 4 Reti oncologiche hanno, al loro interno, una rete ematologica[26].

24 F.AV.O. (2024), "16° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici".
25 Ibid.
26 TEHA Group (2025) "Le frontiere dell'innovazione terapeutica e gli impatti sull'organizzazione in Ematologia – II edizione"

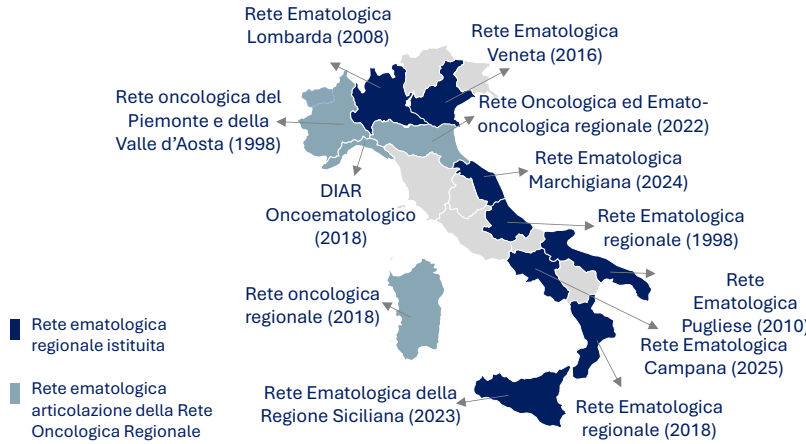


Figura 4. Le reti ematologiche istituite o in istituzione nelle Regioni italiane per la standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e la razionalizzazione della spesa sanitaria ematologica

Fonte: TEHA su dati regionali, 2025

L'organizzazione dell'assistenza per le malattie e soprattutto i tumori ematologici ha però beneficiato dell'evoluzione della normativa nazionale in materia di reti cliniche e in particolare della Rete Nazionale Tumori Rari, istituita nel 2017 in capo ad AGENAS e in fase di attuazione.

3.3 LE MALATTIE CARDIO, CEREBRO E VASCOLARI

Le malattie cardio, cerebro e vascolari sono la prima causa di morte in Europa e in Italia dove, con oltre 221.000 decessi l'anno, sono responsabili di un terzo (30,8%) delle morti complessive[27]. Con oltre 390.000 nuovi ricoveri all'anno (circa l'11% sono attribuibili all'infarto), rappresentano inoltre una delle principali cause di ospedalizzazioni in Italia[28].

Queste malattie colpiscono 9 milioni di italiani: la prevalenza cresce con l'età, con significative ripercussioni sulla qualità della vita, la disabilità e il deterioramento cognitivo. L'insorgenza varia significativamente tra uomini e donne: nei primi, iniziano a manifestarsi vicino ai 40 anni, in piena età lavorativa, mentre nelle donne l'incidenza è bassa prima della menopausa e aumenta dopo i 60 anni.

L'insorgenza tardiva della malattia, la scarsa valorizzazione delle differenze biologiche, ormonali e cliniche nelle Linee Guida, la sottorappresentazione negli studi clinici e il minore accesso a programmi di prevenzione e riabilitazione determinano, per le donne, una minore attenzione sia nella ricerca che nella pratica medica. Tutto questo si traduce spesso in diagnosi più tardive e in cure meno personalizzate. Nelle più recenti Linee Guida sulle dislipidemie sono stati per la prima volta introdotti dei "modificatori del rischio" specifici per le donne: in presenza di alcuni fattori di rischio, come il diabete gestazionale, il parto pretermine, la menopausa precoce o la preeclampsia, le Linee Guida assegnano un livello di rischio superiore.

27 Dati Istat, 2022.
28 Dati SDO, 2022.

Negli ultimi vent'anni la mortalità cardiovascolare è diminuita grazie ai progressi della ricerca e alla crescente efficacia delle terapie e delle tecnologie utilizzate, passando da 903,70 decessi ogni 100.000 abitanti nel 1980 a 266,28 nel 2021, con un calo complessivo del 70%[29]. Tuttavia, permangono una serie di disparità territoriali: nelle Regioni del Sud, i tassi per gli uomini, lievemente inferiori alla media nel 1980, risultano oggi più elevati (362,17), mentre nelle donne i tassi sono da sempre più alti della media nazionale.

Le aree geografiche mostrano differenze anche nella prevalenza dei fattori di rischio, con le Regioni settentrionali e soprattutto le aree interne che registrano stili di vita mediamente più salutari, anche grazie alla maggior presenza di percorsi per la prevenzione e il monitoraggio. Queste disparità incidono sulla probabilità di incorrere nel rischio cardiovascolare: i dati preliminari della survey ITA-HES per il biennio 2023-2024 mostrano che il 7,7% degli uomini e il 2,6% delle donne sono a rischio di incorrere in un evento cardiovascolare maggiore nei prossimi 10 anni, se non trattati adeguatamente [30].

PREVALENZA	A livello italiano sono quasi 9 milioni le persone affette da una malattia cardio, cerebro e vascolare, di cui il 54% sono donne. La prevalenza aumenta con l'avanzare dell'età in entrambi i sessi, superando il 50% nella fascia d'età 70-74 e raggiungendo il 60% nella popolazione con età superiore agli 85 anni.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	I principali fattori di rischio per le malattie cardio, cerebro e vascolari includono ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e fumo di sigaretta. Anche obesità, sedentarietà e dieta poco equilibrata aumentano la probabilità di sviluppare tali patologie. Lo stress cronico e l'abuso di alcol sono ulteriori elementi che contribuiscono al rischio.
MORTALITÀ	Queste malattie restano la prima causa di morte in Italia, con 222.717 decessi nel 2022, in aumento rispetto ai 217.523 casi del 2021. Si tratta del 30,8% del totale dei decessi (28,1% nei maschi e 33,4% nelle femmine).
OSPEDALIZZAZIONI	Con oltre 390.000 nuovi ricoveri all'anno questo gruppo di malattie rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazioni in Italia, pari al 13,9% delle dimissioni totali (7,3 giorni di degenza media).
BURDEN SOCIOECONOMICO	Il peso economico di queste patologie nel 2021 per l'Italia è stato stimato a 42 miliardi di euro: 21,3 (51%) legati all'assistenza sanitaria, 2,4 (6%) all'assistenza sociale, 13,7 (33%) all'assistenza informale, 1,2 (3%) alle perdite connesse alla morbilità e 3,3 (8%) a quelle connesse alla mortalità.

Tabella 3. I numeri delle malattie cardio, cerebro e vascolari in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[31], 2025

29 Istituto Superiore di Sanità (2025), "Malattie cardiovascolari: fattori di rischio, mobilità sanitaria e mortalità nelle regioni italiane". Rapporti Istisan 25|8.

30 Dati ISS - Progetto Cuore, 2024

31 Ministero della Salute (2025), "Valutazione del rischio cardiovascolare individuale: esame dei calcolatori disponibili e degli strumenti più congeniali e utilizzabili nel nostro Paese"; ISTAT (2025), "Cause di morte in Italia – Anno 2022"; Dati SDO, 2022.

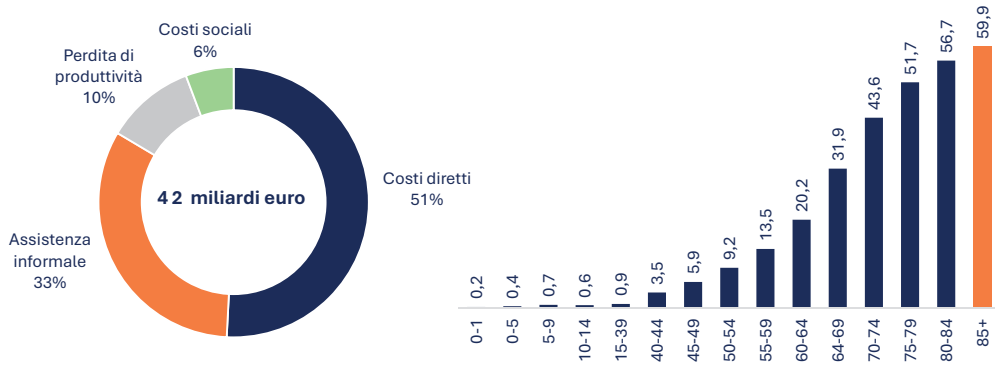


Figura 5. A sinistra: Distribuzione dei costi delle malattie cardiovascolari in Italia (percentuale sul totale), 2021.
A destra: Tasso di prevalenza delle malattie cardio, cerebro e vascolari in Italia (percentuale per fascia di popolazione), 2021

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease e Luengo-Fernandez R. et al. (2023), "Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study", 2025

Tali differenze territoriali riflettono non solo fattori clinici, ma anche profonde disuguaglianze organizzative e socioeconomiche. In questo contesto, la diffusione di linee guida e PDTA, favorendo la standardizzazione dell'assistenza, rappresenta una leva strategica per programmare meglio i servizi, migliorare gli esiti clinici e ridurre le disuguaglianze territoriali[32].

Anche la carenza di dati e di indicatori per l'assistenza territoriale – a fronte di una mole maggiore di indicatori dell'assistenza ospedaliera, rende difficile il monitoraggio e, di conseguenza, il contrasto dell'inappropriatezza e della disomogeneità dei trattamenti. Gli indicatori rappresentano uno strumento fondamentale per ridurre le disuguaglianze territoriali in quest'ambito, fornendo dati chiari e aggiornati che permettono di valutare le performance dei servizi sanitari e orientare le decisioni di programmazione.

AGENAS ha lavorato all'ampliamento del Programma Nazionale Esiti (PNE), che nasce proprio dalla valutazione dell'area cardiovascolare e cardiochirurgica e in quest'area registra i progressi maggiori in termini di qualità e quantità degli indicatori; tramite il Gruppo Tecnico "Elaborazione di proposte a supporto del Tavolo Istituzionale Reti Tempo Dipendenti - Cardiologiche per l'Emergenza", ha proposto di sfruttare la Rete dell'urgenza cardiologica per migliorare i risultati meno incoraggianti della fase post-acuta. Questi interventi, insieme al progresso della sanità digitale e all'alimentazione e all'interoperabilità dei flussi informativi, apriranno nuovi scenari per il monitoraggio dei processi assistenziali sul territorio.

Negli ultimi anni, anche grazie all'impegno della comunità medico-scientifica e alla crescente sensibilità dell'opinione pubblica, è aumentata l'attenzione delle Istituzioni italiane sulle patologie cardio, cerebro e vascolari, con un ruolo di primaria importanza a livello internazionale. L'Istituto Superiore di Sanità ha assunto il coordinamento del progetto europeo JACARDI (Joint Action on CARdiovascular diseases and Diabetes) avviato a novembre 2023 con l'obiettivo di identificare le good practice a livello europeo riguardo l'assistenza e la presa in carico dei pazienti con malattie croniche cardiache ed endocrine e implementarle a livello territoriale: il progetto, che prevede 66 milioni di euro di investimenti, conta su 81 partner europei (non solo area UE) e 143 progetti avviati, di cui circa 30 in Italia.

32 L'8° Censimento ANMCO evidenzia che, se da un lato la rete dell'infarto è ormai consolidata a livello nazionale, dall'altro permangono significative criticità nelle reti dedicate allo shock cardiogeno e alle emergenze aritmiche. Per ulteriori informazioni si rimanda a: Oliva F et al (2024), "8° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)". G Ital Cardiol.

Le risultanze del progetto JACARDI saranno utili per la Commissione Europea che, tra le priorità di intervento per il mandato 2024-2029, ha incluso la realizzazione di un Piano europeo per la salute cardiovascolare ispirato al Piano europeo per la lotta contro il cancro[33]. La Commissione ha lanciato una fase di consultazione tra agosto e settembre 2025 per raccogliere input da cittadini e stakeholder sulla preparazione del Piano, che potrebbe vedere la luce entro l'anno.

Il Piano europeo per la salute cardiovascolare potrebbe costituire un input per la realizzazione di un Piano nazionale per le malattie cardio, cerebro e vascolari o comunque per l'inserimento di queste patologie all'interno del prossimo Piano Sanitario Nazionale, dato che le malattie cardio, cerebro e vascolari sono l'unico grande gruppo di patologia che non dispone ancora di un piano dedicato. Questa eventualità risponde tra l'altro a una esigenza diffusa delle società scientifiche e degli altri stakeholder del settore, trovando riscontro ad esempio nel lavoro di Meridiano Cardio, che ha proposto l'adozione di un Piano Nazionale per le malattie cardio, cerebro e vascolari sulla base di 6 ambiti prioritari: prevenzione, accesso all'innovazione, aderenza terapeutica, sanità digitale, continuità assistenziale e empowerment del paziente[34].

3.4 LE MALATTIE METABOLICHE

Le malattie metaboliche sono un insieme di condizioni dovute ad alterazioni nei processi biochimici che regolano l'uso di zuccheri, grassi e proteine. Possono essere congenite o acquisite e comprendono alcune condizioni molto diffuse, come il diabete e le dislipidemie, a loro volta frequenti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, e diverse sindromi metaboliche rare. Secondo alcune classificazioni rientra tra queste patologie anche l'obesità, che è stata recentemente riconosciuta dal Parlamento italiano come malattia cronica[35].

Il diabete, la malattia metabolica più nota[36], è caratterizzato da un livello elevato di zucchero nel sangue (glicemia), dovuto a una mancanza di insulina nel diabete di tipo 1 o a una sua insufficiente produzione nel diabete di tipo 2. L'insulina è l'ormone che regola il trasferimento degli zuccheri dal sangue ai tessuti.

Il diabete di tipo 1, che colpisce soprattutto bambini, giovani e adolescenti, è una malattia autoimmune e rappresenta meno del 10% dei casi totali di diabete; è legato principalmente a fattori genetici. Il diabete di tipo 2, invece, costituisce oltre il 90% dei casi, si manifesta generalmente dopo i 30-40 anni e colpisce prevalentemente gli anziani. Questo tipo di diabete è strettamente associato a stili di vita poco salutari, rendendo fondamentale la prevenzione attraverso abitudini alimentari corrette e uno stile di vita attivo.

33 L'impegno delle Istituzioni europee per le malattie cardiovascolari è confermato dall'istituzione al Parlamento, ad aprile 2025, del Cardiovascular Health Group, un intergruppo composto da 16 eurodeputati e sostenuto dall'European Alliance for Cardiovascular Health (EACH).

34 The European House - Ambrosetti, Meridiano Cardio (2023), "Malattie cardio, cerebro e vascolari. Una priorità di sanità pubblica – L'importanza e l'urgenza di avere un Piano Nazionale". Meridiano Cardio è la piattaforma di discussione e dialogo sulle patologie cardio, cerebro e vascolari di TEHA.

35 Questo tema, insieme ai numeri sull'obesità in Italia, è trattato nel Capitolo 5 del presente Rapporto, relativo al valore della prevenzione, in quanto l'obesità rappresenta un fattore di rischio primario per le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete stesso.

36 Nel presente capitolo, le analisi relative alle malattie metaboliche si concentrano sul diabete.

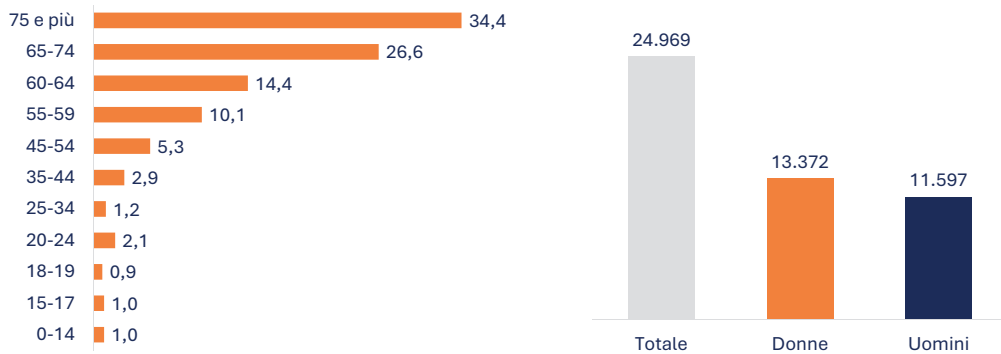


Figura 6. A sinistra: Distribuzione della prevalenza del diabete in Italia per fasce d'età (percentuale), 2023. A destra: decessi per diabete mellito in Italia per sesso (numero), 2022

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

PREVALENZA	La prevalenza del diabete in Italia è in costante aumento e si stima che siano 4 milioni le persone che ne sono affette, con un 30% non ancora diagnosticato. La forma più comune (90%) è rappresentata dal diabete di tipo 2.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	I fattori di rischio non modificabili sono familiarità ed età, mentre quelli modificabili includono: eccesso di peso, dieta non sana, scarsa attività fisica e ipertensione.
MORTALITÀ	Nel 2022 in Italia si sono registrati 24.872 decessi legati al diabete mellito, con un aumento superiore all'11% rispetto al 2017; il 53,6% dei decessi è stato registrato tra la popolazione femminile.
OSPEDALIZZAZIONI	Circa 1 diabetico su 6 viene ricoverato almeno una volta l'anno, l'89% dei ricoverati entra in ospedale per almeno un ricovero ordinario e il 16% per almeno un ricovero in day hospital. Il tasso di ricovero ordinario nei diabetici è più che doppio rispetto ai non diabetici (235 contro 99 per 1.000 persone) e il numero medio di ricoveri nei diabetici è del 15% più alto rispetto ai non diabetici. La degenza media è superiore nei diabetici di circa 1,5 giorni.
ADERENZA E ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO	L'analisi sull'aderenza al trattamento con antidiabetici mostra una significativa proporzione di trattamento subottimale, in linea con studi promossi da AIFA nei quali si è osservata, in una popolazione di pazienti anziani, una non aderenza che oscillava tra il 13 e il 64% per gli ipoglicemizzanti orali e tra il 19 e il 46% per la terapia insulinica.
BURDEN SOCIOECONOMICO	Si stima che in Italia si spendano oltre 20 miliardi di euro all'anno per la gestione di questa patologia, tra costi diretti e indiretti. La maggior parte di questa spesa è legata al trattamento delle complicanze del diabete.

Tabella 4. I numeri del diabete in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[37], 2025

37 Ministero della Salute (2024), "Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito. Relazione 2023"; Dati ISTAT, 2022; Rapporto dell'osservatorio CINECA- ARNO 2019.

Negli ultimi anni, i maggiori progressi nella prevenzione delle patologie cardio-metaboliche hanno riguardato il diabete di tipo 1, che in Italia interessa circa 300.000 persone e continua a crescere. Con l'approvazione della Legge n. 130/2023, l'Italia si è distinta come primo Paese al mondo ad avviare un programma di screening nazionale[38] mirato a individuare, già in età pediatrica (1-17 anni), i soggetti a rischio di sviluppare diabete di tipo 1 o celiachia, le due malattie croniche più diffuse tra i bambini.

Con l'obiettivo di semplificare l'accesso ai farmaci, ridurre il carico burocratico e accorciare le liste d'attesa, l'AIFA ha approvato una revisione della nota 100, consentendo la distribuzione degli antidiabetici a base di glifozine direttamente nelle farmacie territoriali ed eliminando la necessità di Piani terapeutici[39].

L'Italia è stata il primo Paese in Europa a rendere disponibile e rimborsabile con il SSN la prima insulina settimanale che consente di ridurre le iniezioni da 365 a 52 l'anno, con un miglioramento della qualità della vita, una potenziale maggiore aderenza terapeutica e anche un beneficio in termini di ridotto impatto ambientale[40]. Inoltre, a giugno di quest'anno è stata presentata una proposta per aggiornare il paradigma di approvvigionamento dei dispositivi medici per la gestione del diabete, con il coinvolgimento di società scientifiche, associazioni e Istituzioni[41]. L'obiettivo è garantire equità e qualità nell'accesso alle tecnologie innovative, come i sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio (CGM) e l'infusione sottocutanea continua di insulina (CSII).

3.5 LE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

A livello globale, le malattie respiratorie sono la seconda causa di morte dopo quelle cardiovascolari[42], mentre in Italia occupano il quarto posto, precedute da malattie cardiovascolari, neoplasie e COVID-19[43].

La prevalenza delle malattie respiratorie croniche e la loro incidenza sono in crescita, anche per via dell'invecchiamento della popolazione che – essendo più fragile e a rischio – è maggiormente soggetta a contrarre questo tipo di malattie: infatti, la fascia di età maggiormente colpita è quella degli over-75.

Tra le più comuni vi sono l'asma, il tumore del polmone, la sindrome delle apnee ostruttive del sonno, l'ipertensione polmonare, le bronchiettasie, le interstiziopatie e la fibrosi polmonare, le malattie rare polmonari, e la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Quest'ultima in Italia colpisce circa 3 milioni e mezzo di persone ed è la principale causa di morte associata alle malattie respiratorie.

38 Per il diabete di tipo 1 è stato avviato un progetto di screening in fase sperimentale. Per maggiori dettagli si rimanda al Capitolo 5.
39 Per approfondimenti si rimanda al Capitolo 6.
40 The European House Ambrosetti (2024), "Sostenibilità e Innovazione nel diabete: 5 proposte chiave".
41 L'iniziativa è stata realizzata con il patrocinio della Società Italiana di Diabetologia (SID), Associazione Medici Diabetologi (AMD), Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici (SIFO), Società Italiana di Health Technology Assessment (SITHA), Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Provveditori della Salute (FARE), Salutequità e FAND Associazione Italiana Diabetici.
42 Dati Global Burden of Disease, 2021.
43 ISTAT (2025), "Cause di morte in Italia – Anno 2022".

PREVALENZA	Circa il 7% della popolazione italiana adulta soffre di patologie respiratorie croniche, suddivise in asma 3,4%, BPCO 2,6% e sindrome di sovrapposizione asma-BPCO (ACOS) 1,0%.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	Le malattie dell'apparato respiratorio sono causate principalmente da fattori di rischio prevenibili come il fumo di tabacco, l'inquinamento atmosferico (interno ed esterno), allergeni e sostanze chimiche professionali. Anche condizioni prenatali e della prima infanzia, come basso peso alla nascita e infezioni precoci, aumentano il rischio.
MORTALITÀ	Nel 2022, in Italia sono stati registrati 50.686 decessi correlati a malattie respiratorie, in aumento rispetto ai 45.229 del 2021. In particolare, si è verificato l'aumento del tasso di mortalità per polmoniti e influenza (+23,8%) e per malattie croniche delle basse vie respiratorie (+8,5%).
OSPEDALIZZAZIONI	Queste malattie rappresentano una delle principali cause di ospedalizzazioni in Italia (10,3% sul totale) con 10,9 giorni di degenza media.
BURDEN SOCIOECONOMICO	In Italia, per le malattie respiratorie, sono stati identificati costi diretti e indiretti pari a 45,7 miliardi di euro che includono assistenza medica, perdita di giornate lavorative, diminuzione della produttività e consumo di farmaci e ossigeno.

Tabella 5. I numeri delle malattie respiratorie croniche in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[44], 2025

Sebbene esistano misure preventive efficaci, queste patologie sono spesso trascurate o diagnosticate in ritardo. A livello europeo, secondo l'ultimo rapporto dell'Oms/Europa, le malattie respiratorie croniche colpiscono 81,7 milioni di persone nella Regione Europea, sono sottodiagnosticate e sottostimate nei costi[45]. Il report denuncia una mancanza di obiettivi, investimenti, cure palliative e riabilitazione, e sollecita un cambio di paradigma politico per inserire la salute respiratoria tra le priorità sanitarie.

Secondo l'OMS, entro il 2050 il 50% della popolazione mondiale soffrirà di patologie respiratorie connesse alle cosiddette malattie allergiche. I bambini risultano i più colpiti, poiché l'aumento dell'ozono e delle polveri sottili aggrava patologie come asma e rinite allergica. Studi evidenziano come l'esposizione precoce ai pollini, anche durante la gravidanza, aumenti il rischio di sensibilizzazione allergica. In Italia, l'8,4% dei bambini tra i 6 e i 7 anni soffre di asma correlata all'inquinamento, con l'81,4% residente in zone inquinate da polveri sottili[46]. Gli inquinanti atmosferici come PM2.5 e PM10 penetrano nei tessuti respiratori, causando infiammazioni croniche e compromettendo il sistema immunitario.

44 Ferrante G, Baldissera S, Campostrini S. (2017), Epidemiology of chronic respiratory diseases and associated factors in the adult Italian population. Eur J Public Health; Dati ISTAT, 2022; Dati SDO, 2022; International Respiratory Coalition (IRC), 2023.
45 OMS/ERS (2025), "Chronic respiratory diseases and health equity by 2050".
46 Save the Children, 2025.

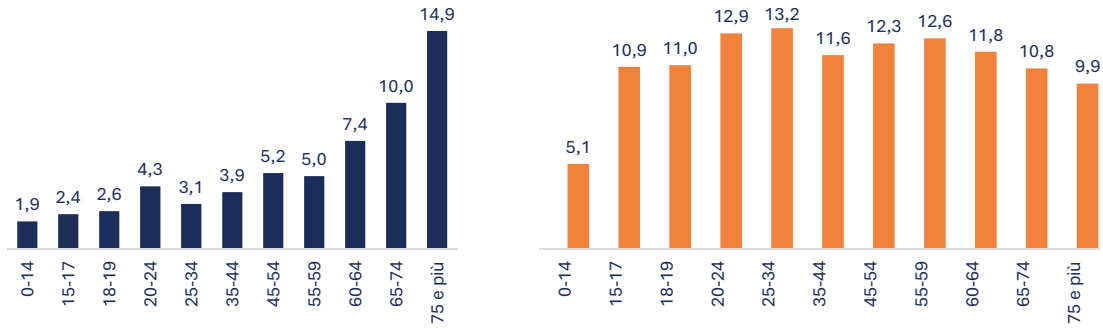


Figura 7. A sinistra: Prevalenza della bronchite cronica in Italia per fasce d'età (percentuale), 2023.
A destra: Prevalenza delle malattie allergiche in Italia per fasce d'età (percentuale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Le strategie preventive, in particolare la vaccinazione, svolgono un ruolo cruciale nella gestione di queste malattie, riducendo le riacutizzazioni correlate alle infezioni e stabilizzando la funzione polmonare[47]. In questo contesto, 4 importanti società scientifiche italiane (AIPO-ITS/ETS, SIMIT, SIP/IRS, SItI) hanno redatto un Documento nazionale nel 2025, proponendo un approccio sinergico e multidisciplinare alla prevenzione vaccinale con raccomandazioni vaccinali rivolte ai pazienti con malattie respiratorie croniche. Il documento sottolinea l'importanza della vaccinazione contro: influenza, SARS-CoV-2, RSV, pneumococco, Herpes zoster[48]. Il testo è stato presentato come guida pratica e scientifica, per sensibilizzare operatori sanitari e decisori politici sull'urgenza di una strategia vaccinale integrata.

A livello europeo, a dicembre 2024 è stata avviata la nuova Joint Action europea sulle malattie respiratorie, denominata JARED, in programma fino a novembre 2027. Il progetto, a cui l'ISS partecipa con 3 università italiane (Università Politecnica delle Marche, Università di Firenze e Università Federico II di Napoli), è finanziato con oltre 5 milioni di euro dal programma EU4Health e si inserisce nell'iniziativa "Healthier Together" per ridurre l'impatto delle malattie respiratorie croniche attraverso soluzioni innovative di salute digitale, miglior accesso alla diagnostica, maggiore alfabetizzazione sanitaria e attenzione ai gruppi vulnerabili.

3.6 LE MALATTIE NEUROLOGICHE

Le malattie neurologiche rappresentano una sfida sanitaria globale: sono oltre 600 le patologie che colpiscono il sistema nervoso centrale e periferico, interferendo con funzioni essenziali come il movimento, la sensibilità e la cognizione. A livello globale, secondo una recente pubblicazione su The Lancet Neurology, sono circa 3,4 miliardi le persone che convivono con almeno una patologia neurologica. Tra le più comuni, spiccano le malattie neurodegenerative – come il morbo di Parkinson e le demenze – e l'emicrania, che si conferma la terza causa di disabilità nel mondo. Di fronte a numeri così elevati, è fondamentale adottare un piano d'azione strutturato di lungo periodo, che includa una forte strategia di prevenzione. Basti pensare che circa il 50% delle demenze potrebbe essere evitato attraverso il controllo dei principali fattori di rischio come ipertensione, diabete, inattività fisica e isolamento sociale.

47 Per approfondimento si rimanda al Capitolo 5.
48 Micheletto C et al. (2025), "Vaccination Strategies in Respiratory Diseases: Recommendation from AIPO-ITS/ETS, SIMIT, SIP/IRS, and SItI". Respiration.

La situazione epidemiologica non migliora restringendo il campo all'Italia, dove si stima che oltre 1 cittadino su 2 sia affetto da disturbi neurologici, con un tasso di mortalità triplicato negli ultimi trent'anni[49]. In particolare, in Italia, le principali condizioni neurologiche includono oltre 7 milioni di casi di emicrania, più di 1 milione di persone con demenza, circa 800.000 con disabilità dovute a ictus e 400.000 affette dal morbo di Parkinson[50]. L'impatto è particolarmente rilevante sulla popolazione in età lavorativa e comporta un costo sociale ed economico di miliardi di euro l'anno, anche considerato che le malattie neurologiche e psichiatriche influenzano profondamente tanto gli individui quanto le famiglie e le comunità.

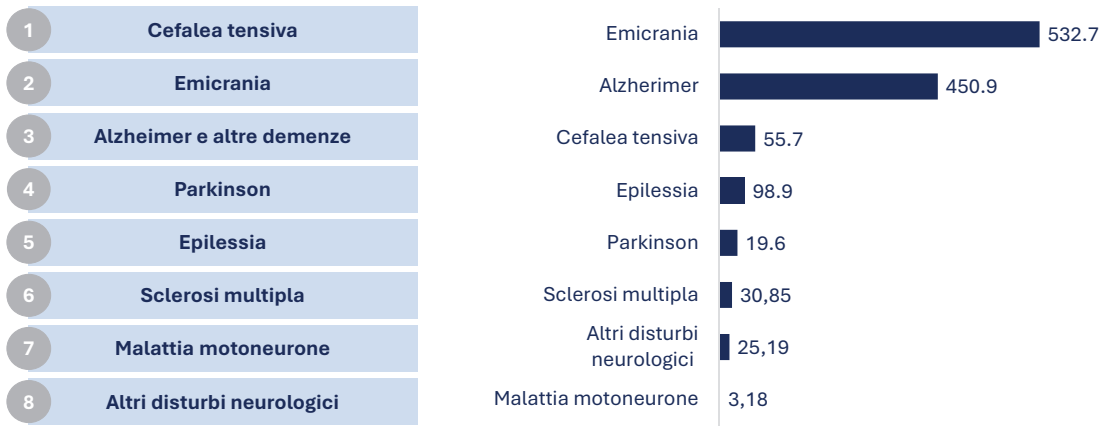


Figura 8. A sinistra: I principali disturbi neurologici in Italia per prevalenza, 2021.
A destra: YLD dei principali disturbi neurologici in Italia (per 100.000 abitanti), 2021

Fonte TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

Per far fronte a questa emergenza crescente, la Società Italiana di Neurologia (SIN) ha lanciato nel 2024 la "Strategia italiana per la salute del cervello 2024-2031", con il manifesto "One Brain, One Health" ispirato al Piano Globale di Azione dell'OMS per l'epilessia e le altre malattie neurologiche. A un anno di distanza, la SIN ha proposto anche un Decalogo per la Salute del Cervello, con raccomandazioni pratiche per la prevenzione, tra cui attività fisica regolare, alimentazione equilibrata, sonno adeguato, stimolazione mentale, gestione dello stress, relazioni sociali attive, prevenzione dei traumi, controllo della salute cardiovascolare, riduzione delle sostanze dannose e attenzione al benessere psicologico.

In continuità con questa visione, nel 2025 è stato presentato alla Camera dei deputati l'Intergruppo parlamentare "One Brain – per la tutela delle persone con disturbi mentali e neurologici", nato per promuovere il dialogo tra Istituzioni, sensibilizzare l'opinione pubblica e coinvolgere attivamente esperti, associazioni di pazienti e professionisti della salute mentale e neurologica. Parallelamente è stata istituita l'Alleanza italiana per la Salute del Cervello, un organismo che riunisce rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Università e della Ricerca, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Parlamento, con l'obiettivo di elaborare politiche coordinate per l'integrazione tra salute mentale e neurologica.

49 Raggi A et al. (2021), "Incidence, prevalence and disability associated with neurological disorders in Italy between 1990 and 2019: an analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019". J Neurol.
50 Manifesto 'One Brain, One Health' promosso dalla Società italiana di neurologia (SIN).

SCLEROSI MULTIPLA	**Prevalenza.** Nel 2025, 144.000 persone convivono con una diagnosi di sclerosi multipla in Italia , in aumento rispetto agli anni precedenti. Nei casi prevalenti, le donne sono colpite il doppio degli uomini. **Incidenza.** Si registrano circa 3.650 nuovi casi ogni anno, equivalenti a 6 casi ogni 100.000 abitanti. **Mortalità.** Il tasso di mortalità standardizzato annuo è di 0,8 casi ogni 100.000 abitanti, il doppio dei livelli del 1990. I malati di sclerosi multipla hanno un rischio di essere ospedalizzati circa doppio rispetto alla popolazione generale, a causa di una elevata probabilità di complicazioni e infezioni. **Burden socioeconomico.** Il costo totale della malattia è stimato essere circa 6,7 miliardi di euro ogni anno in Italia, con una media di 46.400 euro pro capite e un picco di 63.200 euro nei casi di disabilità più grave.
EPILESSIA	**Prevalenza.** In Italia, la prevalenza dell'epilessia si attesta a 7,9 casi ogni 1.000 abitanti con una leggera differenza tra uomini e donne (8,1 vs. 7,7 rispettivamente). Sono quindi circa 500.000 gli italiani affetti da epilessia. **Incidenza**. L'incidenza di epilessia in Italia si attesta intorno ai 33,5 casi ogni 100.000 abitanti, pari a circa 20.000 nuovi casi di epilessia ogni anno, soprattutto tra giovani e anziani. **Mortalità.** Nei Paesi ad alto reddito, il tasso standardizzato di mortalità è compreso tra i 1,6 e 3,0 casi ogni 1.000 abitanti, mentre nei Paesi in via di sviluppo può raggiungere i 19,8 casi ogni 1.000 abitanti. L'indice di mortalità è generalmente più elevato nella popolazione di sesso maschile rispetto a quella di sesso femminile, con una tendenza maggiore verso i soggetti in età avanzata. **Burden socioeconomico.** Secondo una stima nazionale basata sui dati della ASL Umbria 2, l'epilessia genera un costo diretto per il SSN pari a oltre 505 milioni di euro l'anno, suddivisi tra farmaci, ricoveri e prestazioni specialistiche. A questi si aggiungono i costi indiretti, legati a perdita di produttività e assistenza, che ammontano a circa 1,16 miliardi di euro, portando l'impatto economico complessivo della malattia a 1,7 miliardi di euro annui.
MALATTIA DI ALZHEIMER E ALTRE DEMENZE	**Prevalenza.** In Italia sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2023 è possibile stimare più di 1,1 milioni di casi di demenza nella fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni e quasi 24.000 casi di demenza giovanile compresi nella fascia d'età 35-64. Di questi, si stimano circa 600.000 persone affette da Alzheimer. **Incidenza**. Ci sono circa 65.000 nuovi casi di Alzheimer all'anno, il 50% dei casi di demenza. **Mortalità.** Nel 2022 la demenza e la malattia di Alzheimer hanno provocato più di 37.000 decessi, in aumento rispetto agli oltre 34.000 casi del 2021 . **Burden socioeconomico.** Secondo una stima del 2023, il costo nazionale dell'Alzheimer e delle altre demenze risulta essere intorno a 15,6 miliardi di euro annui, con l'80% dei costi a carico delle famiglie.
MORBO DI PARKINSON	**Prevalenza.** In Italia, il Morbo di Parkinson colpisce circa 250.000 persone, rendendola la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa dopo l'Alzheimer, con una previsione di raddoppio dei casi nei prossimi 15 anni, contestualmente all'invecchiamento della popolazione. Frequentemente si manifesta attorno ai 60 anni, anche se colpisce sempre più spesso i giovani. Circa il 10% sono pazienti under-50. **Incidenza**. L'incidenza annuale è di circa 6.000 nuovi casi, con gli uomini che risultano colpiti da 1,5 a 2 volte più frequentemente rispetto alle donne. **Mortalità**. La mortalità standardizzata registrata nel 2022 è pari a 1,61 per 10.000 abitanti, equivalente a

	9.489 decessi e in aumento del 94% sul 2013. Il 56% dei morti nel 2022 erano uomini. **Burden socioeconomico.** Il costo medio annuo per paziente con Parkinson a carico del SSN oscilla tra 3.500 e 4.800 euro, mentre quello a carico del paziente varia tra 1.500 e 2.700 euro; il costo complessivo per la società si aggira tra i 10.000 e i 17.000 euro all'anno.
CEFALEE PRIMARIE	**Prevalenza.** Mentre la cefalea tensiva coinvolge tra il 46% e il 78% della popolazione, l'emicrania si presenta nel 25% dei soggetti con una più alta prevalenza nelle donne. La cefalea a grappolo è la forma più rara tra le cefalee primarie, con una prevalenza tra i 59 e i 69 casi ogni 100.000 abitanti, maggiormente presente nel sesso maschile (70% dei casi). **Burden socioeconomico.** Il costo totale annuale causato dall'emicrania in Italia ammonta a circa 20 miliardi di euro, di cui il 93% in costi indiretti, primo tra tutti una elevata perdita di produttività di chi ne soffre. Data la natura debilitante con un forte impatto sulla qualità di vita delle persone affette, nel 2020, dopo un iter di quasi 20 anni, è stata approvata la Legge n.81/2020 che stabilisce il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale e disabilitante.

Tabella 6. I numeri delle malattie neurologiche in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[51], 2025

Nell'ambito del progetto Headway – A New Roadmap in Brain Health, TEHA ha dedicato particolare attenzione all'epilessia, considerandola una sfida sanitaria, sociale ed economica ancora ampiamente sottovalutata in Europa. In diversi Paesi, fino al 40% delle persone con epilessia non riceve un trattamento adeguato, nonostante il 70% potrebbe vivere senza crisi assumendo terapie corrette. Oltre all'aspetto sanitario, l'epilessia comporta importanti ricadute sociali: stigma, isolamento e disoccupazione sono tra i principali ostacoli alla piena inclusione delle persone affette dalla malattia, che spesso si trovano escluse dal mercato del lavoro o costrette a nascondere la propria condizione. Tutto ciò si traduce in un rilevante impatto economico: secondo recenti stime, il peso complessivo dell'epilessia nei 27 Paesi dell'Unione Europea e nel Regno Unito si aggira tra i 41 e i 49 miliardi di euro l'anno, pari allo 0,24–0,28% del PIL combinato[52].

TEHA ha proposto 3 modelli di intervento – riduzione del gap terapeutico, trattamento delle comorbidità psichiatriche e prevenzione primaria – che mostrano ritorni economici significativi, fino a 1,90 euro per ogni euro investito[53], un'analisi che esemplifica come investire nella prevenzione e nella gestione delle patologie neurologiche possa non solo migliorare la salute pubblica, ma anche generare valore economico e sociale per l'intera comunità.

51 AISM (2025), "Barometro della sclerosi multipla e patologie correlate 2025"; LICE (2024), "Libro bianco Epilessia"; ISS, "Epidemiologia della demenza di alzheimer in Italia"; ISTAT (2025), "Cause di morte in Italia – Anno 2022"; Ancidoni et al (2023), "Italy's action on dementia"; Parkinson Italia, 2025; Dati ISTAT, 2021; Cicchetti A, Ruggeri M, Coretti S, Codella P, Vaccaro K e Altieri M (2013), "Impatto economico e valutazione della qualità di vita dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson. Indagine su cinque realtà regionali"; ISS – Centro di riferimento per la malattia di genere (2018), "Impatto socio-economico dell'emicrania in Italia".

52 TEHA (2025), "Brain Health In Uncertain Times: A Strategic Investment For Europe's Future".

53 Ibid.

3.7 I DISORDINI MENTALI E COMPORTAMENTALI

Sebbene la salute mentale e quella neurologica siano state storicamente considerate ambiti distinti, ricerche recenti suggeriscono che vi sia una significativa sovrapposizione tra i due, con alcuni disturbi mentali riconducibili a fattori scatenanti tipici delle patologie neurologiche. Ad esempio, uno studio collega la salute neurologica e quella mentale dimostrando l'esistenza di una relazione bidirezionale tra depressione ed epilessia [54]. La depressione, dopo una diagnosi di epilessia, aumenta di 1,2 volte il rischio di ricoveri ospedalieri acuti legati a crisi epilettiche. Un altro esempio riguarda la presenza di disturbi mentali nei pazienti con epilessia, disturbi che predicono una scarsa qualità della vita, ideazioni suicidarie, morte prematura e sono associati a crisi più frequenti e gravi, oltre a una scarsa aderenza alla terapia farmacologica.

Entrando più nello specifico, i disordini mentali riguardano un gruppo di patologie influenzate da una serie di fattori quali il contesto ambientale, la compresenza di altre patologie, la sovrapposizione con vulnerabilità di varia natura, rendendo complesso l'individuazione di segni e sintomi associati. Tra i disordini più comuni si registrano i disturbi depressivi e d'ansia seguiti da schizofrenia, disturbi bipolari e disturbi dell'alimentazione. Queste patologie rappresentano la seconda causa di anni vissuti con disabilità in Italia e nel mondo.

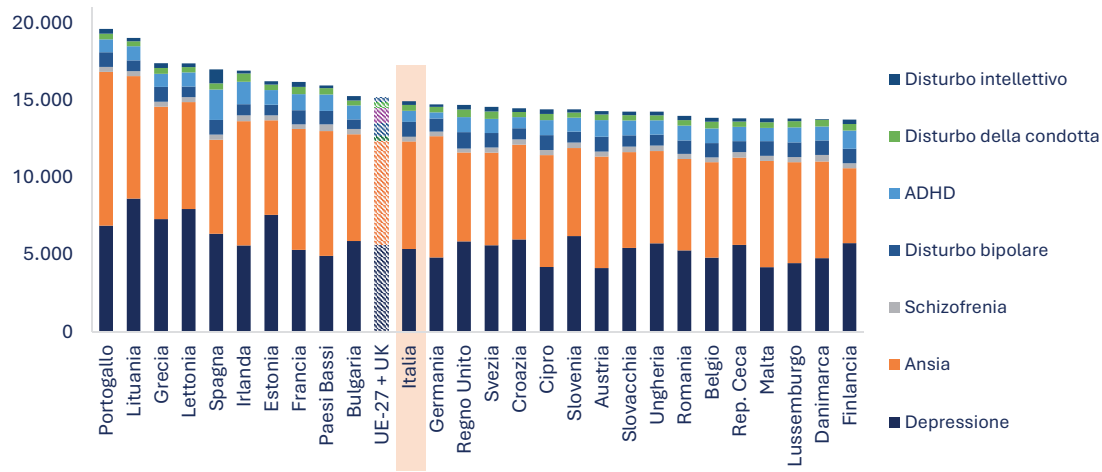


Figura 9. Prevalenza dei principali disturbi della salute mentale in Europa (per 100.000 abitanti), 2021

Fonte: TEHA Group su dati Headway – A New Roadmap in Brain Health: Focus Mental Health – Mental Health Index 4.0, 2024

54 Bølling-Ladegaard E et al (2022), "Directionality of the Association Between Epilepsy and Depression". Neurology.

DISORDINI MENTALI E COMPORTAMENTALI	**Definizione.** I disordini mentali e comportamentali sono condizioni patologiche che riguardano la sfera cognitiva, affettiva, relazionale o comportamentale di una persona, influenzate da fattori ambientali e altre patologie, e spesso caratterizzate da difficoltà diagnostiche e da un impatto significativo sulla qualità della vita. Alcuni disordini mentali tra i più rilevanti sono depressione, disturbi del comportamento, ritardi mentali, sindromi nevrotiche, schizofrenia e disturbo bipolare. **Prevalenza**. In Europa e in Italia, i disturbi mentali colpiscono circa 1 persona su 6, evidenziando una realtà che non riguarda solo la salute individuale ma tutto il tessuto socio-economico. Tra i disturbi più diffusi a livello italiano vi sono l'ansia (6.950 casi per 100.000 abitanti) e la depressione (5.365 casi) . Nel 2021, la prevalenza dei disturbi mentali in Italia si concentra nella popolazione in età lavorativa, con il 64,8% dei casi complessivi registrati nella fascia di età 20-64 anni. **Incidenza.** L'incidenza si attesta a 7.262 casi ogni 100.000 abitanti l'anno per tutti i disordini mentali e comportamentali. **Mortalità.** Nel 2021 la mortalità registrata per salute mentale e disordini comportamentali era pari a 42 decessi ogni 100.000 abitanti. Rilevante è anche il dato sul tasso standardizzato di suicidio nel 2021, pari a quasi 6 casi ogni 100.000 persone, in aumento dagli anni precedenti e che coinvolge spesso persone con malattie e disordini mentali. **Burden socioeconomico.** I disordini mentali hanno un forte impatto economico sul sistema sanitario e sull'economia. In Italia, i costi dei disturbi mentali ammontano al 3,3% del PIL, per un costo di 72,6 miliardi di euro. Circa un terzo del burden economico è riconducibile al loro impatto sul mercato del lavoro.

Tabella 7. I numeri dei disordini mentali e comportamentali in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[55], 2025

I disturbi di salute mentale hanno un ruolo rilevante nel benessere complessivo delle persone, non solo per il loro impatto diretto ma anche per il peggioramento che provocano nel decorso delle patologie croniche. Infatti, le persone con gravi disturbi di salute mentale presentano un tasso di mortalità prematura più elevato rispetto alla popolazione generale. Per quanto riguarda invece il tasso di mortalità esclusivamente legato ai disturbi mentali, l'Italia risulta nella media europea, con un numero di suicidi in rapporto alla popolazione relativamente contenuto, seppur in aumento in quasi tutte le classi di età, in controtendenza rispetto al resto del Continente. Importante sottolineare come oltre il 60% dei suicidi (pari a 2.329 nel 2021) si concentri nella fascia di popolazione in età lavorativa e nel 79% dei casi riguardi un uomo.

55 Headway – A New Roadmap in Brain Health: Focus Mental Health – Mental Health Index 4.0, 2024; Global Burden of Disease, 2021.

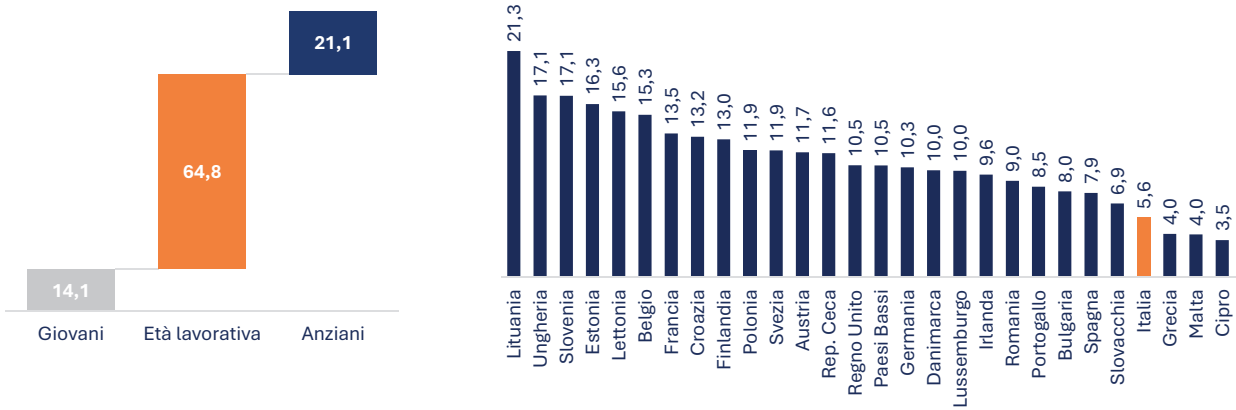


Figura 10. A sinistra: Prevalenza dei disturbi mentali in Italia per fascia di età (% della prevalenza totale), 2021. A destra: Tasso di suicidio standardizzato per età (per 100.000 abitanti), 2020

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, OCSE e Eurostat, 2025

Negli ultimi anni, la salute mentale è diventata una delle principali priorità delle politiche sanitarie globali, europee e nazionali. A livello internazionale, l'OMS Europa ha pubblicato la roadmap "Trasformare la salute mentale attraverso l'esperienza vissuta"[56], che propone di includere nei servizi figure professionali che abbiano vissuto in prima persona esperienze di disagio psichico, in ruoli retribuiti e riconosciuti. Il documento è stato elaborato da utenti, familiari e professionisti provenienti da 29 Paesi e si basa su 6 azioni prioritarie: definizione di politiche nazionali inclusive, prontezza organizzativa dei sistemi, co-creazione dei servizi, formazione standardizzata per operatori e peer supporter, supervisione continua e innovazione digitale. L'approccio mira a rendere i sistemi di salute mentale più umani, partecipati e centrati sulla persona, contrastando lo stigma e valorizzando le competenze maturate dall'esperienza.

A giugno 2025, 31 Paesi, tra cui l'Italia, hanno firmato a Parigi una Dichiarazione congiunta durante una conferenza promossa dall'OMS e dal Ministero della Salute francese, per riconoscere la salute mentale come una priorità trasversale in tutte le politiche pubbliche, dall'istruzione alla giustizia, dall'urbanistica al lavoro. Questo impegno nasce da una situazione critica: 1 persona su 6 in Europa soffre di un disturbo mentale, ma 1 su 3 tra queste non riceve cure adeguate[57]. Per rispondere a questa emergenza, le istituzioni europee e italiane stanno adottando un approccio proattivo, orientato alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al rafforzamento dei servizi di supporto psicologico, garantendone capillarità, accessibilità e tempestività.

Sempre rimanendo all'interno dello scenario internazionale, sebbene l'Europa sia il primo continente in cui sono emersi piani nazionali per la salute mentale e del cervello – alcuni dei quali, come nel caso della Finlandia[58], presentano una forte componente legata al concetto del Brain Capital (approfondito nel Capitolo 11 di questo Rapporto) – novità interessanti stanno arrivando anche dal Sud globale. È il caso della Dichiarazione di Yaoundé sulla salute del cervello[59,60], adottata nel luglio 2024 e fortemente sostenuta dal Governo del Camerun (Presidente

56 OMS/Europa (2025), "Transforming mental health through lived experience Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community".
57 OMS (2025), "With 17% of people in the Region living with a mental health condition, 31 countries commit to integrating mental health into all policies".
58 Finnish Institute for Health and Welfare (2024), "National Mental Health Strategy 2020–2030".
59 Njamnshi A et al. (2024), "The Yaoundé Declaration". The Lancet Neurology.
60 Njamnshi A et al. (2025), "African leadership in brain diplomacy: The Yaoundé declaration advances the global brain economy playbook for better brain health". Neuroscience.

della 79ª Assemblea Generale delle Nazioni Unite), che delinea una roadmap completa per costruire un'economia favorevole al benessere mentale e neurologico. Lanciata in una prospettiva panafricana e con un ampio sostegno internazionale, la Dichiarazione invoca un rapido superamento dei sistemi dannosi per il benessere mentale, a favore di un modello che favorisca la salute, la produttività e la creatività. Sollecita governi e istituzioni a investire nel capitale cognitivo delle proprie popolazioni, non solo per curarne le patologie, ma per preparare le società ad affrontare le sfide complesse del futuro.

In Italia, il governo ha avviato una serie di iniziative importanti. Una delle più rilevanti è il nuovo Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030, elaborato dal Ministero della Salute e frutto del lavoro del Tavolo tecnico sulla salute mentale[61]. Il Piano si fonda su 3 principi guida: il modello bio-psico-sociale, l'approccio One Health/One Mental Health e la centralità della persona nei percorsi di cura. Il Piano individua anche 6 aree prioritarie che spaziano dalla promozione del benessere psicologico alla prevenzione precoce, passando per l'integrazione tra giustizia e salute mentale, la formazione degli operatori, la gestione della sicurezza, l'inclusione socio-sanitaria e il rafforzamento della ricerca. Tra le novità concrete vi sono l'introduzione dello psicologo di primo livello per casi lievi e moderati, il case management per i disturbi gravi, l'uso di telemedicina e intelligenza artificiale, e la promozione della salute mentale perinatale con screening precoci e l'attivazione di Unità madre-bambino.

L'intera strategia si basa su Dipartimenti integrati di Salute Mentale che coinvolgano ospedali, territorio, scuola, lavoro, terzo settore e servizi sociali, pur in assenza di risorse aggiuntive dedicate. Per questo e altri motivi – che includono alcune criticità in termini di attuabilità, chiarezza degli obiettivi e misurabilità – le Regioni, pur apprezzandone l'impostazione generale, hanno espresso alcune perplessità sull'esaustività del documento e sull'effettivo allineamento con le esigenze dei servizi locali.

Nel 2025 il Ministero della Salute ha già rifinanziato il Bonus Psicologo con 9,5 milioni di euro e ha istituito un fondo per garantire la presenza stabile di psicologi nelle scuole, con una dotazione di 10 milioni di euro per quest'anno e 18,5 a partire dal 2026. Parallelamente, il Ministero del Lavoro ha stanziato quasi 600 milioni di euro per il potenziamento dei servizi sociali territoriali, attraverso équipe multidisciplinari composte da psicologi, assistenti sociali e altre figure specializzate. Sul piano parlamentare è attivo l'Intergruppo "One Mental Health", nato per coordinare le politiche pubbliche in materia e affiancare l'intergruppo per la promozione della salute mentale istituito nel 2022. Restano invece in fase di discussione in Senato le proposte del Disegno di Legge Zaffini (S.1179), che mira a riformare l'organizzazione dei servizi di salute mentale, rafforzando la diagnosi precoce e i percorsi terapeutici e rivedendo il trattamento sanitario obbligatorio, la contenzione e le strutture residenziali.

Tra le proposte legislative più innovative rientra quella per introdurre la figura dello psicologo scolastico in modo stabile e uniforme su tutto il territorio nazionale[62]. Il disegno di legge parte da esperienze regionali virtuose, come quella della Calabria, e si propone di offrire uno sportello di ascolto per studenti, insegnanti e famiglie, con funzione preventiva e non medicalizzante. L'obiettivo è promuovere il benessere psicologico e relazionale, contrastare il disagio giovanile e potenziare l'educazione emotiva nelle scuole.

Nel complesso, il quadro attuale testimonia un'accelerazione significativa delle politiche per la salute mentale, che si stanno progressivamente liberando da logiche emergenziali per diventare parte integrante delle strategie sanitarie e sociali a lungo termine. Le criticità restano, in particolare sul fronte delle risorse stabili, dell'implementazione territoriale e della tutela delle fasce più vulnerabili, ma le basi per un cambiamento sistemico sembrano essere in fase di consolidamento.

61 Tavolo tecnico per la salute mentale Istituito dal Ministro della Salute prof. Orazio Schillaci con DM 27 aprile 2023 (2025), "Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale PANSM 2025 – 2030".

62 Atto Senato n. 1587 (2025), "Legge quadro per l'istituzione della figura dello psicologo scolastico nel sistema nazionale di istruzione".

3.8 LE MALATTIE MUSCOLOSCHELETRICHE

Le malattie muscoloscheletriche sono un insieme di disturbi che colpiscono ossa, muscoli e articolazioni. Essi rappresentano la prima causa di anni vissuti con disabilità in Italia e nel mondo, impattando notevolmente sulla qualità e la durata della vita delle persone. Tra queste patologie troviamo condizioni acute e croniche come mal di schiena, osteoartrosi, artrite reumatoide e osteoporosi, la più comune malattia osteoarticolare. Queste patologie impattano profondamente sulla vita quotidiana e lavorativa delle persone colpite. I fattori di rischio principali, come l'invecchiamento, la sedentarietà e l'obesità, sono in crescita in Italia e nel mondo, causando un aumento degli anni vissuti con disabilità e un maggior carico sociale ed economico.

PREVALENZA	Tra le principali malattie muscoloscheletriche, la prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione italiana nel 2022 ammonta al 7,7%, con una prevalenza tre volte superiore nelle donne rispetto agli uomini. L'artrosi e l'artrite colpiscono complessivamente il 14,6% della popolazione.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	Le patologie muscolo-scheletriche possono essere causate da diversi fattori, tra cui: invecchiamento, che comporta una riduzione della densità ossea e del tono muscolare; sedentarietà, che porta all'indebolimento di muscoli e articolazioni; traumi, come lesioni, incidenti o fratture che possono causare danni permanenti; alimentazione inadeguata, con carenze di calcio e vitamina D che compromettono la salute ossea; predisposizione genetica, poiché alcune malattie hanno una componente ereditaria significativa.
MORTALITÀ	Nel 2022, il tasso di mortalità standardizzato per malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo era pari a 6,8 decessi ogni 100.000 abitanti (4.004 decessi), in leggero aumento rispetto al 2021.
OSPEDALIZZAZIONI	Queste malattie rappresentano una delle principali cause di ospedalizzazioni in Italia con il 13,9% delle dimissioni totali (6,2 giorni di degenza media).
BURDEN SOCIOECONOMICO	Uno studio condotto nel 2015 ha stimato i costi sostenuti, tra il 2009 e il 2012, per paziente affetto da malattie muscoloscheletriche. Nel quadriennio analizzato sono state erogate circa 393.000 prestazioni previdenziali per un costo complessivo di circa 2,7 miliardi di euro, pari a una media annua di 674 milioni di euro. A questi si aggiunge un rilevante costo indiretto dovuto alla perdita di produttività: nel solo 2013, l'artrite reumatoide ha causato oltre 9 milioni di giornate lavorative perse, per un valore economico stimato in oltre 707 milioni di euro. Le pensioni di invalidità rappresentano la voce più consistente dei costi indiretti (54%), seguite dagli assegni di invalidità (44,1%) e dalle pensioni di inabilità (1,8%).

Tabella 8. I numeri delle malattie muscoloscheletriche in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[63], 2025

63 International Osteoporosis Foundation (2022), "Epidemiology, Burden, and Treatment of Osteoporosis in Italy"; Dati ISTAT, 2022; Dati SDO, 2022; Dati INPS, 2015; Russo S. et al. (2015), "The economic burden of musculoskeletal disorders on the Italian social security pension system estimated by a Monte Carlo simulation". Reumatismo.

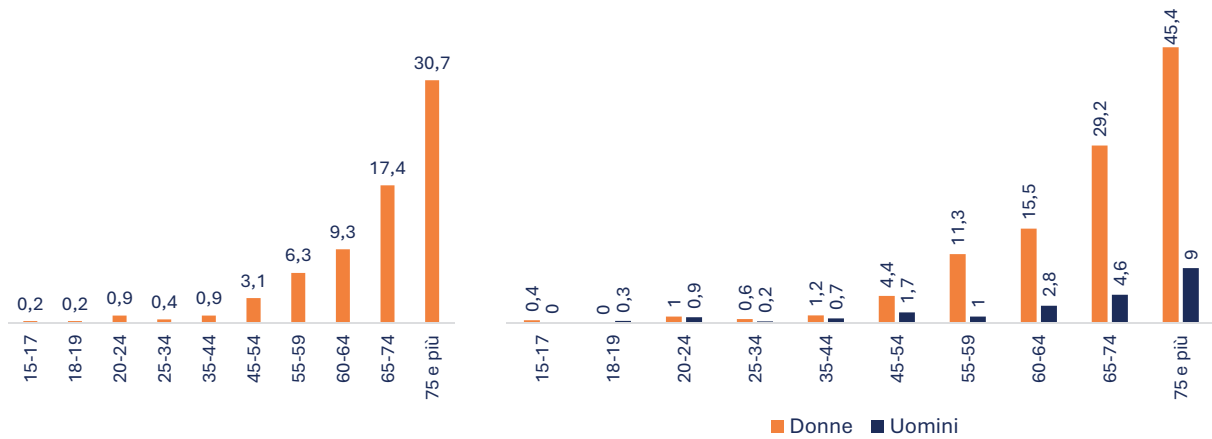


Figura 11. A sinistra: Prevalenza dell'osteoporosi in Italia per fasce d'età (percentuale), 2023.
A destra: Prevalenza dell'osteoporosi in Italia per sesso (percentuale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Le malattie muscolo-scheletriche rappresentano una delle forme più diffuse di malattie professionali, soprattutto nei settori che implicano movimenti ripetitivi, carichi fisici o posizioni statiche prolungate. Secondo l'OMS, circa il 20-30% della popolazione mondiale soffre di problematiche legate al sistema muscolo-scheletrico. In Europa, le malattie muscolo-scheletriche colpiscono più di 100 milioni di persone, con costi sanitari che rappresentano il 2-3% del PIL annuo, rappresentando un onere significativo per i sistemi sanitari e le economie.

L'evoluzione del lavoro e l'invecchiamento della forza lavoro hanno modificato i rischi per la salute, contribuendo all'aumento di malattie cronico-degenerative come disturbi cardiovascolari, respiratori e muscolo-scheletrici. Secondo l'indagine della Fondazione Europea di Dublino (1997), i problemi più segnalati dai lavoratori europei sono: mal di schiena (30%), stress (28%) e dolori muscolari agli arti (17%). Si stima che i disturbi muscolo-scheletrici legati al lavoro colpiscono circa il 60% dei lavoratori europei[64] e rappresentano il 40% delle assenze lavorative in Italia[65].

In Italia il Decreto interministeriale del 10 ottobre 2023 ha segnato un momento chiave nell'evoluzione normativa, aggiornando le tabelle delle malattie professionali riconosciute[66]. Il provvedimento include nuove patologie legate ai moderni modelli di lavoro, come le sindromi da sovraccarico biomeccanico, i disturbi muscolo-scheletrici da postura prolungata e ripetitività, nonché disfunzioni psico-cognitive connesse allo stress lavoro-correlato e all'iperconnessione.

La prevenzione è essenziale per tutelare la salute dei lavoratori e migliorare la produttività. Le postazioni domestiche spesso inadeguate aumentano il rischio di malattie muscolo-scheletriche come lombalgie, cervicalgie e tendiniti. Soluzioni ergonomiche, esercizi mirati e pause attive sono strumenti chiave per prevenire questi disturbi.

64 EU-OSHA, 2024
65 Dati INAIL, 2024
66 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2023.

3.9 LE MALATTIE RARE E INFREQUENTI

Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza non supera la soglia è di 1 caso ogni 2.000 persone[67]. Le peculiarità di queste patologie, come la comparsa in età pediatrica nel 70% dei casi, una natura prevalentemente cronica e multiorgano, la difficoltà nel giungere a una diagnosi certa e tempestiva e nel prescrivere un trattamento, comportano notevoli complessità clinico-organizzative che sono alla base delle difficoltà della presa in carico e gestione dei pazienti.

Oggi conosciamo oltre 8 mila diverse malattie rare, cifra che aumenta con i progressi della scienza e della ricerca; in aggiunta, esistono anche malattie rare che restano senza nome o mai diagnosticate. Si stima che nel mondo circa 300 milioni di persone convivano con una malattia rara e di queste il 6% risulta essere senza una diagnosi. La percentuale è ancora più alta tra i pazienti pediatrici, dove la mancanza di una diagnosi arriva a toccare punte del 60%. In Italia, le persone affette da malattie rare si aggirano tra i 2 e i 3,5 milioni, con oltre 100.000 persone che ancora non hanno ricevuto una diagnosi definitiva[68].

Il sondaggio Rare Barometer di Eurordis rivela che l'80% delle persone con malattie rare vive con disabilità, spesso complesse e multifattoriali. Il 53% ha difficoltà ad accedere a servizi e ausili essenziali. A livello sociale, il 58% ha subito discriminazioni in contesti educativi, lavorativi o pubblici. L'impatto delle malattie rare è quindi profondo sia sul piano sanitario che sociale[69].

In questo contesto, il 24 maggio 2025, l'OMS ha approvato una Risoluzione storica che riconosce le malattie rare come priorità dell'agenda sanitaria globale, in particolare l'accesso a diagnosi, cure e supporto adeguati, e fa seguito alla Risoluzione dell'Assemblea ONU del 2021, che mirava a integrare queste patologie nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, sottolineando l'importanza di garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti, incluse le persone con malattie rare[70]. Questa Risoluzione rappresenta una pietra miliare nell'impegno verso i diritti e i bisogni di oltre 300 milioni di persone nel mondo.

A livello nazionale, per far fronte alle difficoltà correlate alla mancata diagnosi e assenza di cure appropriate, nel 2025 in Italia è nata la "Rete italiana delle malattie rare non diagnosticate", un network di ambulatori dedicati alla presa in carico dei pazienti con malattie rare, coordinato dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, al quale hanno già aderito 24 ospedali italiani attivi in 14 Regioni.

67 Commissione Europea, 2025.
68 Uniamo (2025), "Monitorare – Undicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia".
69 Eurordis (2025), "Riconoscere disabilità e barriere". Rare Barometer.
70 OMS, EURORDIS, Rare Disease International, 2025.

PREVALENZA	In Italia il numero di persone con almeno una malattia rara è stimato tra i 2,1 e i 3,5 milioni; nel 70% dei casi si tratta di pazienti in età pediatrica.
CAUSE E FATTORI DI RISCHIO	La maggioranza delle malattie rare – circa l'80% – ha un'origine genetica, mentre negli altri casi sono risultato di infezioni, allergie o cause ambientali. In altri casi, la causa è ad oggi ancora sconosciuta.
BURDEN SOCIOECONOMICO	Il costo medio annuo per un paziente con malattia rara in Italia è di 107.000 euro, circa 15 volte superiore alla media di 7.000 euro per pazienti con malattie ad alta prevalenza. I costi indiretti rappresentano in media il 29% del totale quando esistono trattamenti disponibili, salendo al 45% in assenza di cure, e sono principalmente a carico delle famiglie (assistenza, viaggi e alloggio). La disponibilità di terapie allevia la pressione finanziaria su famiglie e sistema sanitario, riducendo il carico del 28%.

Tabella 9. I numeri delle malattie rare e infrequenti in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[71], 2025

A livello organizzativo, secondo i dati dell'ultimo rapporto MonitoRare[72], è aumentata la copertura dei registri regionali delle malattie rare (RRMR): sono quasi 500.000 le persone con malattia rara viventi nel 2023 e inserite nei RRMR. Attualmente si contano 262 centri di riferimento per le malattie rare (4,4 per 1 milione di abitanti) e nel corso del 2024 sono stati approvati altri 19 PDTA per un totale di 346 a fine 2024.

In termini di prevenzione, a fine 2023 il programma di screening neonatale esteso (SNE) è attivo a pieno regime in tutte le Regioni/Province Autonome e si può considerare raggiunta l'omogeneizzazione delle malattie metaboliche ereditarie inserite nei pannelli di screening a livello regionale ai sensi della Legge n, 167/2016. Ad aprile 2025, è stata diffusa la bozza del DPCM che aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prevedendo anche l'estensione del programma di screening neonatale per 8 ulteriori patologie.

L'approvazione del Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR) 2023–2026, il 24 maggio 2023, ha rappresentato un risultato storico. Il Piano prevede 77 obiettivi e 115 azioni, con un focus potenziato anche sul tema dei trattamenti. Tutte le Regioni/PPAA lo hanno recepito formalmente, e 19 di queste hanno definito i centri di coordinamento, riferimento ed eccellenza[73]; mancano ad oggi ancora all'appello solo le P.A. di Bolzano e Trento. Inoltre, 15 Regioni hanno impegnato formalmente le risorse assegnate per l'anno 2023 (25 milioni di euro) per l'attuazione del Piano e il Riordino della Rete Nazionale Malattie Rare. Nel complesso, a 2 anni dalla sua approvazione il PNMR è ancora in fase di partenza, soprattutto a causa di una dispersione e frammentazione degli investimenti su obiettivi non sempre coordinati[74].

Come accennato in precedenza, anche la Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR) in Italia rappresenta un tassello fondamentale per migliorare diagnosi, cura e assistenza nei settori dell'oncologia pediatrica, ematologica e dei tumori solidi rari dell'adulto. Fra gli sviluppi recenti, c'è l'impegno del PNRR nella Missione Salute che prevede finanziamenti specifici per progetti su malattie rare e tumori rari, con l'obiettivo di rafforzare i centri di eccellenza e i modelli innovativi di presa in carico.

71 Uniamo (2025), "Monitorare – Undicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia"; Epicentro ISS, 2025; Andreu P. et al. (2023), "Rare Disease Burden of Care and the Economic Impact on Citizens in Germany, France and Italy".
72 Uniamo (2025), "Monitorare – Undicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia".
73 Ibid.
74 Ibid.

3.10 LE MALATTIE INFETTIVE E LE INFEZIONI RESPIRATORIE

Negli ultimi anni stiamo vivendo quella che gli epidemiologi definiscono terza transizione epidemiologica, un'epoca caratterizzata dal riemergere delle malattie infettive dopo decenni in cui si ritenevano in larga parte sotto controllo. I casi di dengue nelle Americhe hanno superato i 13 milioni e la trasmissione resta alta nel 2025 con oltre 3 milioni di casi e più di 1.400 morti registrati in 90 Paesi tra Americhe, Asia, Africa e Mediterraneo orientale[75]. Anche i casi umani di influenza aviaria H5N1 sono aumentati (+525%), con 75 infezioni, soprattutto negli Stati Uniti[76]. È emerso inoltre un ceppo più trasmissibile e letale di Mpox, diffusosi anche in Europa.

Nelle economie sviluppate, l'invecchiamento progressivo della popolazione, in aggiunta, accresce la vulnerabilità delle fasce più fragili e rende ancora più rilevante l'impatto di infezioni respiratorie, parassitarie e virali. L'aumento di questo tipo di patologie sembra essere dovuto a numerosi fattori come cambiamenti climatici e calo delle coperture vaccinali[77].

In Italia, tra il 2021 e il 2022, la mortalità per malattie infettive e parassitarie è aumentata del 14%. La pandemia da COVID-19 ha rappresentato l'esempio più evidente di questo fenomeno, ma non è stata un caso isolato: negli ultimi anni si osserva infatti un incremento costante delle infezioni respiratorie acute, la diffusione di nuovi patogeni e la ricomparsa di malattie che si ritenevano sotto controllo. In Italia, tra il 2012 e il 2019, la mortalità per malattie infettive era già cresciuta del 57,8%, e la pandemia ha accelerato questa tendenza, portando a un aumento complessivo della mortalità senza precedenti (+562,1% rispetto al 2012)[78].

L'ultima stagione influenzale ha raggiunto livelli record con oltre 16 milioni di casi di sindromi simil-influenzali, che hanno interessato il 27,7% della popolazione; 601 ricoveri in terapia intensiva; 134 decessi, soprattutto tra persone non vaccinate; e una forte circolazione di COVID-19, VRS e polmoniti batteriche (con circa 150.000 ricoveri e 9.000 decessi)[79]. Le proiezioni per la prossima stagione indicano un peso ancora maggiore, con una pressione crescente sugli ospedali e sulla mortalità delle fasce più anziane (in particolare over-80 e over-90).

MALATTIE RESPIRATORIE INFETTIVE	**Definizione.** Le infezioni delle vie respiratorie (RTI) sono infezioni delle parti del corpo coinvolte nella respirazione, come i seni paranasali, la gola, le vie aeree o i polmoni. Tra le patologie caratterizzate dal burden di salute più elevato vi sono il COVID-19, la polmonite, il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) e l'influenza. **Incidenza.** La stagione 2024-2025 in Italia è stata caratterizzata dalla più elevata circolazione di virus respiratori di sempre, che ha colpito il 27,7% della popolazione. Il picco di incidenza settimanale è stato pari a 17,4 casi per 1.000 assistiti, il secondo valore più alto mai registrato . **Mortalità**. Si stima che annualmente le infezioni respiratorie causino circa 45.000 decessi, soprattutto tra gli anziani e nei bambini al di sotto dei 5 anni di vita. **Burden socioeconomico.** Sulla base di una analisi della letteratura medico-scientifica condotta da TEHA Group, è possibile stimare un costo annuale delle infezioni respiratorie diretto e indiretto per l'economia nazionale pari a circa 7,5 miliardi di euro . Questi costi sono comprensivi dell'utilizzo di risorse sanitarie (ricoveri ospedalieri, accessi ambulatoriali, farmaci e diagnostica), della perdita di produttività (dei pazienti e dei caregiver) e del valore economico degli anni di vita persi per la mortalità causata da queste patologie.

75 European Centre for Disease Prevention and Control, 2025.
76 UN Health Agency, 2024.
77 Sun Y et al. (2024), "Annual Summary of Global Infectious Diseases in 2024". Science Open.
78 TEHA Group (2025), "Infezioni respiratorie: impatti sull'healthy ageing e sui costi del Servizio Sanitario Nazionale".
79 Istituto Superiore di Sanità, 2025.

HIV/AIDS	**Definizione**. La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, nota come AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), rappresenta lo stadio clinico terminale dell'infezione causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV, Human Immunodeficiency Virus). L'HIV è un virus a RNA che appartiene a una particolare famiglia virale, quella dei retrovirus. **Prevalenza.** Secondo stime recenti dell'Inmi Spallanzani di Roma, in Italia sono circa 140.000 le persone che vivono con l'HIV, di cui circa 10.000 sono inconsapevoli del proprio stato di infezione. **Incidenza**. La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, segnalando un aumento dei casi rispetto allo scorso anno: nel 2023 sono state 2.349 le nuove diagnosi, pari a un'incidenza di 4,0 nuove diagnosi ogni 100.000 residenti che hanno riguardato soprattutto la fascia d'età 30-39 anni (9,9 nuovi casi ogni 100.000 residenti) e 25-29 anni (8,6 nuovi casi ogni 100.000 residenti); le nuove diagnosi hanno riguardato gli uomini nel 76% dei casi con un'età mediana pari a 42 anni. Le nuove diagnosi di AIDS notificate nel 2023 sono 532, pari a un'incidenza di 0,9 nuovi casi per 100.000 residenti, con un marcato aumento rispetto al 2020 (+28%) . **Mortalità.** Dal 2017 al 2020 il numero annuale di decessi in persone con AIDS è rimasto pressoché stabile, mentre è diminuito nel 2021 (449 decessi).

Tabella 10. I numeri delle malattie infettive in Italia

Fonte: TEHA Group su fonti varie[80], 2025

A complicare ulteriormente il quadro vi è il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR), che l'OMS considera una delle dieci principali minacce globali alla salute. In Italia, dove il consumo di antibiotici resta tra i più alti in Europa, le infezioni respiratorie – spesso trattate con prescrizioni inappropriate – rappresentano una quota significativa del carico di AMR, con batteri come Streptococcus pneumoniae e Haemophilus influenzae che mostrano livelli crescenti di resistenza[81]. Questo innesca un circolo vizioso: più infezioni respiratorie si registrano, più antibiotici vengono prescritti, alimentando a loro volta l'aumento delle resistenze.

In questo contesto, la vaccinazione si conferma lo strumento di prevenzione più efficace per ridurre il carico delle malattie infettive, contenere la spesa sanitaria e proteggere i soggetti più fragili. Le campagne vaccinali, infatti, non solo prevengono infezioni ad alto impatto (influenza, polmonite pneumococcica, COVID-19, VRS), ma limitano anche le riacutizzazioni di patologie croniche, migliorano la resilienza del sistema sanitario e riducono l'uso inappropriato di antibiotici. Tuttavia, la situazione in Italia per quanto riguarda le campagne vaccinali nell'adulto e nel fragile presentano notevoli criticità con tassi di copertura vaccinale distanti dai valori ottimali fissati dall'OMS (maggiori dettagli sono contenuti nel Capitolo 5 del presente Rapporto).

Con l'obiettivo di informare e sensibilizzare la popolazione sull'importanza della prevenzione, in particolare tramite la vaccinazione, nel 2024 l'Osservatorio Influenza si è rinnovato diventando Osservatorio Virus Respiratori, ampliando così il proprio focus dall'influenza stagionale ad altri virus respiratori come SARS-CoV-2 e RSV.

80 Istituto Superiore di Sanità, 2025; TEHA Group (2025), "Infezioni respiratorie: impatti sull'healthy ageing e sui costi del Servizio Sanitario Nazionale"; ISS EpiCentro, 2024.
81 Ibid.

3.11 LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E L'AMR

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni contratte durante il ricovero in strutture sanitarie o socio-sanitarie, con un impatto significativo in termini di mortalità, disabilità, durata della degenza e costi per i sistemi sanitari e le famiglie. Secondo l'OMS, oltre 1 paziente su 10 ne è colpito, con incidenze ancora maggiori nei Paesi a basso-medio reddito e tra i pazienti più vulnerabili, come quelli in terapia intensiva. In Europa, si stimano oltre 3,5 milioni di casi annui, con più di 90.000 decessi e circa 2,5 milioni di anni di vita persi, un peso superiore a quello di influenza e tubercolosi[82].

I dati dell'ECDC indicano che la prevalenza di pazienti con almeno un'ICA nei Paesi UE/SEE è del 7,1%, mentre in Italia del 9,8%. Le infezioni più frequenti sono quelle del tratto respiratorio (29,3%), del tratto urinario (19,2%) e del sito chirurgico (16,1%). I dati regionali degli ospedali italiani per l'anno 2022 riportano in Toscana una prevalenza di ICA del 7,2%[83], dell'8% in Piemonte e del 10,1% in Lombardia i pazienti ospedalizzati.

Secondo l'ultima indagine di prevalenza puntuale HALT-4 dell'ECDC (2023-2024), nelle strutture di assistenza a lungo termine in Europa il 3,1% dei residenti ha avuto almeno un'ICA. Oltre il 4% stava assumendo antimicrobici, un terzo dei quali a scopo profilattico, e le infezioni più comuni erano urinarie, respiratorie e cutanee[84].

L'ECDC stima, inoltre, che fino al 50% delle ICA potrebbe essere prevenuto con una serie di interventi semplici e poco costosi, come il lavaggio delle mani: una messa in pratica efficace e sistematica delle più semplici misure di prevenzione e controllo delle infezioni che più che dimezza il rischio di mortalità per infezioni da patogeni, riduce le complicazioni a lungo termine e il carico sanitario associati di almeno un terzo e il carico sanitario associato di almeno il 40%.

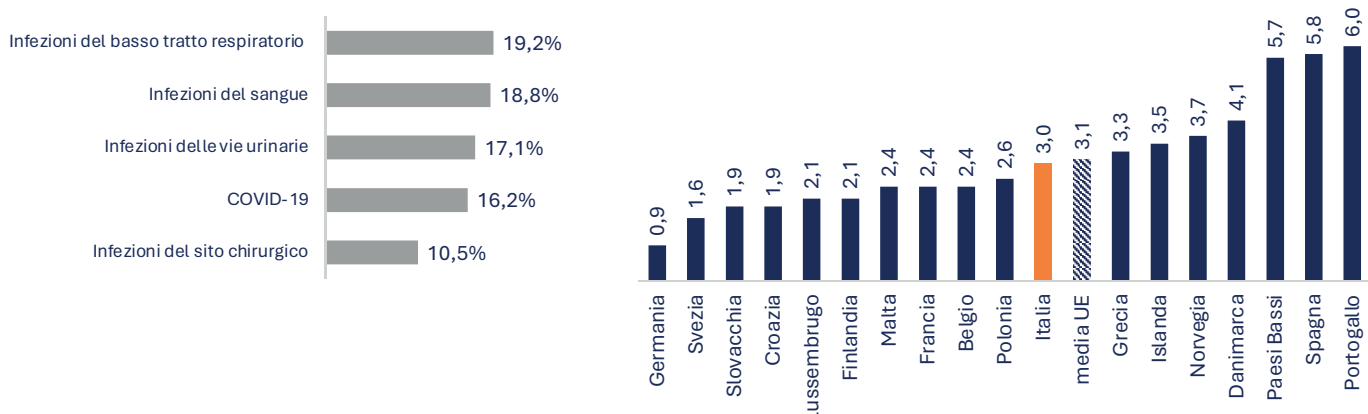


Figura 12. A sinistra: Tipologie di ICA più frequenti (% su totale), 2022.
A destra: Prevalenza di residenti nelle strutture di assistenza a lungo termine con almeno un ICA nei Paesi europei (%) 2023-2024.

Fonte: TEHA Group su dati ECDC e ISS, 2025

82 Dati ECDC, 2025.
83 Regione Toscana (2022), "Studio di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti".
84 ECDC (2025), "Healthcare-associated infections – a threat to residents of long-term care facilities in Europe".

Tuttavia, in Italia si registra una graduale diminuzione del consumo di soluzione idroalcolica dal 2020 al 2023, segnale che l'attenzione all'igiene delle mani dopo la pandemia da COVID-19 sta calando[85]. I consumi si mantengono elevati solo in terapia intensiva dove è richiesta massima attenzione. Purtroppo, nell'1% dei casi queste infezioni sono letali con circa 2.000 decessi annuali[86].

A livello nazionale, negli ultimi anni sono state adottate diverse misure per rafforzare il sistema di sorveglianza delle malattie infettive, tra cui l'inserimento delle ICA, a marzo 2022, nella lista delle malattie sottoposte a sorveglianza nel nuovo Sistema di segnalazione delle malattie infettive. Il rafforzamento della prevenzione e della sorveglianza delle ICA rappresenta, inoltre, uno dei 6 obiettivi generali del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2022-2025 che, proprio per garantire il completamento degli obiettivi nazionali, a luglio 2025 è stato prorogato (fino al 31 dicembre 2026).

Nel 2024 sono stati avviati progetti come "Insieme", un'iniziativa con cui la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) si è proposta come braccio operativo nell'applicazione del PNCAR, uniformando a livello nazionale le politiche di controllo delle infezioni ospedaliere. L'altro progetto avviato dalla stessa è stata la piattaforma clinica "Resistimit", finalizzata a combattere i microrganismi multiresistenti agli antibiotici con due strumenti: la realizzazione di un registro dinamico nazionale inquadrato in un solido sistema di sorveglianza e un software per la messa in rete di questi dati, che tramite intelligenza artificiale diventeranno utile strumento anche per definire futuri scenari.

Tra le principali iniziative del Governo italiano in materia, si segnala un piano di formazione nazionale sulle infezioni ospedaliere rivolto alle risorse umane del SSN, finanziato con 80 milioni di euro tramite il PNRR. Il Piano prevede l'addestramento di quasi 300.000 operatori sanitari entro il 2026; le Regioni hanno già selezionato gli enti erogatori dei corsi e avviato la formazione con l'obiettivo intermedio di formare 150.000 operatori entro il primo semestre 2025.

La diffusione di questo tipo di infezioni è strettamente correlata al fenomeno dell'Antimicrobico Resistenza (AMR), considerata spesso una "pandemia silente" con impatti sociali, economici e sanitari significativi, non solo sulla salute umana, ma anche sulla salute animale, l'agricoltura, la produzione alimentare e gli ecosistemi di tutto il mondo. Le ICA favoriscono lo sviluppo e la diffusione dell'AMR, mentre l'AMR rende le ICA più gravi e difficili da trattare. Per spezzare questo legame, è fondamentale puntare sulla prevenzione delle infezioni e su un uso responsabile degli antimicrobici.

La scoperta e l'impiego degli antibiotici hanno contribuito ad aumentare l'aspettativa di vita media di circa 20 anni[87], riducendo drasticamente la mortalità per malattie infettive[88]. Tuttavia, l'uso eccessivo e inappropriato degli antibiotici ha accelerato la diffusione dell'AMR, con un conseguente aumento delle infezioni da patogeni multiresistenti, dei decessi evitabili, delle degenze ospedaliere e dei costi per i sistemi sanitari. A ciò si aggiunge l'uso esteso di antibiotici in agricoltura e negli allevamenti, che ha contribuito alla contaminazione ambientale, aggravata anche da fattori come l'inquinamento, i cambiamenti climatici e la perdita di biodiversità.

A livello europeo, dopo le riduzioni dell'AMR totale nel 2020 e nel 2021, i tassi sono leggermente risaliti oltre il livello di base del 2019. Tra il 2019 e il 2023 non si osservano tendenze alla diminuzione né a livello complessivo dell'Unione Europea né per singolo Stato membro[89]. In Italia il fenomeno dell'AMR assume dimensioni particolarmente preoccupanti: con un impatto economico stimato in 2,4 miliardi di euro e oltre 12.000 decessi annui attribuibili a infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici, il Paese si posiziona al primo posto in Europa[90].

85 ISS (2025), "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero", Rapporto CSIA.
86 AIFA (2024), "Dossier AIFA Antibiotico-Resistenza".
87 In Italia, ad esempio, i decessi per patologie sensibili alla penicillina sono diminuiti del 58% dal 1947.
88 Alsan, M., Atella, V., Bhattacharya, J., Conti, V., Mejía-Guevara, I., & Miller, G. (2021), "Technological progress and health convergence: the case of penicillin in postwar Italy".
89 ECDC (2024), "Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2023 data".
90 Ibid.

I dati sulla resistenza antimicrobica in Italia confermano un trend in crescita per alcuni patogeni: l'Escherichia coli resistente alle cefalosporine di terza generazione è passato dal 23,8% del 2021 al 26,7% nel 2023, mentre la Klebsiella pneumoniae ha visto un aumento delle resistenze dal 52,7% del 2018 al 55,2% nel 2023. La resistenza alla meticillina in Stafilococco Aureo è diminuita al 26,6%, mentre Enterococco faecium ha mostrato un preoccupante aumento della resistenza arrivando al 32,5%[91].

Sul territorio italiano, nonostante le campagne di sensibilizzazione, l'uso degli antibiotici è ancora elevato con il 35,5% dei pazienti che ne ha ricevuto almeno uno negli ultimi due anni, contro il 32,9% del periodo 2016-17[92]. Nel 2023, infatti, il consumo complessivo di antibiotici sistemici è stato pari a 22,4 dosi ogni mille abitanti (DDD/1.000 abitanti die), con un incremento del 6,4% rispetto al 2022. Oltre il 40,9% dei bambini e quasi il 50% degli over-65 ha ricevuto almeno una prescrizione di antibiotici. Il 76% delle dosi utilizzate è stato erogato dal SSN. Quasi il 90% degli antibiotici rimborsati dal SSN viene erogato sul territorio (in regime di assistenza convenzionata), mentre più di un quarto dei consumi a livello territoriale (26,3%) corrisponde ad acquisti privati di antibiotici rimborsabili dal SSN (classe A).

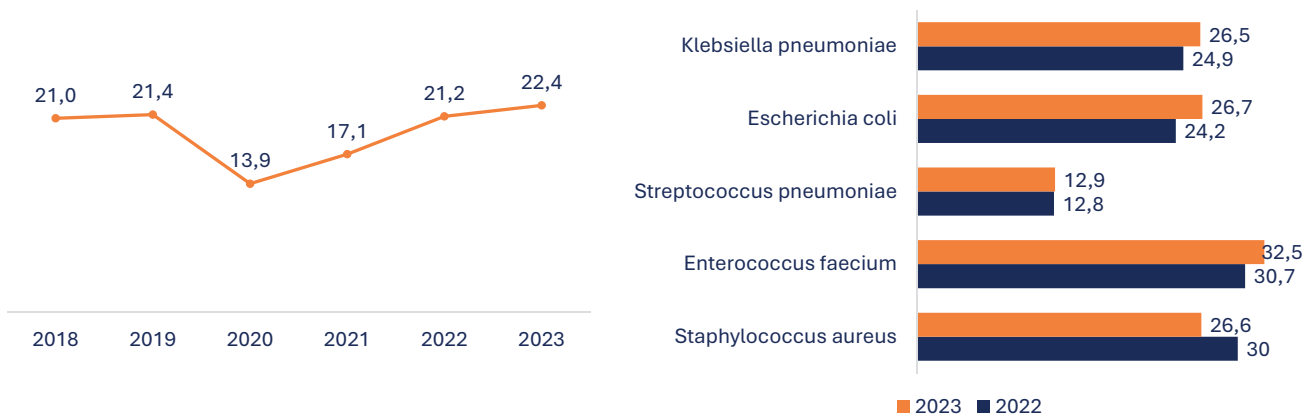


Figura 13. A sinistra: Andamento annuale dei consumi (DDD/1000 abitanti die) di antibiotici per uso sistemico, 2018-2023. A destra: Percentuali di resistenza alle principali classi di antibiotici per alcuni patogeni sotto sorveglianza, 2023.

Fonte: TEHA Group su dati OsMed e AR-ISS, 2025

Il consumo di antibiotici varia notevolmente a livello regionale. Particolarmente preoccupante è l'uso eccessivo di antibiotici ad ampio spettro nel Sud Italia, dove si osserva anche una maggiore prescrizione cautelativa dovuta a ritardi nell'accesso a prestazioni diagnostiche: qui si raggiungono 25,4 dosi giornaliere per 1.000 abitanti, rispetto alle 19,9 del Nord e alle 23,4 del Centro[93]. Il consumo mostra anche una forte stagionalità, con picchi in inverno dovuti all'uso improprio degli antibiotici per trattare infezioni virali come sindromi influenzali, che non ne richiederebbero l'impiego.

91 ISS (2024), "AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza, 2023".
92 AIFA (2025), "L'uso degli antibiotici in Italia - Rapporto Nazionale anno 2023". OsMed Reports.
93 Ibid.

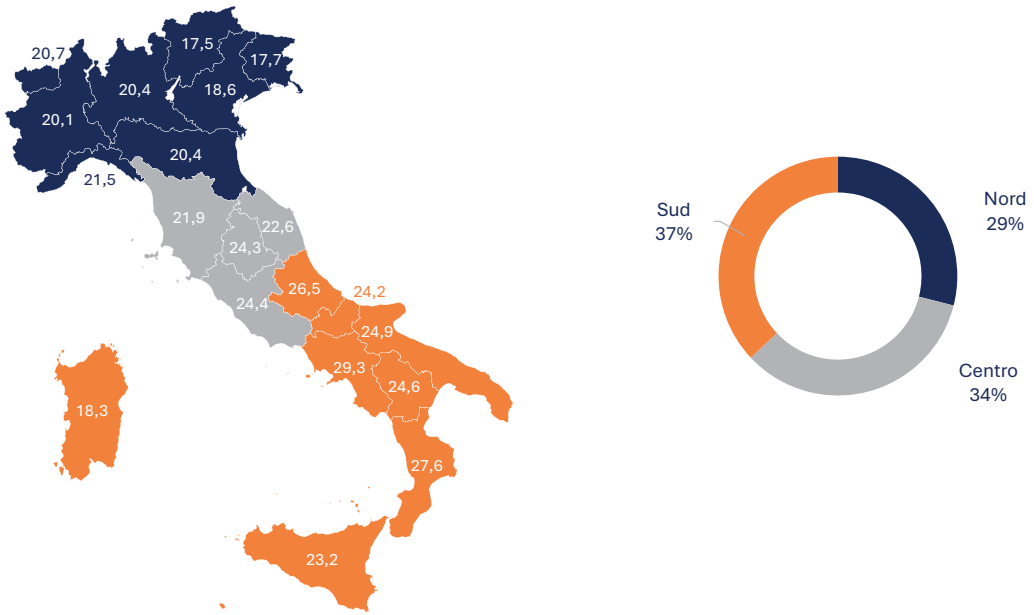


Figura 14. A sinistra: Composizione regionale dei consumi (DDD/1000 abitanti die) totali di antibiotici per uso sistemico, 2023. A destra: Composizione geografica dei consumi (DDD/1000 abitanti die) totali di antibiotici per uso sistemico in Italia, 2023.

Fonte: TEHA Group su dati OsMed, 2025

In questo quadro, i sistemi di sorveglianza nazionali ed europei sono di fondamentale importanza per il monitoraggio della diffusione dell'AMR e la messa a punto di linee guida e piani di azione. Sono stati pubblicati a novembre 2024, i Rapporti di sorveglianza dell'AMR relativi ai dati del 2023 sia a livello europeo, da parte dell'ECDC, che a livello nazionale, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel complesso, le percentuali di resistenza agli antibiotici per le specie batteriche e i farmaci sotto sorveglianza continuano a essere elevate, seppur con alcuni segnali di miglioramento, mettendo in luce la necessità di interventi per migliorare il controllo della prevenzione delle infezioni e le pratiche di antimicrobial stewardship.

In Italia, nell'Atto di Indirizzo per l'anno 2025 del Ministero della Salute uno dei pilastri è il potenziamento della strategia di contrasto all'AMR, in linea con gli esiti del G7 Salute 2024. Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) rappresenta lo strumento principale per promuovere una visione multidisciplinare e coordinata, sia a livello nazionale che internazionale. Tra le misure previste, il rafforzamento della sorveglianza sull'antibiotico-resistenza, l'uso prudente degli antimicrobici nel settore veterinario e la condivisione di dati attraverso piattaforme accessibili. In questo contesto, il Governo ha stanziato 21 milioni di euro per stimolare la ricerca e promuove una campagna di sensibilizzazione sull'uso consapevole degli antibiotici.

Inoltre, AIFA ha proposto una legge che incentivi lo sviluppo di nuovi antibiotici – ostacolato dagli elevati costi e dall'uso limitato previsto – che comprenda strategie "push and pull", semplificando e velocizzando le autorizzazioni, ispirandosi al modello degli orphan drug[94]. Le strategie

94 AIFA (2024), "Dossier AIFA Antibiotico-Resistenza".

"push" e "pull" rappresentano 2 pilastri complementari per stimolare la ricerca, lo sviluppo e la disponibilità di nuovi antibiotici. Le strategie "push" agiscono a monte del processo, riducendo i costi e il rischio di fallimento durante le prime fasi della R&S. Si concretizzano attraverso finanziamenti pubblici diretti, incentivi fiscali, e partenariati pubblico-privati, che sostengono la fase preclinica, la scoperta di nuove molecole, e i primi studi clinici. Le strategie "pull", invece, intervengono a valle, premiando il successo dello sviluppo e garantendo un ritorno economico prevedibile una volta che l'antibiotico è disponibile sul mercato. Combinare in modo efficace queste due strategie è essenziale per costruire un mercato attrattivo e sostenibile per i nuovi antibiotici, assicurando accesso, innovazione e appropriatezza d'uso.

In termini di incentivi push, secondo il Global AMR Research and Development Hub (R&S) lanciato nel maggio 2018, attualmente si contano oltre 17.000 progetti, 16,3 miliardi di dollari investiti da 283 finanziatori dal 2017, e circa 3.500 Organizzazioni di Ricerca in 101 Paesi coinvolti. Per quanto riguarda il contesto degli incentivi pull, la Commissione Europea, con DG HERA, sta sviluppando un progetto pilota con contratti di acquisto anticipato. Nel 2024, anche l'Italia ha introdotto, tramite la Legge di Bilancio 2025, misure di tipo "pull" per sostenere lo sviluppo di antibiotici prioritari, con fondi ad-hoc fino a 100 milioni euro all'anno. La selezione seguirà i criteri OMS e i prodotti avranno accesso diretto al mercato ed esenzione dal payback[95]. Questa norma consente di garantire l'accesso tempestivo a terapie salvavita contro batteri resistenti, sostenendo la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Inoltre, nel 2025 l'Unione Europea ha annunciato un nuovo sistema di monitoraggio per valutare l'efficacia delle politiche contro l'AMR, integrando il Piano d'Azione 2017 con le Raccomandazioni del 2023. Il monitoraggio si basa su indicatori suddivisi in nove aree chiave (es. piani nazionali, uso di antimicrobici, sorveglianza, ricerca, cooperazione UE), pensato per essere flessibile, adattabile ai singoli Stati membri, e usa indicatori già esistenti ove possibile[96]. In contemporanea, l'EMA ha pubblicato la versione finale riveduta delle linee guida per la valutazione dei farmaci destinati al trattamento delle infezioni batteriche, con l'obiettivo di sostenere un approccio globale allo sviluppo di nuovi antimicrobici[97].

95 Per maggiori informazioni si fa riferimento al Capitolo 6.

96 Tetra Tech (2024), "Study on the design of a monitoring framework of the EU One Health Action Plans against AMR and Council Recommendation on stepping up EU actions to combat antimicrobial resistance in a One Health approach".

97 EMA (2022), "Guideline on the evaluation of medicinal products indicated for treatment of bacterial infections"

4. INVESTIRE NELLA SALUTE DELLE DONNE: UNA LEVA PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Investire in salute non è solo essenziale per migliorare la qualità della vita delle persone, ma rappresenta anche una leva strategica per generare benefici sociali ed economici di ampia portata. Quando si guarda alla sola popolazione femminile, l'impatto potenziale di questi investimenti si amplifica ulteriormente: promuovere la salute delle donne non solo contribuisce a colmare le persistenti disuguaglianze di genere e a rispondere a bisogni spesso trascurati, ma attiva ricadute positive sull'intera collettività – uomini inclusi – e sulle generazioni future.

Numerosi studi dimostrano, infatti, che il miglioramento della salute femminile produce effetti benefici anche per la popolazione maschile, in misura più che proporzionale rispetto all'inverso. Alla base di questa relazione vi sono diversi fattori, tra cui il ruolo cruciale che le donne ricoprono nei processi demografici e nei trasferimenti intergenerazionali. Per motivi biologici e sociali, le donne influenzano profondamente la salute della famiglia e della comunità, modellando abitudini alimentari, pratiche di prevenzione e scelte di cura. Si stima, ad esempio, che nel 70-80% dei casi sia proprio la componente femminile a gestire la salute familiare.[1] Maggiori livelli di istruzione e consapevolezza sanitaria tra le donne si traducono quindi in una diffusione più efficace di buone pratiche di prevenzione e cura.

Un altro ambito strategico è quello della prevenzione delle malattie trasmissibili. Programmi mirati alla salute riproduttiva e alla prevenzione di infezioni come HIV e HPV non solo proteggono direttamente le donne, ma contribuiscono anche a ridurre i rischi di trasmissione all'intera popolazione. Inoltre, le donne svolgono un ruolo essenziale nel funzionamento complessivo del sistema sanitario: oltre a fornire la maggior parte dell'assistenza informale nelle famiglie e nelle comunità, costituiscono il 70% della forza lavoro sanitaria a livello globale[2], confermandosi centrali per la salute pubblica.

Come anticipato in apertura, i benefici di questo approccio si estendono anche alle generazioni future, costituendo un potente motore di crescita sostenibile e un fattore di resilienza intergenerazionale. La tutela daella salute e la promozione del benessere delle donne favoriscono infatti migliori condizioni di salute per i figli e contribuiscono a una maggiore mobilità sociale[3], rafforzando così il legame tra benessere femminile e progresso collettivo.

Per liberare questi benefici potenziali è tuttavia essenziale prendere atto e superare diverse sfide ancora aperte. A partire da un paradosso evidente: le donne vivono più a lungo degli uomini, ma nella maggior parte dei casi in condizioni peggiori di salute, con una maggiore morbilità e bisogni sanitari ancora troppo spesso insoddisfatti. Questo divario è il risultato di una serie di fattori strutturali: dalla tendenza storica a usare il corpo maschile come standard nella ricerca e nella pratica clinica, alla carenza di dati disaggregati, fino agli ostacoli nell'accesso a diagnosi tempestive e a terapie adeguate. A ciò si aggiunge un volume storicamente insufficiente di investimenti in ricerca e sviluppo rispetto al reale impatto delle patologie femminili.

Come verrà approfondito nel Capitolo, in termini pratici, il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione femminile passa necessariamente da un rafforzamento della prevenzione, che tenga conto dei fattori di rischio specifici; dalla garanzia di servizi e terapie aderenti alle reali necessità; dalla riduzione degli effetti avversi dei trattamenti e da una maggiore efficacia degli stessi. L'obiettivo finale è dunque quello di aumentare l'aspettativa di vita ma soprattutto gli anni vissuti in buona salute, migliorandone la qualità e riducendo l'attuale carico di disabilità.

1 Matoff-Stepp S, Applebaum B et al. (2014), "Women as health care decision-makers: implications for health care coverage in the United States", J Health Care Poor Underserved e review della letteratura sul tema.
2 Organizzazione Mondiale della Sanità (2019), "Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce".
3 Donkin A (2018), "Improving children's outcomes through an integrated social determinants of health strategy". Institute of Health Equity.

Poiché la salute femminile produce non solo benefici diretti, ma anche impatti sociali ed economici più ampi, diventa ancora più importante destinare risorse adeguate e crescenti ai programmi volti a migliorarla. Interventi mirati e l'implementazione di sistemi sanitari sensibili alle differenze di genere possono sia rafforzare il benessere individuale sia contribuire alla promozione di una maggiore equità. Considerando gli ostacoli che ancora limitano la piena parità tra uomini e donne – basti pensare ai fattori culturali, sociali ed economici che incidono negativamente sulla partecipazione al lavoro, sull'istruzione e sull'emancipazione politica, così come alla maggiore esposizione a cambiamenti climatici, conflitti e crisi – investire nella salute femminile rappresenterebbe un contributo significativo per colmare le disuguaglianze intese in senso più ampio.[4]

4.1 UNA FOTOGRAFIA DELLO STATO DI SALUTE DELLE DONNE IN ITALIA

Negli ultimi due secoli, l'aumento dell'aspettativa di vita a livello globale si è affermato come uno dei traguardi più significativi dal punto di vista sociale e sanitario. Questo risultato è stato reso possibile dai progressi scientifici e tecnologici in ambito medico, dal miglioramento della prevenzione e delle cure, nonché dall'evoluzione delle condizioni igieniche e socio-economiche. Tuttavia, per quanto positiva, questa evidenza non basta da sola a delineare un quadro completo della salute pubblica. Non è infatti sufficiente vivere più a lungo per vivere meglio: è fondamentale che gli anni aggiunti siano caratterizzati da una buona qualità della vita.

Mentre nei Paesi a basso e medio reddito, la mancanza di studi approfonditi rende difficile stabilire se l'aumento della longevità sia stato effettivamente accompagnato da migliori condizioni di salute, nei Paesi ad alto reddito, le ricerche suggeriscono che la riduzione della disabilità non abbia tenuto il passo con l'allungamento della vita. I dati mostrano che la prevalenza delle disabilità più gravi – quelle che, semplificando, richiedono assistenza per attività di base come mangiare o lavarsi – è in lieve diminuzione, ma negli ultimi trent'anni non si sono registrati cambiamenti significativi nelle forme di disabilità meno severe.

Questa dinamica non incide in modo uniforme sull'intera popolazione: quando si analizzano le fasce di popolazione che vivono più a lungo ma con maggiori difficoltà, emergono differenze di genere significative. Specialmente nei Paesi ad alto reddito, le donne risultano maggiormente esposte al rischio di un carico di disabilità elevato. Questa tendenza è evidente anche in Italia, dove, nonostante un'aspettativa di vita più alta rispetto agli uomini, la speranza di "vita sana" risulta sbilanciata a svantaggio delle donne. Nella maggior parte dei casi, infatti, gli anni aggiuntivi della vita femminile sono segnati da malattie croniche e limitazioni funzionali, aggravate da un peggioramento della qualità della vita a causa di condizioni socio-economiche svantaggiose. Carriere lavorative più frammentate, un peso sproporzionato del lavoro di cura e una maggiore esposizione alla povertà in età avanzata – strettamente connessa al fenomeno del pension gap[5] – contribuiscono a rendere la vecchiaia femminile più vulnerabile.

In termini numerici, negli ultimi dieci anni il divario nella speranza di vita alla nascita tra uomini e donne italiani si è progressivamente ridotto, raggiungendo nel 2023 il minimo storico di 4,1 anni (85,2 anni per le donne e 81,1 anni per gli uomini). Allo stesso tempo, a dimostrazione di quanto riportato poco sopra, la speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 60,5 anni per gli uomini e a 57,9 anni per le donne. Anche la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni mostra un quadro simile seppur più contenuto, con gli uomini che, in media, trascorrono circa 10,8 anni in buona salute dopo i 65 anni, mentre le donne 10,5.[6] L'analisi congiunta della speranza di vita alla nascita e della speranza

4 Duflo E (2012), "Women empowerment and economic development". Journal of Economic Literature.

5 Il gender pension gap indica la disparità economica tra uomini e donne nel trattamento pensionistico, risultante dalle differenze retributive accumulate nel corso della vita lavorativa. Secondo dati FABI, nel 2022 le donne pensionate hanno percepito complessivamente 141 miliardi di euro, a fronte dei circa 180 miliardi destinati agli uomini, nonostante le pensionate siano numericamente superiori (8,3 milioni contro 7,8 milioni di uomini).

6 Istituto nazionale di statistica (ISTAT), 2025.

di vita in buona salute evidenzia una differenza importante nella durata degli anni vissuti in condizioni di "cattiva" salute: pari a 27,3 anni per le donne e 20,6 per gli uomini. In percentuale, ciò significa che le donne vivono un terzo della loro vita in condizioni di salute compromessa (32%), un quarto nel caso degli uomini (25,4%).

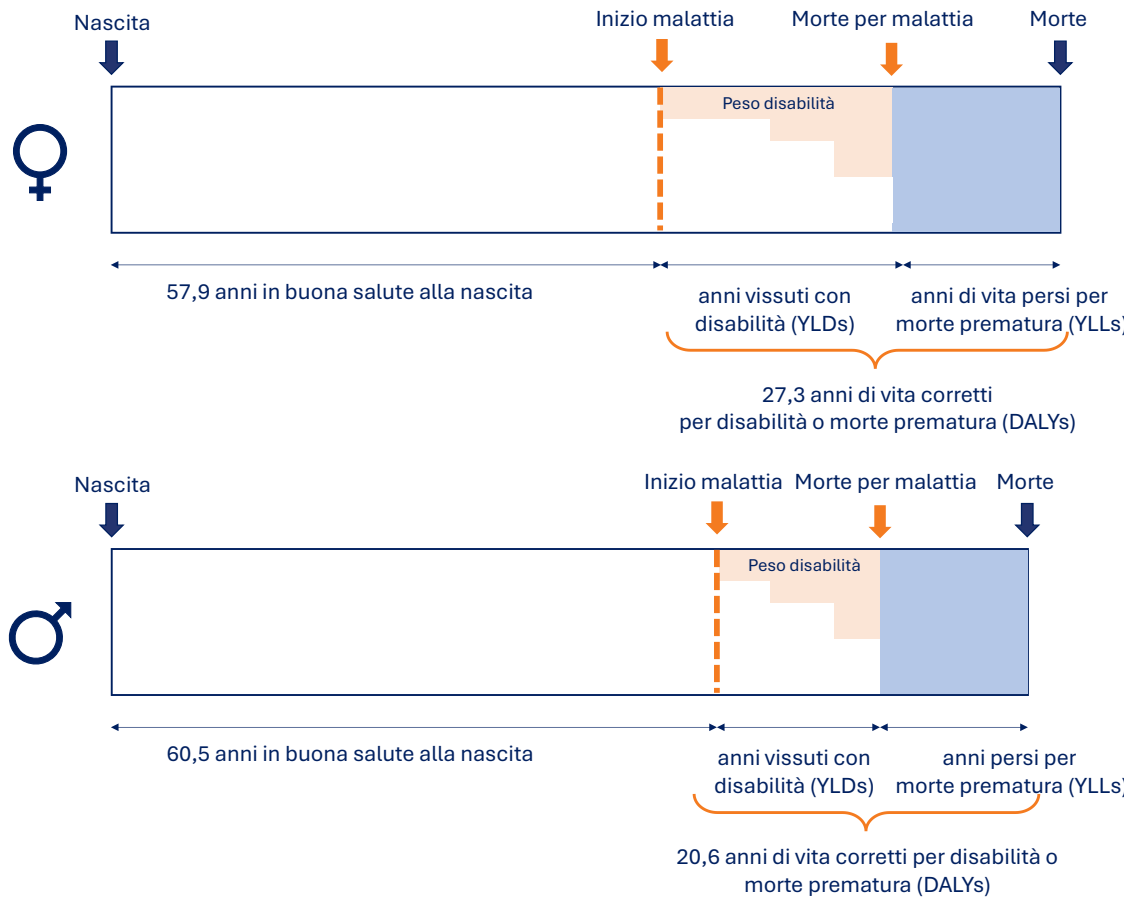


Figura 1. Panoramica dell'aspettativa di vita di donne e uomini in Italia in termini di DALYs, YLDs e YLLs, 2021
Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Per comprendere appieno il quadro complessivo, è fondamentale considerare non solo il risultato finale, ma anche cosa succede lungo "il tragitto". Analizzando la distribuzione del c.d. carico di cattiva salute – ovvero il cumulato del numero di anni di vita persi a causa della malattia, disabilità o morte prematura, sintetizzati nell'indicatore DALY (Disability-Adjusted-Life-Years) – emerge una differenza contenuta ma costante tra donne e uomini compresi tra 10 e 54 anni, con un allargamento del divario che si accentua in maniera significativa in età avanzata. Complessivamente, il gap di burden di malattia tra i sessi, in termini di anni di salute e vita persi, risulta pari al 7,9%.

Guardando poi al dettaglio delle patologie che impattano sulla popolazione femminile, approfondito di seguito, è necessario specificare che circa il 51% dello stesso è attribuibile a malattie comuni a entrambi i sessi, ma che incidono in maniera prevalente o differente sulla popolazione femminile. Questa percentuale comprende quindi patologie che, statisticamente, ricorrono in maniera più frequente nella popolazione femminile – come cefalea, depressione, patologie autoimmuni – responsabili del 47% del burden, e patologie che insorgono nelle donne presentando segni e sintomi differenti rispetto agli uomini, fonte del 4% del burden. È il caso, ad esempio, della fibrillazione atriale (per cui le donne scontano una maggiore frequenza di sintomi e una qualità di vita più scadente, ma anche un rischio di mortalità ridotto[7]) o del tumore al colon (per cui le differenze sono principalmente legate alla diversa attività del sistema immunitario femminile). Guardando alla restante parte, il 43% deriva da patologie che tendono ad avere una prevalenza per lo più simile tra uomini e donne, come nel caso dell'ischemia (seppur con una distribuzione differente nelle diverse fasce d'età), mentre la salute sessuale e riproduttiva, insieme alla salute materna, neonatale e infantile, rappresentano il rimanente 5% del burden sanitario complessivo.

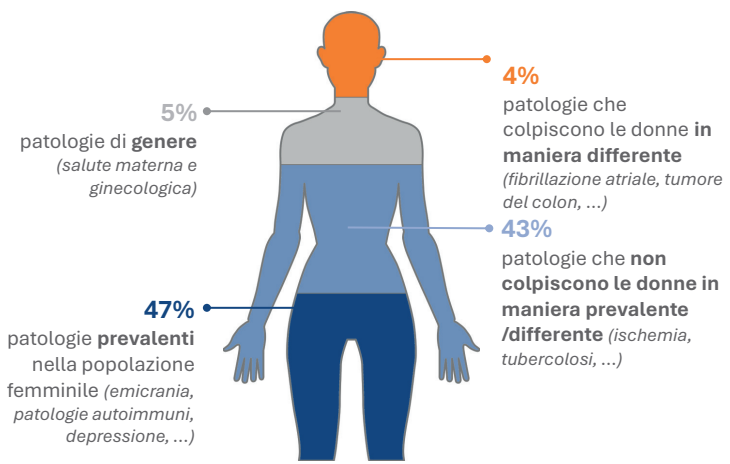


Figura 2. Composizione del burden di salute nella popolazione femminile (% sul totale), 2021
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

Oltre che per comprendere le specificità del burden sanitario femminile, analizzare le principali cause di malattia e mortalità tra uomini e donne è essenziale per identificare le aree di intervento più urgenti. Le differenze di genere nell'incidenza e nell'impatto delle patologie emergono chiaramente dai dati del Global Burden of Disease, che offrono una panoramica della situazione in Italia nel 2021.

7 Piccini J et al. (2016), "Differences in Clinical and Functional Outcomes of Atrial Fibrillation in Women and Men: Two-Year Results From the ORBIT-AF Registry". JAMA Cardiology.

Tra le principali cause di decesso per le donne spiccano: Alzheimer e altre demenze (responsabili del 13,1% dei decessi femminili contro il 5,3% di quelli maschili), cardiopatia ischemica (11,4% per le donne, 13% per gli uomini) e ictus (10,1% per le donne, 7,5% per gli uomini). Se invece si considera l'impatto delle malattie in termini di anni di vita vissuti con disabilità (Years of Life lived with Disability, YLD)[8], le condizioni più rilevanti per le donne sono: lombalgia (11% nelle donne e 10,7% negli uomini), disturbi depressivi (7,1% nelle donne e 5% negli uomini) e disturbi d'ansia (6,4% nelle donne e 4,1% negli uomini).[9]

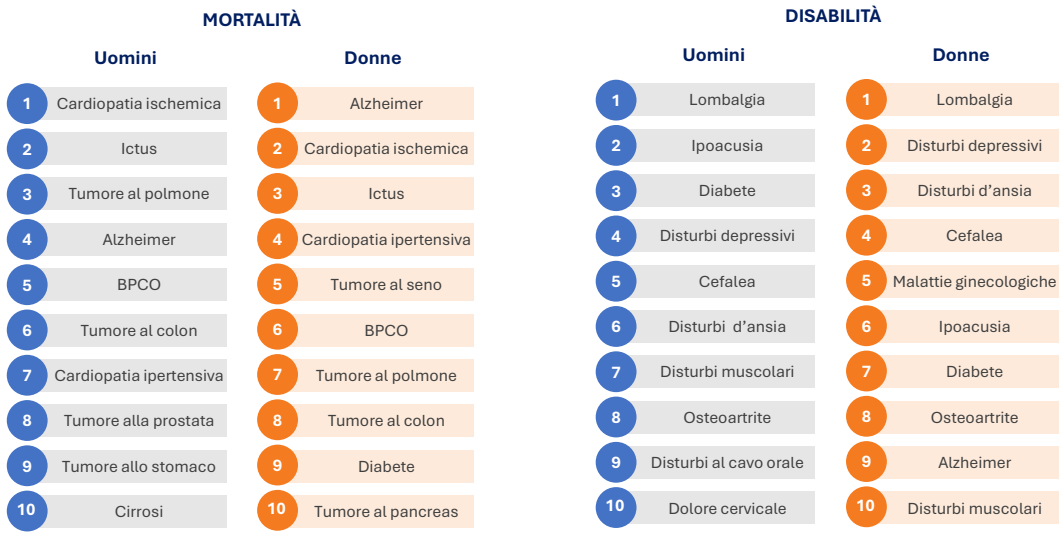


Figura 3. Principali patologie per mortalità e disabilità per genere in Italia (numero di decessi, YLDs), 2021
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

La fotografia attuale mostra, dunque, un ruolo centrale di patologie neurologiche, cardiovascolari e oncologiche, oltre ad una differenza di genere significativa con la maggiore incidenza di patologie croniche e disturbi psichici tra le donne. Guardando all'evoluzione di questo "ranking" negli ultimi 20 anni emergono poi alcuni cambiamenti rilevanti[10], con una transizione epidemiologica in cui le patologie neurodegenerative e quelle legate all'invecchiamento hanno acquisito un peso crescente sia in termini di mortalità che di disabilità. Se infatti nel 2000 la cardiopatia ischemica era la prima causa di decesso, i dati più recenti mostrano un sorpasso da parte dell'Alzheimer e delle altre demenze. Questo potrebbe riflettere sia l'allungamento della vita media femminile che una maggiore consapevolezza e diagnosi di queste patologie. Inoltre, si osserva un aumento dell'incidenza di malattie croniche come la malattia renale cronica e il diabete, mentre alcune patologie tumorali, come il tumore allo stomaco, hanno perso rilevanza.

8 I YLDs rappresentano il numero di anni vissuti con una condizione di salute compromessa a causa di una malattia o di una disabilità.
9 Global Burden of Disease, 2025.
10 Per rendere confrontabili i dati, il ranking non considera i decessi connessi al COVID-19 che, se inserito nella fotografia del 2021, figurerebbe al quarto posto delle principali cause di morte.

Per quanto riguarda le malattie che causano il maggior numero di anni vissuti con disabilità, la lombalgia si posiziona come la principale fonte di sofferenza cronica per le donne. Si nota, in ogni caso, un aumento dell'impatto dei disturbi depressivi e d'ansia, che nel 2021 occupano rispettivamente il secondo e terzo posto della classifica, risultato di un generale peggioramento delle condizioni di benessere psicologico nella popolazione femminile e riflesso dell'impronta lasciata dalla pandemia di COVID-19[11]. Non da ultimo, emerge l'ingresso dell'osteoporosi e dell'Alzheimer tra le cause principali di disabilità.

Considerata la maggiore vulnerabilità delle donne nei confronti di disturbi neurologici, patologie cardiovascolari croniche, depressione e ansia, è fondamentale sottolineare che queste condizioni si presentano spesso in comorbidità, ovvero in situazioni di coesistenza di due o più patologie nello stesso individuo. A questo proposito, i dati evidenziano come il 54,7% delle donne over-75 soffra di tre o più patologie croniche o abbia gravi limitazioni nelle attività quotidiane, rispetto al 40,9% degli uomini. Questo significa che oltre una donna su due in età avanzata, contro circa 4 uomini su 10, vive con condizioni di salute debilitanti a causa di una comorbidità attestata.[12]

Per completare il quadro delle origini del burden di cattiva salute femminile, con una particolare attenzione agli elementi specifici di sesso e genere, è necessario considerare anche la diversa esposizione ai fattori di rischio di tipo sanitario, e le differenze sostanziali che emergono tra donne e uomini in risposta a specificità biologiche, sociali e comportamentali. In Italia, i dati identificano come primi cinque fattori di rischio per la salute femminile la pressione alta, il sovrappeso, i problemi metabolici legati al glucosio, il fumo e la disfunzione renale[13], mentre per gli uomini prevalgono il fumo, la pressione alta, i problemi metabolici, il sovrappeso e il consumo di alcol.[14] Questo suggerisce che, sebbene alcune condizioni siano comuni tra i due sessi, il peso di determinati fattori varia significativamente, con il fumo che risulta il primo rischio per gli uomini, mentre nelle donne si ferma al quarto posto.

L'analisi per fascia d'età evidenzia ulteriori differenze rilevanti. Nelle bambine e adolescenti (5-14 anni), i principali fattori di rischio sono malnutrizione, maltrattamenti e problemi metabolici, evidenziando il ruolo di determinanti socio-economici e ambientali. Nella fascia 15-49 anni, i rischi predominanti diventano fumo, esposizione a rischi occupazionali e sovrappeso, a indicare l'importanza di fattori legati agli stili di vita e alle condizioni lavorative. Dai 50 anni in poi, la condizione di sovrappeso diventa il principale fattore di rischio, seguito da fumo e problemi metabolici, confermando l'impatto crescente di malattie croniche con l'avanzare dell'età.[15]

11 Come è stato ampiamente dimostrato dagli studi realizzati negli ultimi anni, la pandemia di COVID-19 ha causato un aumento dei disturbi d'ansia e depressione maggiore in tutto il mondo, colpendo soprattutto le donne e le fasce più giovani della popolazione.
12 ISTAT, 2025.
13 La disfunzione renale è inclusa da GBD tra i fattori di rischio in quanto condizione fisiologica che aumenta il rischio di mortalità e patologie cardiovascolari, anche in assenza di diagnosi clinica di malattia renale.
14 Global Burden of Disease, 2025.
15 Ibid.

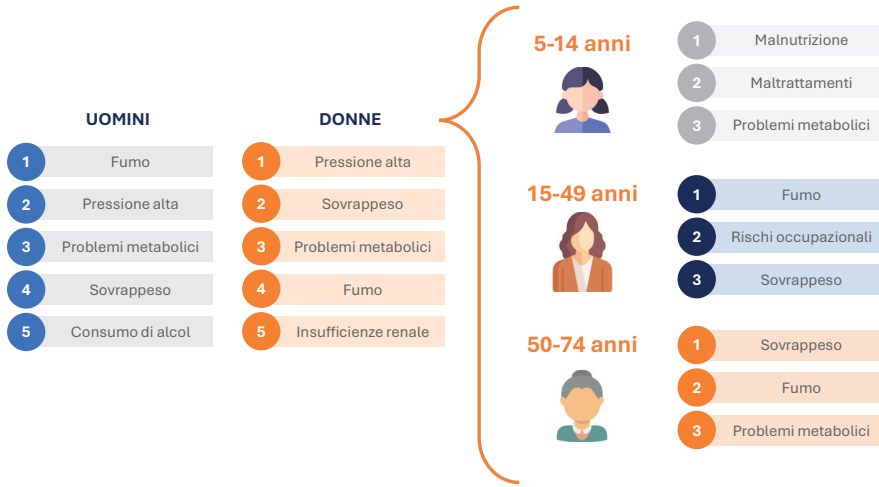


Figura 4. Fattori di rischio per genere in Italia (DALYs) e per fascia di età nelle donne, 2021
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

Per completare il quadro, andrebbero citati anche altri fattori di tipo non sanitario ma prettamente economico e sociale. Questi includono, ad esempio, la violenza domestica, la discriminazione sul posto di lavoro e le pressioni sociali legate al ruolo familiare, "stressor"[16] che aumentano il rischio di sviluppare disturbi mentali oltre che fisici, generando una maggiore vulnerabilità rispetto agli uomini. Anche l'accesso limitato a risorse sanitarie, sia a livello economico che culturale, può aggravare la condizione di salute delle donne.

Da ultimo, è importante sottolineare come la vita riproduttiva delle donne, pur rappresentando una parte fondamentale della loro salute, continui a costituire un elemento critico sia nell'esposizione a rischi strettamente sanitari, come le malattie sessualmente trasmissibili e le complicazioni durante la gravidanza, sia di altro tipo, come una maggiore probabilità di percepire redditi più bassi durante e dopo una gravidanza, di sviluppare profili lavorativi discontinui o poco sicuri, elementi che necessitano di un'attenzione specifica e continuativa nelle politiche sanitarie e sociali.

4.2 IL POTENZIALE INESPRESSO DI SALUTE FEMMINILE E IL SUO VALORE SOCIO-ECONOMICO

Come anticipato in apertura del Capitolo, lo stato di salute femminile, spesso utilizzato come indicatore dello stato di sviluppo e di equità di una società, ha un impatto diretto che riguarda sia il benessere individuale sia la sfera familiare e sociale. Proprio per questi motivi, la salute delle donne rappresenta un driver essenziale per lo sviluppo e la crescita economica di ogni Paese: nei luoghi in cui le donne godono di un migliore stato di salute fisica e mentale, la loro partecipazione all'attività lavorativa risulta più produttiva, con un impatto positivo sulla capacità di risparmio e sulla riduzione del rischio di povertà. Questo non solo migliora la loro qualità di vita, ma consente loro di condurre esistenze più soddisfacenti e autonome.

16 Causa o stimolo che può indurre una condizione di stress.

Sono infatti numerose le evidenze che dimostrano come a condizioni di salute ottimali si associno benefici micro e macroeconomici significativi. Tra questi rientrano l'aumento del livello di scolarizzazione e istruzione, una maggiore partecipazione al mercato del lavoro, una riduzione dell'assenteismo superiore al 60% e un incremento della produttività fino al 22%[17]. A ciò si aggiunge una maggiore capacità di risparmio, un minor rischio di povertà e un invecchiamento più sano e attivo. Un aspetto spesso trascurato, ma cruciale, riguarda poi il lavoro non retribuito, che include la cura dei figli, l'assistenza a familiari anziani o malati e il lavoro domestico. Sebbene non sia adeguatamente valorizzato nelle metriche economiche tradizionali, questo contributo è essenziale per il benessere familiare e sociale e dipende in larga parte dalle condizioni di salute delle donne.[18]

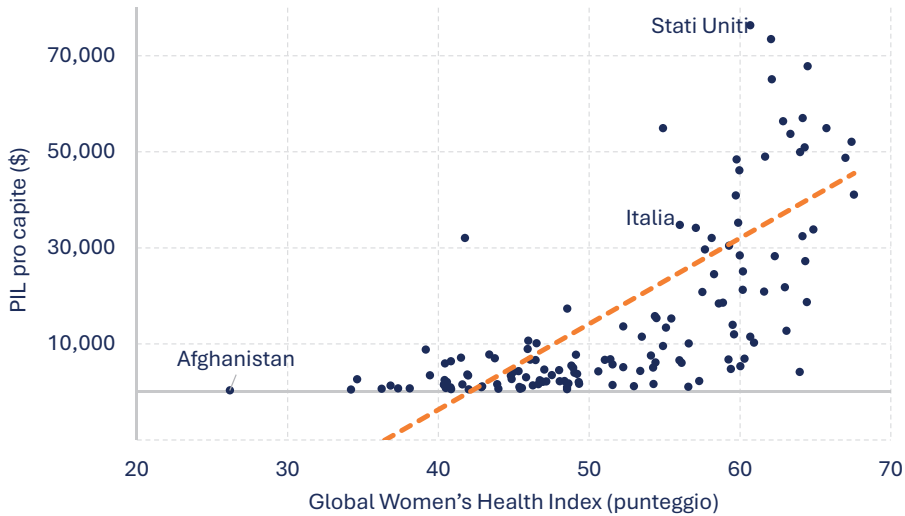


Figura 5. Correlazione tra PIL pro capite e salute delle donne (dollari, punteggio Global Women's Health Index)[19], 2022
Fonte: TEHA Group su dati Global Women's Health Index e World Bank, 2025

17 UNFPA (2024), "Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in the private sector. The case for action and accountability in the workplace".
18 Waring M (2003), "Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. Gender and Development". Gender and Development.
19 L'indice elaborato da Gallup e Hologic analizza lo stato di salute delle donne in 116 Paesi del mondo, coprendo una popolazione di circa 3,5 miliardi di donne over-15. La classifica è stilata in base a 5 criteri fondamentali: assistenza preventiva, bisogni primari, opinioni su salute e sicurezza, salute individuale, salute emotiva/mentale.

L'importanza della prevenzione: alcune esperienze extra-europee

Sebbene rappresenti un indicatore economico rilevante, il PIL non offre una visione completa del benessere di una società, poiché aspetti come la qualità della vita, le disuguaglianze sociali e l'accesso ai servizi essenziali dipendono da molteplici fattori non direttamente misurabili attraverso la crescita economica, oltre al fatto che, senza un'equa distribuzione dei benefici, la crescita economica può anzi esacerbare le disuguaglianze[20]. Di conseguenza, anche la salute della donna va intesa come il risultato di una combinazione di fattori strutturali, sociali e politici.

Questo spiega, almeno in parte, perché in alcuni Paesi con un reddito pro capite relativamente basso – tra cui Cuba, Costa Rica, Cina e Sri Lanka – si osservino livelli di salute femminile superiori alle aspettative economiche. Le esperienze di questi Paesi evidenziano l'importanza di cinque tratti comuni delle diverse politiche sanitarie: un impegno storico per la salute come obiettivo sociale, un orientamento dello sviluppo rivolto al benessere, la partecipazione attiva delle comunità nei processi decisionali rilevanti per la salute, la garanzia di copertura sanitaria universale per tutti i gruppi sociali e la presenza di strategie intersettoriali per la promozione della salute.[21]

Oltre all'accesso universale alle cure sanitarie, in grado di garantire una copertura ampia e accessibile, indipendentemente dalle condizioni economiche individuali, a una larga parte della popolazione, e agli altri fattori precedentemente citati, guardando specificatamente alla popolazione femminile è possibile evidenziare un paio di altri elementi interessanti. In primis, l'investimento nella sanità pubblica e nei programmi di prevenzione. Nonostante un PIL inferiore rispetto a quello dei Paesi occidentali, molti Stati a medio reddito hanno infatti implementato iniziative mirate come campagne di vaccinazione, screening gratuiti, assistenza alla maternità e programmi di prevenzione delle malattie trasmissibili. Anche lo stile di vita e la dieta svolgono un ruolo significativo. In diversi Paesi del Sud-est asiatico, ad esempio, l'alimentazione tradizionale è ricca di verdure e pesce e povera di cibi processati, contribuendo a una minore incidenza di malattie cardiovascolari e obesità. La struttura sociale e familiare rappresenta un ulteriore elemento di rilievo, grazie alla presenza di reti di supporto familiare molto solide e in grado di garantire un'assistenza reciproca, riducendo il rischio di isolamento e trascuratezza sanitaria, in particolare per le donne. Questi fattori possono compensare, almeno in parte, le limitazioni economiche e favorire migliori condizioni di salute per la popolazione femminile.

Se, da un lato, migliori condizioni di salute rappresentano un volano per la crescita socio-economica dei Paesi, dall'altro, per molte donne la salute rappresenta ancora un ostacolo rilevante all'accesso e alla permanenza nel mondo del lavoro. È infatti durante gli anni lavorativi che il carico sanitario assume un peso maggiore (44% guardando al dato nazionale), con ricadute dirette tanto sulla qualità della vita quanto sulla capacità di produrre reddito e di sostenere economicamente sé stesse e le proprie famiglie.

Le malattie croniche, ad esempio, comportano lunghe assenze dal lavoro e fenomeni di "presentismo", in cui le persone, pur recandosi al lavoro, non riescono a esprimere pienamente le proprie capacità, riducendo la produttività. Inoltre, molte donne si trovano a dover portare un "peso" doppio: da un lato, le proprie problematiche di salute; dall'altro, il carico dell'assistenza informale a familiari malati o anziani, un compito che spesso le allontana dal mondo del lavoro.

20 Istituto Superiore di Sanità (2008), "Oms: le disuguaglianze uccidono su larga scala".
21 OMS (2008), "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health".

Secondo le analisi realizzate nel 2025[22] dalla Community Salute delle Donne di TEHA, nel carico di malattia in età lavorativa pesa per oltre 3/4 dell'impatto socio-economico della cattiva salute femminile, complessivamente quantificabile in 144 miliardi di euro all'anno, pari al 6,8% del PIL.[23] Se si considerassero anche le attività di cura informale, il valore di questa perdita sarebbe ancora più elevato.

Da dove partire, dunque, per colmare il divario nella salute femminile e liberare il potenziale economico inespresso? I dati analizzati evidenziano come dieci patologie siano responsabili del 55% del carico totale di malattia tra le donne, percentuale che sale al 66% considerando solo la popolazione in età lavorativa.[24]Tra queste rientrano molte delle malattie citate finora, a partire dai disturbi muscoloscheletrici (voce che comprende lombalgia, osteoartrite, dolore cervicale e altri disturbi di questo tipo), seguiti da ictus e cardiopatia ischemica (da soli responsabili del 10% di tutto il burden di cattiva salute femminile), depressione e ansia. Tra le voci più rilevanti compaiono anche i disturbi degli organi di senso (ipoacusia e disturbi del cavo orale), particolarmente rilevanti per le fasce d'età più avanzate, il diabete, e diverse patologie "tipicamente" femminili, come il tumore al seno e le sindromi da cefalea. I tumori ginecologici si posizionano subito dopo l'ultima voce, all'undicesimo posto del ranking.

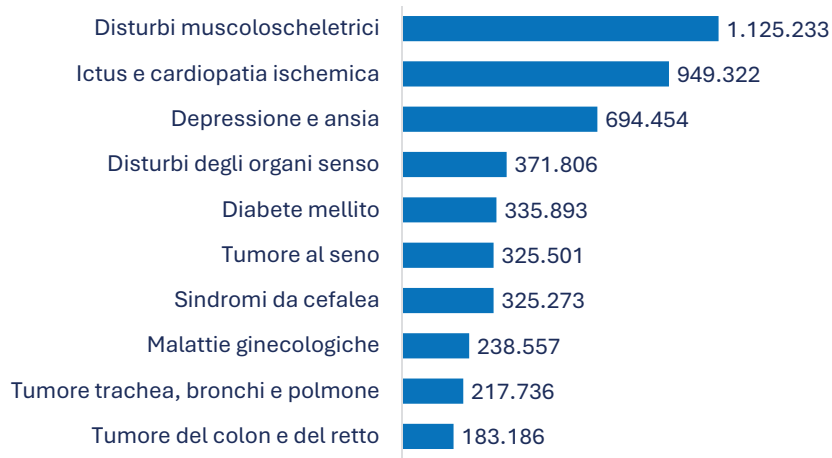


Figura 6. Le 10 patologie più impattanti in termini di DALY sulla popolazione femminile in Italia (numero), 2021
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

22 Le analisi sono state presentate durante il Forum della Community Salute delle Donne, realizzato in collaborazione con Amgen Italia, AstraZeneca, Bayer e Daiichi Sankyo. È possibile approfondire gli ambiti di analisi, la metodologia adottata e altre tematiche inerenti (es. ruolo e salute dei caregiver, donne e disabilità, …) nel Report pubblicato ad aprile 2025 e disponibile al sito: https://healthcare.ambrosetti.eu/salutedelledonne.

23 L'impatto economico è stato calcolato analizzando i DALY per ciascuna fascia d'età della popolazione femminile e associando loro un valore economico, determinato dal Valore Aggiunto generato da ciascuna donna in base all'età (lavorativa o non lavorativa) e allo status occupazionale (occupata o disoccupata). Sommando il tempo perso a causa di una morte prematura e quello vissuto con disabilità, i DALY rappresentano una proxy efficace dell'impatto delle patologie, in particolare quelle croniche.

24 Dall'analisi sono esclusi i DALY associati al COVID-19.

Traducendo questi dati in termini economici, emerge un quadro chiaro: affrontare queste dieci patologie significherebbe agire su quasi la metà dell'impatto economico del burden di malattia femminile.[25] Infatti, il 49% dei costi totali della cattiva salute femminile deriva proprio da queste patologie, una percentuale che sale al 63% se si considerano solo le donne in età lavorativa. Complessivamente, il carico di malattia si traduce in una perdita economica annuale pari al 3,3% del PIL nazionale.



Figura 7. Costo del burden delle prime 10 patologie più impattanti in termini di DALY sulla popolazione femminile in Italia (€ miliardi), 2021
Fonte: TEHA su dati Global Burden of Disease e ISTAT, 2025

Partendo da questa premessa e ipotizzando una situazione di omogeneità territoriale, è stata condotta una simulazione per valutare l'impatto di un intervento mirato sulle dieci patologie chiave. Per stimare il potenziale di salute inespresso, TEHA ha effettuato una revisione della letteratura sugli interventi sanitari relativi a queste patologie, concentrandosi su strategie di prevenzione, diagnosi e cura. Gli interventi sono stati selezionati sulla base di linee guida di riferimento nazionali e internazionali. Per ciascuno, l'analisi ha valutato la potenziale riduzione della disabilità e della mortalità (espressa in DALY), tenendo conto delle differenze di genere.[26]

I risultati dell'analisi mostrano che agire su queste aree attraverso l'implementazione di un mix di interventi di prevenzione (stili di vita, screening, immunizzazione), diagnosi tempestiva e cure adeguate – potrebbe liberare un potenziale economico pari al 2% del PIL. Il modello stima una riduzione complessiva del burden di cattiva salute del 31,2%, corrispondente a un recupero di circa 44 miliardi di euro annui in termini di costi economici.

25 Considerata solo la popolazione in età lavorativa e una partecipazione parziale all'attività lavorativa del 40%. Dall'analisi sono stati esclusi i DALY associati al COVID-19.
26 Tutti gli studi utilizzati per la realizzazione delle analisi sono riportati in Bibliografia.



Figura 8. Modello di stima del potenziale di salute inespresso della «Community delle Donne» di TEHA (milioni di DALY), perimetro annuale
Fonte: TEHA su dati Global Burden of Disease e fonti varie, 2025

L'analisi non include una stima del valore economico necessario per l'implementazione di questi interventi. Tuttavia, data la loro natura, è possibile ipotizzare che si tratti di un investimento iniziale relativamente contenuto, focalizzato sulla prevenzione e sull'assistenza sanitaria mirata. La scelta degli interventi è stata infatti guidata da un principio di costo-efficacia, privilegiando misure in grado di colmare le lacune delle iniziative già esistenti. Un esempio è rappresentato dallo screening mammografico e del colon-retto, per i quali l'OMS raccomanda una copertura minima del 70% della popolazione target per garantirne l'efficacia.[27]

Interventi di questo tipo comporterebbero quindi un investimento iniziale limitato, soprattutto nei casi in cui il servizio e le infrastrutture per la loro erogazione siano già presenti, e un beneficio significativo nel medio-lungo periodo.

4.3 LA MEDICINA DI GENERE COME OBIETTIVO DI SALUTE PUBBLICA

Per liberare il potenziale precedentemente descritto e favorire la diffusione omogenea e capillare di interventi di prevenzione (stili di vita, screening, vaccinazioni), diagnosi tempestive e terapie efficaci, è fondamentale adottare pienamente lo strumento cardine della medicina di genere. Questo approccio riconosce che sesso e genere influenzano in modo profondo ogni dimensione della salute: dalla percezione del dolore alla gestione della malattia, dalla risposta alle terapie all'accesso alle cure, fino all'interazione con il sistema sanitario.

Nonostante sia oramai ampiamente riconosciuto che la salute non è "neutra", la conoscenza e la crescente consapevolezza dell'influenza profonda dei fattori biologici, socio-economici e culturali connessi ai concetti di sesso e genere è ancora molto recente. Per secoli, infatti, la medicina ha adottato l'uomo come modello universale, trascurando le differenze e le specificità femminili. La Medicina di Genere nasce proprio per colmare questa lacuna e compiere un passo ulteriore: riconoscere che nelle differenze tra uomini e donne il sesso biologico è un fattore chiave ma non l'unico. Sono anche i fattori ambientali, economici, sociali e culturali a plasmare il modo in cui ciascun individuo interagisce con l'ambiente circostante, si ammala e guarisce.

27 Parlamento Europeo (2021), "Background note on screening and early diagnosis of cancer".

Ignorare la loro presenza e soprattutto la loro influenza significa compromettere il diritto fondamentale alla salute, che deve essere personalizzato e garantito a tutti, fin dalla nascita. Questo appare ancora più evidente in un contesto in cui la medicina personalizzata, supportata da nuove tecnologie e soluzioni innovative, sta assumendo un ruolo sempre più centrale per la salute presente e del futuro. In questo scenario, le differenze di sesso e genere emergono tra gli elementi più evidenti e determinanti, quasi troppo "scontati" per essere trascurati. Perché sia davvero personalizzata, la medicina non può quindi prescindere dall'essere in primis una medicina di genere.

Tornando alle origini della medicina di genere, o più precisamente della "Medicina Genere-Specifica", la prima definizione arriva dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e risale al 2008, anno in cui viene descritta come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Nello specifico, l'OMS definisce il "genere" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso. In particolare, le diversità nei generi si manifestano:

- nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati;
- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, ecc.[28]

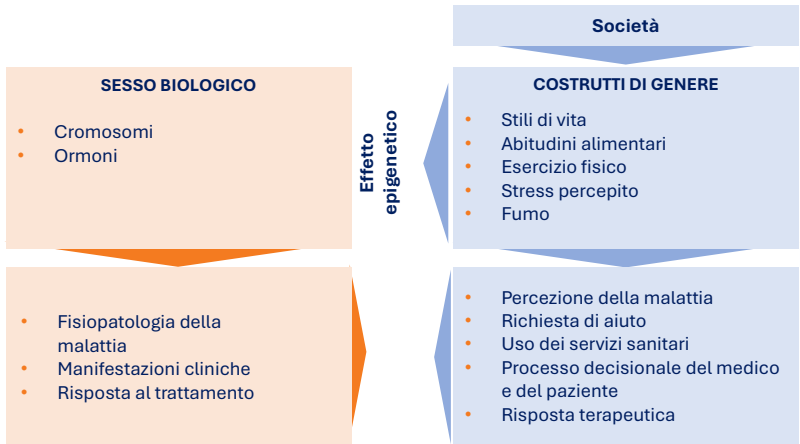


Figura 9. Relazione tra sesso e genere nella salute, nelle malattie e nella medicina
Fonte: TEHA Group su dati Mauvais-Jarvis F et al. (2020), "Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine." The Lancet, 2025

28 Mauvais-Jarvis F et al. (2024), "Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine." The Lancet.

Tra i diversi ambiti della medicina di genere, la ricerca è senza dubbio quello in cui si è assistito a un'evoluzione più marcata, sebbene persistano ancora numerose criticità aperte. È stato ormai dimostrato che, a livello cellulare, diversi fattori (genetici, epigenetici, ormonali e ambientali) sono alla base delle differenze esistenti tra cellule maschili e femminili. Questo ha portato a una crescente consapevolezza della necessità di integrare l'approccio di genere in tutte le fasi della ricerca sperimentale: a livello internazionale, le principali istituzioni scientifiche e regolatorie hanno quindi introdotto linee guida specifiche per rendere la ricerca più inclusiva, accurata ed efficace.

Fino a qualche decennio fa, gli studi clinici e preclinici (sia in vitro che in vivo) trascuravano queste differenze, con una prevalenza di soggetti studiati di genere maschile e l'assenza di informazioni sul sesso nelle linee cellulari e sugli animali utilizzati.[29] Oggi risulta fondamentale integrare i parametri di sesso e genere non solo nell'analisi dei dati, ma già nella fase di progettazione degli studi. L'approccio della medicina di genere, in ogni caso, si estende ben oltre la ricerca, ed oggi trova crescente applicazione, più o meno marcata, anche in altri ambiti sanitari: dalla promozione della salute e prevenzione delle malattie, fino alla gestione della cattiva salute e delle terapie.

Infine, è importante sottolineare come oltre a rappresentare una nuova dimensione trasversale da considerare in tutte le specialità mediche, la medicina di genere sia un approccio da integrare anche nelle diverse politiche pubbliche. Ciò significa garantire che le differenze di sesso e genere – così come quelle di altro tipo – siano tenute in conto in ogni strategia e azione, al fine di garantire che le esigenze di tutti i gruppi siano rispettate e integrate.

Uno sguardo al futuro della Medicina di Genere

Per evolvere dalla teoria alla pratica di un approccio che sia realmente sensibile alle differenze di sesso e genere, la produzione e la raccolta di dati rappresenta una leva fondamentale. La raccolta e la disponibilità di dati disaggregati per sesso e genere, infatti, non solo permette di migliorare la comprensione delle malattie, ma anche di affinare l'approccio terapeutico e prevenire disparità nella cura. Un potenziamento dell'utilizzo dei dati, infatti, permetterebbe una stima più precisa del carico sanitario, con ricadute potenzialmente positive sia sulla qualità dell'assistenza che sul livello di innovazione e investimento destinato alla salute femminile.

In questo contesto, il mondo digitale e l'intelligenza artificiale offrono un potenziale enorme per ottimizzare la diagnosi e i trattamenti. Dispositivi medici (come protesi, valvole cardiache e protesi ortopediche), e terapie farmacologiche devono essere progettati sulla base di questi dati per rispondere alle diverse necessità di ogni paziente. Modelli innovativi possono poi essere adottati con importanti benefici nella definizione dell'approccio clinico, nella discussione del piano di cura e nella condivisione degli indicatori di outcome. L'utilizzo di strumenti digitali, ad esempio, può favorire la conoscenza e l'integrazione del vissuto della paziente, rendendo l'intero processo sanitario maggiormente centrato sulle reali esigenze individuali.

Sempre in questa logica, è importante sottolineare che l'approccio della medicina di genere si sta spostando sempre di più verso una "Medicina delle Differenze", capace di abbracciare tutte le diversità individuali, compresi sesso e genere, per garantire cure sempre più personalizzate ed efficaci. Tra queste rientrano fattori come età, etnia e stili di vita. È infatti essenziale sottolineare che la medicina di genere non può e non deve essere relegata esclusivamente alla salute femminile, né tanto meno essere etichettata come una 'medicina per le donne'. Al contrario, essa rappresenta un approccio finalizzato a riconoscere e integrare le differenze e le caratteristiche specifiche di ogni individuo, superando quindi la visione che per molti anni ha classificato le donne come un 'sottogruppo' della popolazione generale.

L'attuale evoluzione della medicina di genere in medicina delle differenze evidenzia, inoltre, nuove ed interessanti opportunità derivanti dall'ampliamento del raggio di studio e d'azione ad altre categorie e fasce di popolazione, come anziani, bambini e persone transgender.

29 Istituto Superiore di Sanità (2021), "Medicina di genere".

4.3.1 Il quadro dell'Italia nel contesto internazionale, tra primi passi e ultimi provvedimenti

Negli ultimi anni, sono stati compiuti importanti passi avanti nella formalizzazione della medicina di genere a livello internazionale. Diverse istituzioni sovranazionali hanno riconosciuto la necessità di integrare sistematicamente le differenze di sesso e genere nelle politiche sanitarie, nella ricerca e nella pratica clinica, promuovendo un approccio più equo e mirato alle cure.

A livello globale, l'OMS ha svolto un ruolo chiave nel promuovere la medicina di genere. Già nel 2000, ha incluso questo approccio nel documento "Equity Act", sottolineando l'importanza di cure adeguate e appropriate che considerino non solo il sesso biologico, ma anche le differenze di genere. Nel 2002, ha istituito il Dipartimento per il Genere e la Salute della Donna, con l'obiettivo di orientare le politiche sanitarie in modo più sensibile al genere. Nel 2007, tra gli obiettivi dell'organizzazione è stata introdotta la promozione di strategie nazionali e programmi di formazione in medicina di genere, insieme allo sviluppo di farmaci e terapie più adatti alle specificità di genere.

Anche l'Unione Europea ha integrato progressivamente questo approccio nelle proprie strategie sanitarie. Il Programma UE per la Salute 2021-2027 sostiene la ricerca medica basata sul genere e promuove azioni volte a ridurre le disuguaglianze tra uomini e donne. In parallelo, la Strategia per la parità di genere 2020-2025 della Commissione Europea mira a incorporare l'equità di genere in tutte le politiche, comprese quelle sanitarie, con particolare attenzione alla salute sessuale e riproduttiva.

Nel contesto del Parlamento Europeo, degna di nota è poi la recente ricostituzione di un intergruppo trasversale "MEPs for Women's Health", che riunisce eurodeputati di diversi gruppi politici impegnati a rafforzare le politiche sulla salute femminile. L'iniziativa mira a garantire l'accesso a cure di qualità e a promuovere sistemi sanitari più attenti alle differenze di genere. In questo ambito, l'8 marzo 2025, in occasione della Giornata Internazionale della Donna, il Comitato per la Salute Pubblica del Parlamento Europeo (SANT) ha lanciato una consultazione pubblica per raccogliere esperienze e proposte utili a orientare le future attività del Parlamento in materia di salute femminile.[30]

Guardando al contesto nazionale, anche l'Italia ha compiuto passi significativi nel riconoscere e istituzionalizzare la medicina di genere. Negli ultimi anni, il Paese si è distinto nel panorama internazionale per l'adozione di strumenti normativi e operativi che mirano a integrare sistematicamente le differenze di genere nelle politiche sanitarie. Nel 2019, in particolare, l'Italia è stato il primo Paese al mondo a dotarsi di una legge e di un piano dedicati alla promozione della medicina di genere, grazie a un percorso avviato nei primi anni Duemila dal Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), AIFA e AGENAS. Questo impegno congiunto ha portato all'elaborazione di linee guida per le sperimentazioni cliniche e farmacologiche con approccio di genere, al finanziamento di progetti di ricerca e alla diffusione di una maggiore consapevolezza sul tema.

Tra le tappe più rilevanti, si segnala l'istituzione nel 2017 del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere presso l'ISS[31], che insieme al Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), ha dato vita alla Rete Italiana per la Medicina di Genere. Alla Rete partecipano attivamente anche altri attori, tra cui la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Medici Internisti (FADOI) e la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

Un punto di svolta normativo è rappresentato dalla Legge 3/2018, che per la prima volta in Europa ha introdotto l'attenzione al genere nei percorsi diagnostico-terapeutici e nella sperimentazione clinica dei farmaci, così come nella formazione e nell'informazione ai cittadini. Il

30 EU Survey (2025), "Women's Health - Public Consultation of the EP Committee on Public Health".

31 Il Centro, organizzato in due reparti dedicati rispettivamente alla fisiopatologia genere-specifica e alla prevenzione e salute di genere, nasce con l'obiettivo di promuovere, condurre e coordinare attività nell'ambito sanitario di ricerca, comunicazione, divulgazione, formazione e networking, che tengano conto dei differenti bisogni di salute della popolazione dovuti a differenze di sesso e di genere.

Decreto Attuativo del 13 giugno 2019[32] ha ufficializzato il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, coinvolgendo un tavolo tecnico-scientifico con rappresentanti regionali e IRCCS, e sancendo l'impegno verso una medicina più personalizzata e centrata sulla persona. A completare il quadro, nel 2020 è stato attivato l'Osservatorio sulla Medicina di Genere, incaricato di monitorare l'attuazione del Piano e supportare la relazione annuale del Ministro della Salute alle Camere. Questo impulso ha generato un effetto moltiplicatore anche tra le società scientifiche, molte delle quali – come SIR e SIP – hanno istituito gruppi di lavoro dedicati. Parallelamente, numerose Regioni hanno integrato l'approccio di genere nei propri piani socio-sanitari, attivando tavoli tecnici, percorsi formativi e centri di riferimento, così come è aumentato il numero di ambulatori di genere, eventi scientifici e momenti di confronto pubblico, a testimonianza di una crescente attenzione istituzionale e scientifica sul tema.

Ulteriori passi avanti sono arrivati con l'approvazione del Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere, rivolto a università e Sistema Sanitario Nazionale, e con l'integrazione della prospettiva di genere nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), con strategie mirate su patologie a forte impatto di genere (cardiovascolari, oncologiche, autoimmuni), e nel Piano Nazionale per la Cronicità. Anche AIFA ha avviato programmi di farmacovigilanza per monitorare sicurezza ed efficacia dei farmaci nelle donne, colmando il divario negli studi clinici.

Come dimostrano anche gli esempi riportati, un impegno coordinato tra istituzioni, mondo scientifico e società civile è essenziale non solo per il consolidamento della medicina di genere ma anche per un'accelerazione nella sua adozione. Senza dimenticare che, per superare le disuguaglianze di genere, questo processo deve andare di pari passo con un cambiamento culturale e strutturale che riguarda le politiche pubbliche in senso più ampio, attraverso l'integrazione di un principio che potrebbe essere definito "Gender in all policies".

4.4 PRIORITÀ DI INVESTIMENTO IN PREVENZIONE, RICERCA E INNOVAZIONE

Dopo aver delineato lo stato di salute delle donne in Italia e sottolineato il valore dell'approccio della Medicina di Genere nel migliorare l'equità e l'efficacia dell'assistenza, è necessario soffermarsi su quali siano oggi le reali priorità di intervento. Investire in prevenzione, ricerca e innovazione costituisce un passaggio imprescindibile per colmare i divari ancora esistenti e rispondere in modo più adeguato ai bisogni specifici della salute femminile.

Quando la salute delle donne resta ai margini delle agende politiche e scientifiche, infatti, anche le opportunità per migliorare la loro qualità della vita rischiano di essere trascurate. Negli ultimi anni si è registrata una crescente consapevolezza di questa criticità, che ha spinto verso un'attenzione più marcata alla salute femminile in ambito sanitario, nella ricerca e nella pianificazione degli investimenti. Tuttavia, restano ampie aree di miglioramento.

Per costruire un sistema sanitario più equo è essenziale definire con chiarezza le priorità di investimento, promuovendo un approccio mirato che colmi le attuali lacune. La ricerca biomedica e clinica, infatti, ha a lungo adottato modelli standardizzati basati prevalentemente su soggetti maschili, portando a una comprensione parziale delle differenze di genere nelle manifestazioni cliniche, nella risposta ai farmaci e nei fattori di rischio.

Un'analisi condotta da TEHA sugli investimenti europei in ricerca relativi alle dieci principali patologie che colpiscono la popolazione femminile[33], rapportati al carico di malattia (espresso in DALY), evidenzia forti squilibri. Solo alcune malattie, come Alzheimer e diabete, ricevono investimenti proporzionati al loro impatto. Al contrario, patologie ad alta prevalenza femminile – come le cefalee, i disturbi depressivi

32 Ministero della Salute (2019), "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere".
33 I dati sono stati estratti dal World RePORT elaborato dall'OMS.

e d'ansia, i tumori e le malattie ginecologiche – risultano ancora fortemente sottofinanziate. Senza sottrarre risorse ad altri ambiti, appare tuttavia urgente aumentare gli investimenti in ricerca e sviluppo per condizioni che colpiscono in modo marcato la salute femminile. Tra queste: endometriosi, sindrome premestruale, menopausa, sindrome dell'ovaio policistico, nonché patologie legate alla gravidanza, spesso associate a sofferenza significativa e disabilità temporanea o cronica.

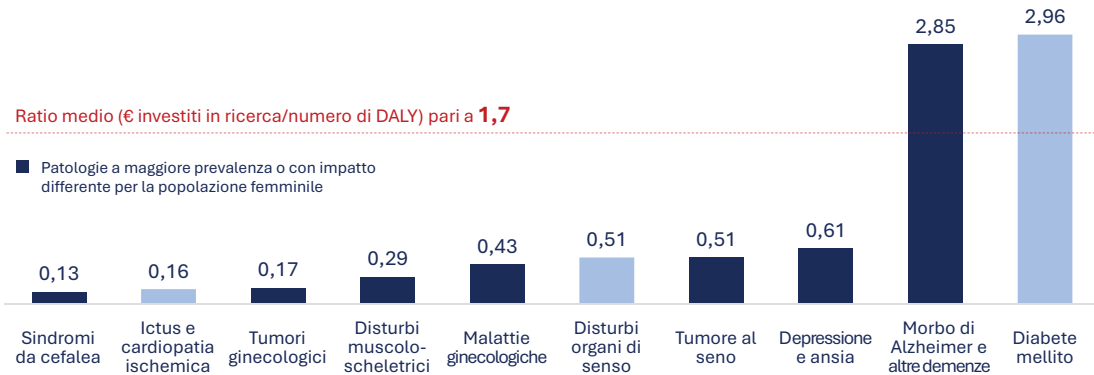


Figura 10. Ratio tra gli investimenti in ricerca e i DALY relativi alle 10 patologie maggiormente impattanti sulla popolazione femminile in Europa (ratio €/numero di DALY), 2022 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease e OMS, 2025

A livello strutturale, permane inoltre un limite sistemico: la maggior parte degli investimenti è storicamente orientata alla riduzione della mortalità, trascurando condizioni invalidanti che compromettono profondamente la qualità della vita. Ciò penalizza in particolare le donne, spesso affette da patologie croniche non letali ma altamente debilitanti, come artrite reumatoide, fibromi uterini e altre malattie ginecologiche. Ripensare i criteri di priorità, includendo il peso della disabilità e del benessere quotidiano, è cruciale per una sanità più equa e centrata sulla persona.

A questo si aggiunge un tema centrale per la ricerca: la persistente sottorappresentazione femminile negli studi clinici, nonostante le donne rappresentino oltre la metà della popolazione e siano spesso maggiormente colpite da determinate patologie. Nei trial clinici su malattie cardiovascolari, oncologiche e psichiatriche, la partecipazione femminile resta sotto il 40%, rendendo difficile acquisire dati affidabili sulle differenze di genere nella risposta ai trattamenti.

Questo squilibrio è il risultato di una combinazione di fattori: da un lato, l'errata convinzione che uomini e donne siano biologicamente simili, salvo per patologie legate alla sfera riproduttiva; dall'altro, motivazioni biologiche, etiche, culturali ed economiche che hanno limitato – e in parte ancora limitano – il coinvolgimento femminile. Le fluttuazioni ormonali, ad esempio, possono influenzare l'assorbimento e la risposta ai farmaci, rendendo più complessa la progettazione di studi ad alta rappresentatività. Vi sono poi timori etici legati alla possibile gravidanza durante i trial, oltre a ostacoli pratici: le donne spesso faticano a conciliare gli impegni richiesti dalla ricerca con quelli familiari e lavorativi.

Sul piano normativo, sono stati compiuti alcuni passi avanti. Negli Stati Uniti, le prime linee guida per l'inclusione femminile nella ricerca clinica risalgono agli anni '90.[34] A distanza di 30 anni, tuttavia, la situazione attuale appare in profonda evoluzione. Dopo un aggiornamento

34 Salvo alcune limitatissime patologie tipicamente femminili, fino al 1993 le donne sono state escluse dagli studi sulla sperimentazione dei farmaci.

delle linee guida annunciato dalla FDA nel 2024 per migliorare la rappresentanza nei trial, l'amministrazione Trump ha temporaneamente ritirato il documento, definendolo espressione di "un'ideologia di genere". Solo successivamente le indicazioni sono state ripristinate.[35]

In Europa, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha riconosciuto da tempo la necessità di integrare considerazioni di genere nei trial clinici. Le prime linee guida specifiche risalgono al 2005, ma oggi l'evoluzione normativa è affidata ai singoli Stati membri e alle società scientifiche.[36] In Italia, l'AIFA ha istituito già nel 2011 un gruppo di lavoro su farmaci e genere, evidenziando l'inadeguatezza delle metodologie adottate e la scarsa presenza femminile negli studi. La Legge 3/2018 ha poi sancito l'integrazione della medicina di genere nel SSN, mentre nel 2023 l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato nuove linee di indirizzo dedicate alla ricerca preclinica e clinica.

Nonostante i progressi normativi, la piena applicazione nella pratica clinica rimane ancora parziale. Oggi il 90% dei trial è aperto a entrambi i sessi, ma la presenza femminile è tuttora inferiore, soprattutto nelle fasi iniziali della sperimentazione. In Italia, nel 2015 le donne rappresentavano solo il 2,8% nei trial di fase I e II; oggi, nelle fasi III, raramente si supera il 20%.[37]

Questa bassa partecipazione, unita al maggior consumo di farmaci, espone le donne a un rischio più elevato di effetti collaterali.[38] A ciò si somma una bassa consapevolezza tra i professionisti sanitari delle differenze legate al sesso e al genere nella risposta ai trattamenti, anche a causa di un'educazione medica che ancora non valorizza adeguatamente questi aspetti. Accanto alla ricerca, educazione sanitaria e formazione professionale costituiscono un'altra area chiave di intervento. Molte donne non hanno piena consapevolezza di sintomi e condizioni che meritano attenzione medica, come mestruazioni dolorose, endometriosi o fibromi uterini. Questo porta a ritardi nella diagnosi e nel trattamento, con conseguenze importanti sulla qualità della vita.

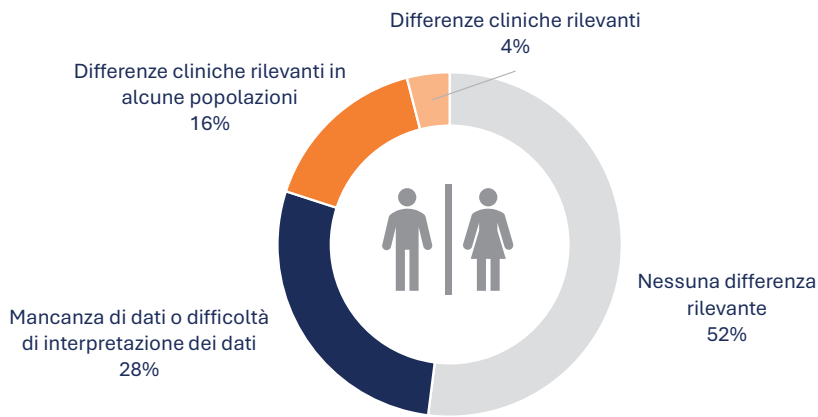


Figura 11. Differenze di sesso e genere nel trattamento farmacologico (% sul totale), 2023
Fonte: TEHA Group su dati Agenzia Italiana del Farmaco, 2025

35 FDA (gennaio 2025), "Study of Sex Differences in the Clinical Evaluation of Medical Products".
36 La maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea ha sviluppato a livello nazionale delle linee guida per l'inclusione delle differenze di sesso e genere nella gestione clinica, ma solo una parte di essi ha procedure standardizzate in atto per garantirne la qualità, oltre che l'effettiva applicazione. Questo rende difficile tanto la mappatura quanto il confronto delle esperienze dei diversi Stati. Naghipour A et al. (2022), "Consideration of sex and gender in European clinical practice guidelines in internal medicine: a systematic review protocol". BMJ Open.
37 Ministero della Salute (2019), "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere".
38 Watson S et al. (2019), "Reported adverse drug reactions in women and men: aggregated evidence from globally collected individual case reports during half a century." EClinical Medicine.

Anche la prevenzione, attraverso screening e campagne vaccinali, svolge un ruolo fondamentale.[39] Il vaccino contro l'HPV, ad esempio, ha ridotto del 90% l'incidenza del tumore cervicale. Nonostante i vantaggi significativi del vaccino, sia per la popolazione femminile che maschile, la consapevolezza riguardo alle opportunità vaccinali rimane piuttosto bassa, come dimostra l'attuale distanza dell'obiettivo OMS di vaccinare almeno il 90% delle ragazze e aumentare significativamente la vaccinazione dei ragazzi contro l'HPV entro i 15 anni[40]. Allo stesso modo, l'adesione allo screening cervicale tramite Pap test mostra buoni margini di miglioramento, essendo ancora al di sotto dei livelli pre-pandemici (77% nel 2023 vs. 81% nel 2019). Un dato positivo riguarda la partecipazione ai programmi organizzati dalle ASL che, essendo aperti a un'ampia fascia della popolazione femminile, ad esempio anche alle donne straniere, permettono una riduzione delle disuguaglianze economico-sociali di accesso alla prevenzione.

In generale, esiste una tendenza a sottovalutare i rischi reali – come le malattie cardiovascolari, prima causa di morte per le donne – a fronte di una percezione distorta dei pericoli. Un'indagine condotta da A.R.C.A. (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali) su 49 ambulatori cardiologici ha evidenziato che il 43% delle donne non è consapevole del rischio cardiovascolare, e tra quelle con rischio molto elevato, il 62% lo sottostima. Solo una donna su dieci ritiene di avere un rischio maggiore rispetto agli uomini.

In questo contesto, educazione e comunicazione mirata diventano strumenti essenziali per rendere più efficaci gli interventi di prevenzione, promuovendo una cultura della salute più consapevole e accessibile. È necessario incoraggiare le donne a prendersi cura di sé, non solo per il benessere individuale, ma anche per l'impatto positivo che questo ha su famiglie e comunità. Il potenziale di miglioramento è ampio: le donne, infatti, dimostrano una maggiore attenzione ai fattori di rischio e una più alta propensione a sottoporsi a controlli. In Italia, per ogni uomo che esegue screening regolari, ci sono circa 30 donne che fanno lo stesso.[41]

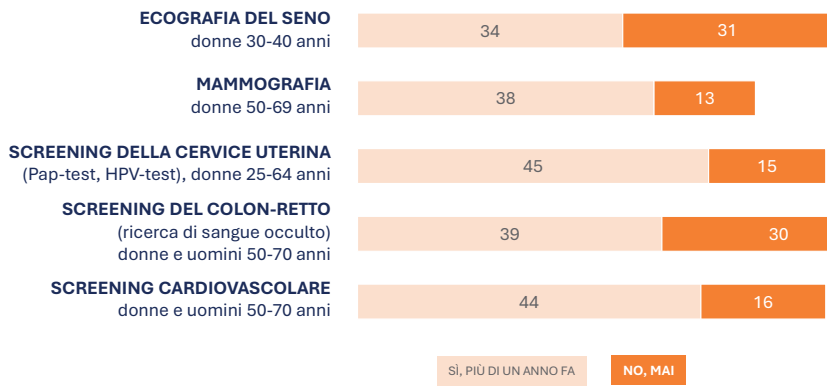


Figura 12. Risposta alla domanda «Si è mai sottoposto/a ad uno dei seguenti screening?» (% sul totale dei rispondenti), 2024
Fonte: TEHA Group su dati XIX Rapporto Meridiano Sanità, 2025

In conclusione, integrare la medicina di genere nelle politiche sanitarie richiede un cambiamento culturale e organizzativo profondo. Le istituzioni devono promuovere un approccio sistemico, che tenga conto delle differenze di genere non solo nella ricerca e nella cura, ma anche nella formazione, nella prevenzione e nella pianificazione dei servizi. Solo attraverso un impegno concreto, multidisciplinare e coordinato sarà possibile superare le disuguaglianze esistenti e garantire una medicina davvero su misura per tutte e tutti.

39 Il valore della prevenzione e le performance nazionali saranno approfonditi nel Capitolo 5.
40 Obiettivo sottolineato anche nel Comunicato ufficiale della riunione Ministeriale del G7 Salute di ottobre 2024.
41 Commissione Europea (2023), "Journal of Public Health".

5. LA PREVENZIONE COME STRUMENTO DI "SOCIAL SECURITY"

La Costituzione italiana del 1948, all'articolo 32, riconosce la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". In questo passaggio, sotto alcuni punti di vista pionieristico, si sancisce come la salute non sia solo un interesse dell'individuo ma, come sempre più studi evidenziano, sia strettamente intrecciata ai fattori sociali, economici e ambientali che determinano le prospettive di crescita e sviluppo di un Paese. Una malattia, un infortunio, una fragilità cronica non riguardano solo il singolo, ma compromettono la capacità dello stesso di partecipare pienamente alla vita economica e sociale, generando effetti che si riverberano sulla collettività. Allo stesso modo, l'assenza di protezioni sociali e la conseguente vulnerabilità economica può incidere negativamente sullo stato di salute delle persone, alimentando così un circolo vizioso difficile da interrompere.

Garantire l'accesso ai servizi sanitari è dunque necessario ma, nel contesto demografico ed epidemiologico odierno, caratterizzato da una progressiva riduzione del numero dei cittadini in età attiva, principali contribuenti della spesa sanitaria pubblica, rischia di non essere più sostenibile. È altrettanto importante sviluppare sistemi che contribuiscano a ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali esistenti. I dati sanitari sono una cartina tornasole di queste differenze e dei loro impatti sulla salute, basti pensare che tra le Regioni italiane la differenza negli anni di vita in buona salute sfiora i 20 anni.[1] La promozione degli stili di vita e la prevenzione sono, al pari degli altri strumenti di protezione economica e sociale – come pensioni, sussidi di disoccupazione, assistenza sanitaria universale – componenti strategiche di un approccio di salute integrato.

In altri termini, la prevenzione emerge come lo strumento principe per governare in maniera controllata la domanda di salute, intesa come un insieme di interventi e strategie su cui investire per tutelare non solo la salute dei cittadini ma anche la sostenibilità del sistema e il benessere e la crescita dei singoli Paesi. Sempre secondo una prospettiva di social security, investire in prevenzione significa contribuire all'incremento dell'aspettativa di vita e al miglioramento della qualità della stessa. A livello di sistema, il benessere e la buona salute dei cittadini sono requisiti essenziali per la crescita in salute delle generazioni più giovani, per la produttività delle fasce in età lavorativa, per un invecchiamento sano e attivo per l'età anziana, con ricadute positive in termini di spesa di welfare, sanitaria e sociale.

Anche per questo motivo, la spesa per la prevenzione non dovrebbe essere considerata semplicemente parte della spesa corrente nel calcolo del deficit e del rapporto debito/PIL. Investire nella prevenzione significa infatti evitare costi sanitari futuri, ridurre il carico delle malattie e garantire resilienza sociale ed economica a lungo termine.

Se correttamente valorizzata, la prevenzione sanitaria potrebbe essere inserita nelle Leggi di Bilancio come area di investimento (per maggiori dettagli si rimanda al Capitolo 7 del presente Rapporto): il nostro Paese avendo ottenuto di allungare a 7 anni la propria traiettoria di rientro verso i parametri di Maastricht, può sfruttare lo spazio fiscale aggiuntivo per investire in immunizzazione, screening e stili di vita salutari.

Il principio della prevenzione come investimento è stato riconosciuto anche a livello parlamentare: la risoluzione sul Documento di Finanza Pubblica approvata da Camera dei Deputati e Senato ad aprile 2025 sottolinea l'importanza di considerare la prevenzione – e in particolare immunizzazione e screening – come investimento, rafforzando l'urgenza di politiche mirate e finanziamenti adeguati.

1 I dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita e all'aspettativa di vita in buona salute nelle varie Regioni sono riportati nel Capitolo 10 del Rapporto.

A livello sanitario e sociale, questa presa di consapevolezza deve trovare riscontro in una vera e propria svolta culturale: il passaggio da una sanità "reattiva" a una "proattiva". Ciò significa intervenire prima dell'insorgenza delle patologie, riconoscendo la prevenzione come il farmaco più efficace per tutelare la salute pubblica e migliorare la qualità della vita dei cittadini.[2]

Avendo in mente questo obiettivo, gli sviluppi normativi sul tema mettono tuttavia in luce quanto sia complesso affrontare il tema della prevenzione, tanto per le implicazioni di salute pubblica quanto per gli effetti economici e sociali che ne derivano. A livello nazionale, da un lato e contrariamente alle attese, non è stata prorogata la validità del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) oltre il 2025: nell'Intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni il 6 marzo scorso, il Ministero della Salute e le Regioni hanno concordato di avviare immediatamente i lavori per il nuovo PNP 2026-2031, con l'istituzione di un Tavolo tecnico dedicato, ribadendo così la centralità del tema nell'agenda politica[3].

Il tema della prevenzione è stato posto al centro anche nell'Atto di indirizzo per il 2025 del Ministero della Salute, che individua nelle azioni preventive lungo l'intero arco della vita una priorità politica e amministrativa, richiamando l'esigenza di rafforzare interventi mirati sia alla prevenzione primaria, sia a quella secondaria e terziaria[4]. L'attenzione istituzionale è stata ribadita nel corso degli Stati Generali della Prevenzione, realizzati a Napoli il 16 e 17 giugno 2025. In questa occasione, tra gli altri, sono stati presentati nuovi progetti volti alla prevenzione cardiovascolare su larga scala e il portale nazionale "Prevention Hub". Quest'ultimo, finanziato con fondi PNRR e operativo entro il 2026, potrà agevolare l'integrazione di dati sanitari, ambientali, animali e sociali e favorire la promozione di buone pratiche attraverso la comunicazione, tra le altre cose. Nell'ambito dell'Action Plan e della Programmazione delle attività 2024-2025 del Prevention Hub, inoltre, a inizio settembre 2025 è stato pubblicato un Avviso pubblico per la presentazione e la selezione dei progetti da parte di soggetti esterni (es. Regioni e Province Autonome, aziende sanitarie e ospedaliere, AGENAS, ISS, …) su varie tematiche, tra cui screening, diagnosi precoce e prevenzione terziaria.

Il dibattito ha messo in luce anche l'importanza di una governance integrata, con l'istituzione di una Cabina di regia permanente per il monitoraggio delle azioni preventive, il potenziamento della sanità territoriale e la piena integrazione di medici di medicina generale, pediatri, infermieri e farmacisti nelle strategie di prevenzione.

Anche nel corso del 2025, il Ministro Orazio Schillaci ha ribadito l'impegno a rivedere la quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata alla prevenzione, passando dall'attuale 5% al 7%, in linea con le nuove regole europee che riconoscono la natura di investimento di tali interventi. Un primo segnale positivo è comunque già emerso: i dati relativi al 2024 mostrano infatti un aumento della spesa in prevenzione in valore assoluto di circa il 2% rispetto al 2023, come confermato lo scorso giugno dal Capo Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute, Maria Rosaria Campitiello.

2 Ministero della Salute (2025), "Decalogo della prevenzione".
3 Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 2025.
4 Ministero della Salute, 2025.

5.1 LA SALUTE NEL CONTESTO DELLA NUOVA STRATEGIA EU "READINESS 2030"

Prima di analizzare il quadro nazionale relativo allo stato di salute e della prevenzione, è importante fare una premessa più ampia che riguarda il contesto internazionale e che, almeno in parte, influenza anche le dinamiche nazionali.

L'Europa, infatti, si trova ad affrontare le conseguenze di una transizione geopolitica profonda, ovvero il passaggio da una fase di relativa stabilità a un contesto segnato da incertezza, frammentazione e tensioni. Come mostrano numerosi dati, i conflitti internazionali e l'instabilità politica hanno un impatto diretto e multiforme sulla salute delle popolazioni, colpendo in particolare i gruppi più vulnerabili. Le tensioni geopolitiche infatti alimentano incertezza, rallentano la crescita e riducono gli spazi fiscali a disposizione dei governi, in particolare in Europa. In questo scenario, destinare risorse adeguate alla sanità pubblica e alla prevenzione diventa una sfida sempre più complessa, proprio quando la capacità di proteggere la salute dei cittadini rappresenta un fattore cruciale di resilienza sociale ed economica.

In questo scenario, è sempre più evidente come la salute, sia in termini di popolazione sana sia in termini di funzionamento e continuità dei servizi sanitari, debba essere considerata una componente strategica della sicurezza collettiva, al pari della difesa, dell'economia e della sostenibilità ambientale. La pandemia da COVID-19 aveva già reso evidente questa interdipendenza, mostrando la vulnerabilità europea nella produzione e distribuzione di medicinali e vaccini e aprendo un dibattito sulla necessità di maggiore autonomia strategica in questo settore.

È in questo contesto che si inserisce la nuova strategia europea "Readiness 2030", presentata nel febbraio 2024 e incentrata sul rafforzamento della difesa, della competitività e della capacità di risposta alle crisi. Nonostante sia nata come piano prevalentemente orientato alla sicurezza militare ed economica, numerosi Stati membri e attori istituzionali – inclusa la Commissione Europea – hanno sottolineato l'urgenza di integrare esplicitamente la salute come pilastro della resilienza. Non a caso, nel marzo 2024, 11 ministri della Salute dell'UE hanno diffuso una dichiarazione congiunta in cui si avverte che trascurare la dimensione sanitaria equivarrebbe a esporre l'Unione a un "tallone d'Achille" strutturale.[5]

Anche la letteratura scientifica converge su questa linea: un recente editoriale di The Lancet[6] ha evidenziato la necessità di un vero e proprio "reboot" del quadro europeo di sicurezza sanitaria entro fine 2025, per garantire un approccio più integrato e coeso alle minacce future. La salute deve infatti essere considerata parte integrante della strategia di sicurezza dell'UE, considerato che le vulnerabilità sanitarie non presidiate possono compromettere la capacità complessiva dell'Europa di rispondere alle crisi.

L'analisi dell'andamento della spesa pubblica nell'UE evidenzia come, accanto alla costante centralità della protezione sociale, si stia affermando una dinamica che rischia di ridisegnare in profondità le priorità di bilancio. Se da un lato la salute mostra un andamento storico positivo, a conferma della centralità di questa voce all'interno della spesa pubblica europea, dall'altro le stime al 2030 – elaborate da TEHA sulla base delle indicazioni del nuovo piano europeo – segnalano uno scenario di progressiva compressione, assumendo un vincolo di bilancio complessivo invariato.

In ogni caso, una riduzione degli investimenti in salute potrebbe minare la stessa resilienza europea nel medio-lungo periodo: un sistema sanitario fragile non solo compromette il benessere della popolazione, ma riduce anche la capacità di risposta collettiva di fronte a crisi globali, dalle pandemie alle emergenze ambientali, passando per i conflitti.

5 Il testo della lettera è disponibile al link: https://www.euronews.com/my-europe/2025/03/09/europes-dangerous-medicine-dependency-is-the-achilles-heel-of-its-defence-strategy.
6 The Lancet (2024), "European health security needs a reboot in 2025".

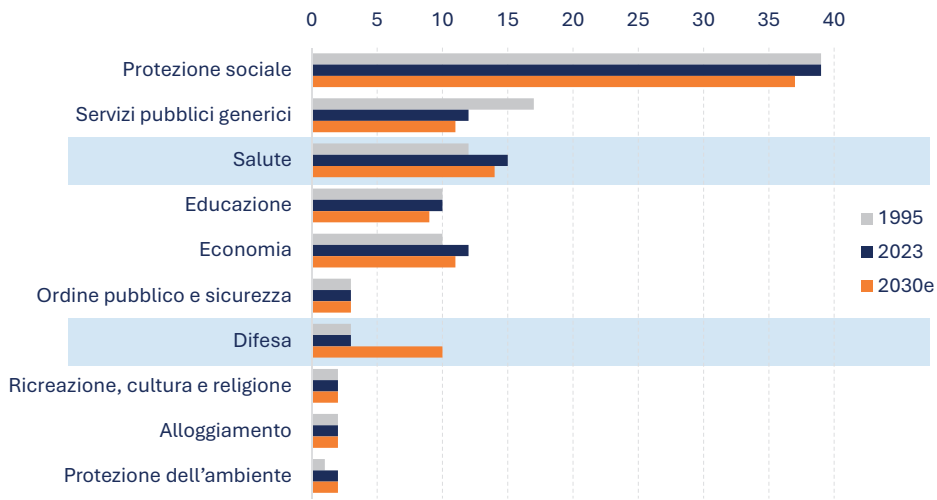


Figura 1. Andamento della spesa pubblica dell'UE per funzione (% sul totale), 1995, 2023, 2030e. La stima si basa sugli indirizzi del piano europeo "Readiness 2030" e sull'assunzione di un vincolo complessivo di spesa di bilancio

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e Commissione Europea, 2025

In Italia, il dibattito si è concentrato sul rischio che l'aumento delle spese militari – il riferimento è all'impegno di destinare almeno il 2% del PIL alla difesa, come richiesto dall'UE – possa ridurre le risorse per la sanità e indebolire ancora di più il Servizio Sanitario Nazionale. La discussione non riguarda solo la quantità di risorse disponibili, ma anche la priorità da assegnare alla salute come fattore di sicurezza interna e di coesione sociale. In questo senso, sacrificare la spesa sanitaria a vantaggio della difesa rischierebbe di generare un "effetto boomerang", minando quella resilienza che la strategia Readiness 2030 intende rafforzare.

La riflessione non riguarda dunque soltanto la dimensione della sicurezza sanitaria, ma si estende a quella economica e sociale. In questo senso, risulta invece necessario ricordare una novità positiva introdotta a livello europeo. Si tratta del cambio di paradigma introdotto dal New Economic Governance Framework (NEGF) entrato in vigore ad aprile 2024: non più solo controllo dei deficit, ma riconoscimento del valore degli investimenti in salute e prevenzione come fattori moltiplicatori di produttività, inclusione e coesione sociale.[7] In altri termini, la prevenzione non deve essere considerata un costo, bensì un investimento strategico, con ritorni concreti in termini di benessere, sostenibilità e stabilità.

5.2 LA SPESA IN PREVENZIONE IN ITALIA: ANDAMENTO NAZIONALE E DIFFERENZE REGIONALI

Per un Paese come l'Italia – caratterizzato da un elevato debito pubblico, produttività stagnante e una trasformazione demografica in accelerazione – investire in prevenzione è una scelta non solo strategica ma obbligata. I dati, però, raccontano una realtà diversa. Se negli anni immediatamente successivi alla pandemia, la prevenzione era riuscita a conquistare un peso maggiormente rilevante all'interno della spesa sanitaria pubblica, raggiungendo per la prima volta il 5,2% nel 2021, quello slancio non ha poi trovato continuità. Nel 2022 la quota si è

7 Commissione europea (2024), "New Economic Governance Framework".

ridotta al 4,8%, nel 2023 al 4,5%, fino ad arrivare al 4,2% nel 2024[8]. L'Italia spende oggi più che nel periodo pre-COVID, ma l'incidenza sulla spesa complessiva per i 3 livelli di assistenza è in diminuzione.

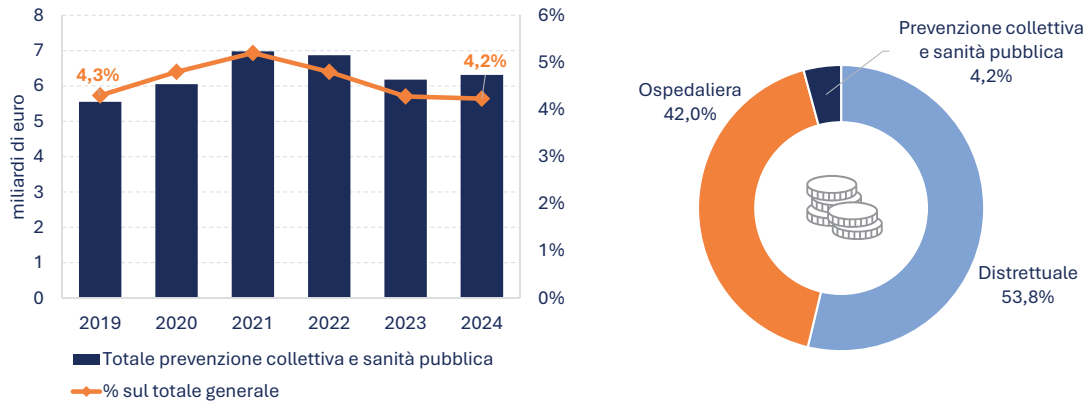


Figura 2. A sinistra: Spesa pubblica per prevenzione collettiva e sanità pubblica (miliardi di euro e % sulla spesa sanitaria pubblica), 2019-2024.
A destra: Dettaglio della spesa sanitaria pubblica per destinazione (% sul totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

Se si scende a livello territoriale, la fotografia mette in evidenza forti squilibri. Nonostante da oltre vent'anni la prevenzione sia riconosciuta nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001), il peso che le Regioni le attribuiscono continua a restare disomogeneo. Nel 2024, 11 Regioni hanno speso per la prevenzione un ammontare superiore al budget a disposizione, fissato al 5% del FSN. Sempre nello stesso anno, a livello pro capite la spesa pro capite oscillava da circa 162 euro in Molise a 78 euro in Friuli Venezia Giulia, con un divario di quasi 84 euro a cittadino, un differenziale che si è ulteriormente ampliato rispetto al passato (erano 75 nel 2023).

8 I dati disaggregati presentati di seguito sono stati forniti da Agenas e si riferiscono al 2024, ad eccezione di Campania, Lombardia e Sicilia per cui gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2023.

Molise	145,5%
Valle d'Aosta	130,0%
Sardegna	125,9%
Calabria	118,6%
Campania	116,3%
P.A. Bolzano	114,5%
Emilia-Romagna	112,1%
Sicilia	107,2%
P.A. Trento	104,9%
Abruzzo	103,1%
Lombardia	102,9%
Italia	98,2%
Toscana	97,1%
Umbria	96,1%
Veneto	95,0%
Basilicata	90,8%
Marche	89,0%
Piemonte	85,7%
Lazio	85,7%
Puglia	84,6%
Liguria	77,1%
Friuli Venezia Giulia	70,0%

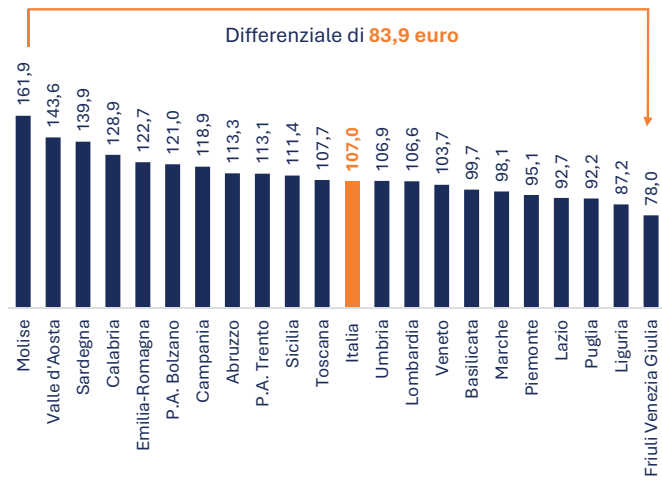


Figura 3. A sinistra: Spesa pubblica per prevenzione collettiva e sanità pubblica per Regione (% sul budget fissato al 5% del FSN), 2024. A destra: Spesa pro capite delle Regioni per prevenzione collettiva e sanità pubblica (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

Le differenze non riguardano solo i livelli di spesa, ma anche il modo in cui le risorse vengono allocate. Le voci direttamente rivolte alla salute della popolazione – prevenzione delle malattie infettive e croniche, sorveglianza epidemiologica – riguardano ancora meno della metà del totale delle risorse (42,1%), con la restante quota assorbita da funzioni amministrative e di supporto. Ulteriori divari emergono zoomando sulla spesa dedicata alle vaccinazioni: a livello nazionale, nel 2024, le risorse dedicate sono state pari al 21,2% del totale della spesa in prevenzione, con scarti importanti tra le diverse Regioni.

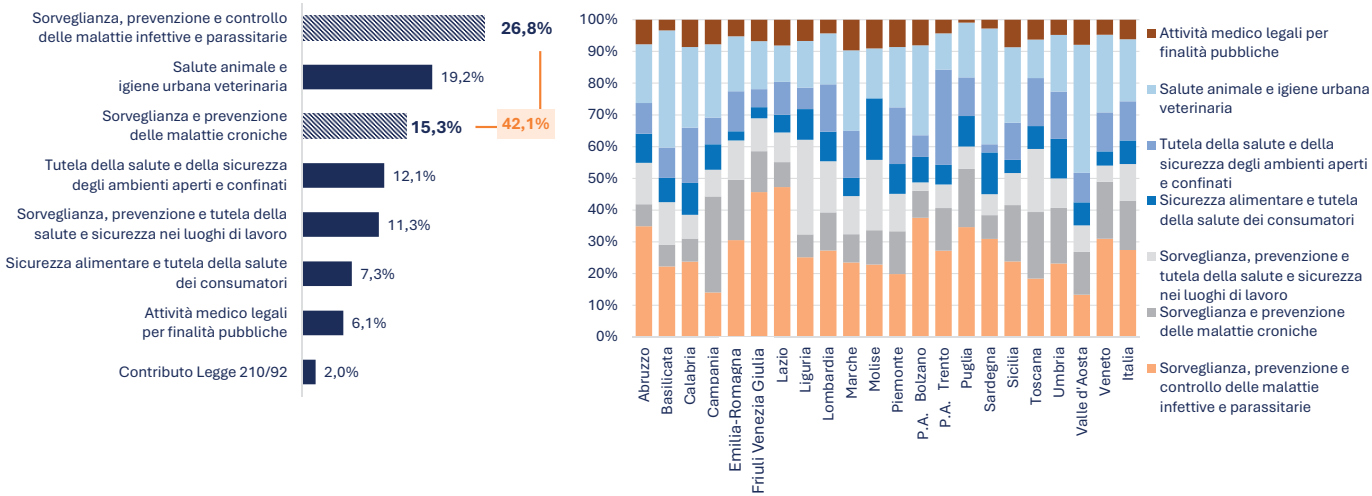


Figura 4. A sinistra: Composizione della spesa pro capite in prevenzione su scala nazionale (%), 2024.
A destra: Composizione della spesa pro capite in prevenzione a livello regionale (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

Nel complesso, l'Italia si trova quindi ad un punto di svolta: senza un'inversione di tendenza, il progressivo ridimensionamento degli investimenti rischia di minare la tenuta complessiva del sistema sanitario, lasciando la prevenzione una priorità dichiarata ma solo parzialmente sostenuta dai numeri, con profonde differenze tra Regioni e ambiti di intervento.

5.3 STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO

La salute non è mai il risultato di un singolo fattore, ma nasce dall'interazione di diversi determinanti: genetici, comportamentali, socio-economici, ambientali e legati alla qualità e all'accessibilità dei servizi sanitari. All'interno di questo quadro complesso, i comportamenti a rischio e i fattori predisponenti assumono un ruolo cruciale. Alcuni elementi sono statici e non modificabili – come età, sesso o predisposizione ereditaria – mentre altri sono dinamici e influenzati dal contesto in cui viviamo, come globalizzazione, urbanizzazione o politiche ambientali. Vi sono infine determinanti modificabili, sui quali è possibile intervenire con azioni mirate di prevenzione e promozione della salute, a partire da alimentazione, attività fisica, consumo di alcol e tabacco.

La letteratura scientifica, nazionale e internazionale, conferma in modo univoco la centralità di questi fattori, intesi come stili di vita, soprattutto nello sviluppo di malattie croniche non trasmissibili o, a monte, di condizioni di rischio significative per il loro insorgere.

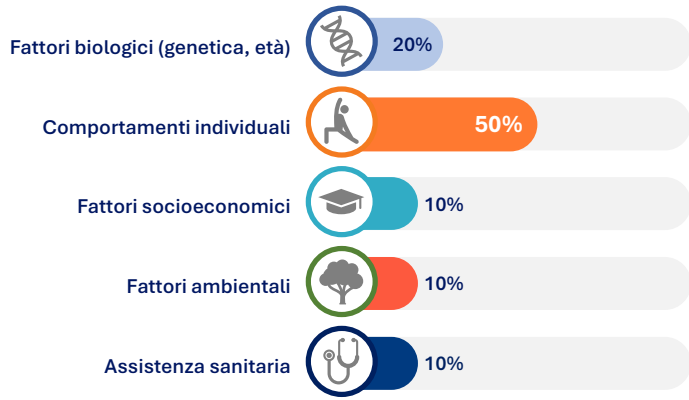


Figura 5. Incidenza dei singoli determinanti sullo stato di salute individuale (% sul totale)

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Centers for Disease Control and Prevention, 2025

Guardando esclusivamente ai fattori di rischio modificabili, la prevenzione primaria – ovvero l'intervento sulla popolazione sana per ridurre l'esposizione agli stessi – ha un potenziale enorme: stime OMS indicano che l'80% delle cardiopatie e dei casi di diabete, così come il 30-50% dei tumori, potrebbero essere prevenuti grazie a interventi sugli stili di vita. Ridurre un singolo comportamento a rischio, inoltre, significa impattare simultaneamente su più patologie.

A questo proposito, un aspetto spesso sottovalutato riguarda i tempi di insorgenza delle malattie, considerato che molte patologie iniziano a svilupparsi decenni prima della loro manifestazione clinica. L'infarto miocardico diagnosticato a 50 anni, ad esempio, ha origine già intorno ai 30; così come i processi neurodegenerativi che conducono all'Alzheimer, rilevabili a 70 anni, iniziano a 40. In altre parole, l'invecchiamento e lo stato di salute di domani dipendono in larga misura dalle scelte che facciamo oggi. Le evidenze dimostrano che non è mai troppo presto – né troppo tardi – per agire: adottare uno stile sano a 20 anni significa guadagnare in media 10-13 anni di aspettativa di vita; iniziare a 50 anni permette di guadagnarne circa 10; a 60 anni 8-9; e persino a 80 anni, quando il margine è ridotto, è possibile ottenere un beneficio di 3-4 anni.[9]



Figura 6. Decessi causati dai principali fattori di rischio comportamentali in Italia (numero), 2021

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2025

9 Fondazione Paolo Sorbini, 2024.

I dati più recenti[10] indicano un quadro piuttosto variegato:

- Il 20,5% degli italiani adulti fuma, dato in leggero aumento rispetto al 2023 e parte di un trend più ampio ancora negativo, complessivamente in crescita dal 2019 ad oggi. Anche a causa di un ventaglio di prodotti disponibili sempre più ampio, il tabagismo continua a riguardare trasversalmente una larga fetta della popolazione, segnando un incremento soprattutto tra le donne.

- Nel 2023 il 15,6% della popolazione, ha avuto un comportamento di consumo alcolico potenzialmente dannoso per la salute. Questa percentuale, in linea con l'anno precedente, continua a presentare un forte gradiente tra le Regioni del Nord e del Centro-Sud, sfavorevole ai primi, con una differenza tra valore massimo e minimo di quasi 15 punti percentuali.

- Tra il 2023 e il 2024 la percentuale di persone che consumano quotidianamente almeno quattro porzioni di frutta e verdura è scesa al 16,2%, il valore più basso degli ultimi 15 anni. La tendenza risulta più marcata tra le nuove generazioni, che oggi presentano abitudini alimentari differenti rispetto a quelle dei loro predecessori, ma anche nelle fasce d'età più mature.

- Un terzo della popolazione non pratica mai sport né attività fisica (33,2%), dato in leggera riduzione rispetto al 34,2% del 2022 e ai valori pre-pandemici. A livello geografico, rimane invariato il divario territoriale, con valori che oscillano dal 14,3% della P.A. di Trento al 52,3% della Campania, separate da quasi 40 punti percentuali.

- In contrasto con il trend positivo della pratica fisica, la quota di popolazione in eccesso ponderale segna nel 2024 un nuovo aumento, raggiungendo quota 45,1%. Tra i fattori determinanti, oltre alla sedentarietà, rientrano l'aumento dei prezzi degli alimenti salutari e una cultura nutrizionale ancora limitata. Rimane preoccupante il dato relativo ai più giovani, con l'Italia 2° in Europa per quota di bambini in sovrappeso/obesi (37%).

Sul piano territoriale, permangono forti disuguaglianze: il Nord continua a registrare stili di vita mediamente più salutari, mentre al Sud emergono criticità più accentuate, eccetto che per il tabagismo, trasversale ovunque ed ancora principale fattore di rischio per tumori e malattie respiratorie e cardiovascolari.

Tutti questi elementi sottolineano ancora una volta l'importanza di adottare un approccio olistico alla prevenzione primaria, attraverso interventi che non siano limitati ai contesti sanitari, ma estesi a scuole, luoghi di lavoro e ambienti comunitari, capaci di incidere in modo sistemico su alimentazione, attività motoria e promozione di contesti favorevoli alla salute. Un'evidenza che trova riscontro anche nell'analisi dei dati a livello territoriale: ad esempio, emerge una correlazione negativa tra i livelli di sedentarietà[11] della popolazione e, rispettivamente, la disponibilità di aree verdi urbane, di impianti sportivi o di piste ciclabili.

10 ISTAT, 2025.

11 Come sarà descritto anche più avanti nel Capitolo, la sedentarietà è una condizione di rischio significativa per lo sviluppo di diverse malattie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, alcuni tipi di cancro, osteoporosi, ipertensione e depressione.

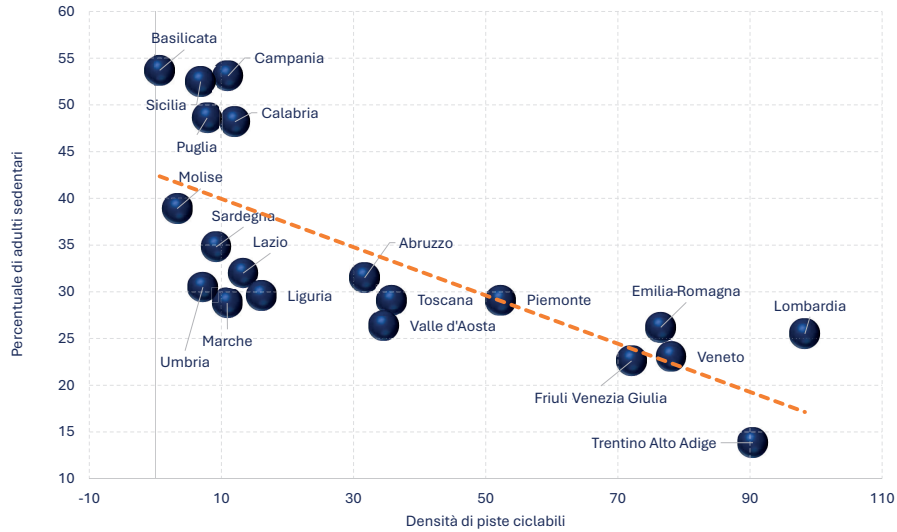


Figura 7. Esempio di correlazione tra densità di piste ciclabili (per 100 km² di superficie territoriale) e adulti sedentari (% sul totale) per Regione italiana, 2024 o ultimo dato disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Sport e ISTAT, 2025

Analizzando i fattori di rischio nel dettaglio, e partendo dal tabagismo, attualmente in Italia la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (59%) o ha smesso di fumare (17%), mentre 1 italiano su 5 continua ad essere un fumatore abituale. A livello territoriale, si registra una maggiore prevalenza nelle Regioni del Sud: il tasso più elevato si osserva in Basilicata (24,8%), quello più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano (15,7%).

Il fumo di sigarette tradizionali è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne (28% vs 20%) e segue un gradiente sociale importante, coinvolgendo in misura maggiore le persone con difficoltà economiche (36% rispetto al 21% fra chi non ne ha) o con un basso livello di istruzione (30% fra chi ha la licenza media o 26% fra chi ha al più la licenza elementare vs. 18% fra i laureati)[12].

Se dal 2015 al 2019 si era osservata una progressiva diminuzione della percentuale di persone fumatrici, a partire dal 2020, in concomitanza con il periodo della quarantena, il trend ha registrato un'inversione, con un aumento costante fino al 2022. Il contesto della pandemia, caratterizzato da ansia e stress, ha inoltre contribuito a incrementare il numero di sigarette consumate giornalmente – in media +1,16 – e circa 1,2 milioni di persone hanno iniziato o ripreso a fumare. Nel 2023 si è rilevato un leggero rallentamento della crescita, ma senza un ritorno ai livelli pre-pandemici; nel 2024 la percentuale è tornata a salire.

In aggiunta alla pandemia, la diffusione di nuovi prodotti contenenti nicotina, come sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, ha contribuito a mantenere alta la prevalenza attraverso il fenomeno del policonsumo, ovvero l'utilizzo combinato di più prodotti. Mentre nel 2022 la quota di 'policonsumatori' era pari al 26,0% tra gli 11-13enni e al 38,7% tra i 14-17enni, nel 2025 questa percentuale è salita al 45,5% tra gli studenti delle scuole medie e al 70,7% tra gli studenti delle scuole superiori.[13]

12 Istituto Superiore di Sanità, 2025.
13 Ibid.

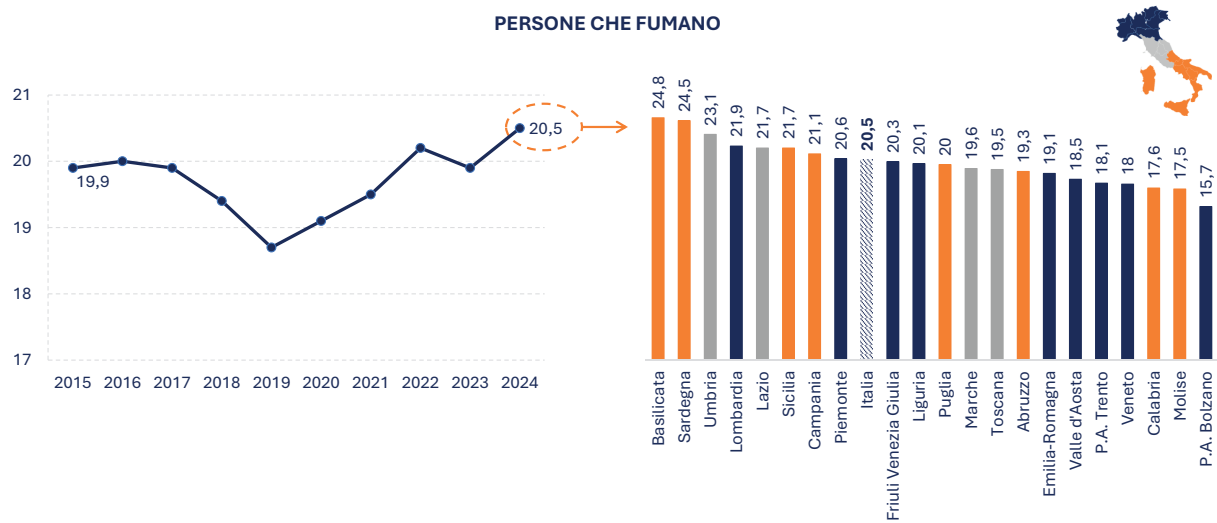


Figura 8. A sinistra: Persone adulte che dichiarano di fumare in Italia (%), 2015-2024.
A destra: Persone che dichiarano di fumare nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Il consumo di prodotti alcolici è associato allo sviluppo di numerose malattie croniche e può creare dipendenza. Le alterazioni psicomotorie causate dall'alcol, inoltre, mettono a rischio non solo il singolo ma anche chi gli sta intorno, come nel caso di incidenti stradali, di comportamenti sessuali a rischio, di infortuni sul lavoro o di episodi di violenza.

L'abitudine al consumo a rischio di bevande alcoliche[14], dopo aver registrato un trend variabile per il periodo 2020-2022, in cui si sono susseguiti aumenti e riduzioni, nel 2023[15] si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente, riguardando il 15,6% della popolazione. A differenza del tabagismo, il consumo di alcol continua a presentare un forte gradiente a livello regionale, con le prevalenze più elevate nelle Regioni del Nord e una differenza tra valore massimo e minimo di quasi 15 punti percentuali. In Valle d'Aosta quasi una persona su 4 (24,2%) pratica almeno uno dei seguenti comportamenti a rischio: eccede nel consumo quotidiano o concentra il consumo in un'unica occasione e in un ristretto arco di tempo (il cosiddetto "binge drinking").

Così come per il fumo, i comportamenti a rischio delle donne vanno lentamente allineandosi a quelli degli uomini, sebbene anche nel 2023 il differenziale di genere si mantenga elevato (21,8% uomini vs. 9,8% donne). Si confermano quote elevate di consumatori a rischio tra i minori di 14-17 anni (24,5%) e tra i giovani di 18-24 anni (15,7%), a cui si aggiunge una terza fascia d'età maggiormente a rischio, ovvero gli over-65 (18,1%). Stando agli ultimi dati pubblicati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, ONA-ISS, in Italia sono stati circa 770.000 i consumatori di alcol che si sono provocati un danno alla salute, a livello fisico o mentale, con necessità di trattamento. Di questi, solo l'8,2% è stato intercettato clinicamente, per un totale di 62.886 alcoldipendenti in carico ai servizi del SSN[16].

14 Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, secondo le Raccomandazioni del Ministero della Salute e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità.
15 Al 22 settembre 2025, non sono stati pubblicati i dati 2024 relativi alle persone che consumano alcol "a maggior rischio" per la salute.
16 Istituto Superiore di Sanità (2024), "Alcohol Prevention Day 2024: nel 2022 8 milioni i consumatori a rischio e 3 milioni e 700 mila i binge drinker, 770mila hanno già un danno da alcol non intercettato".

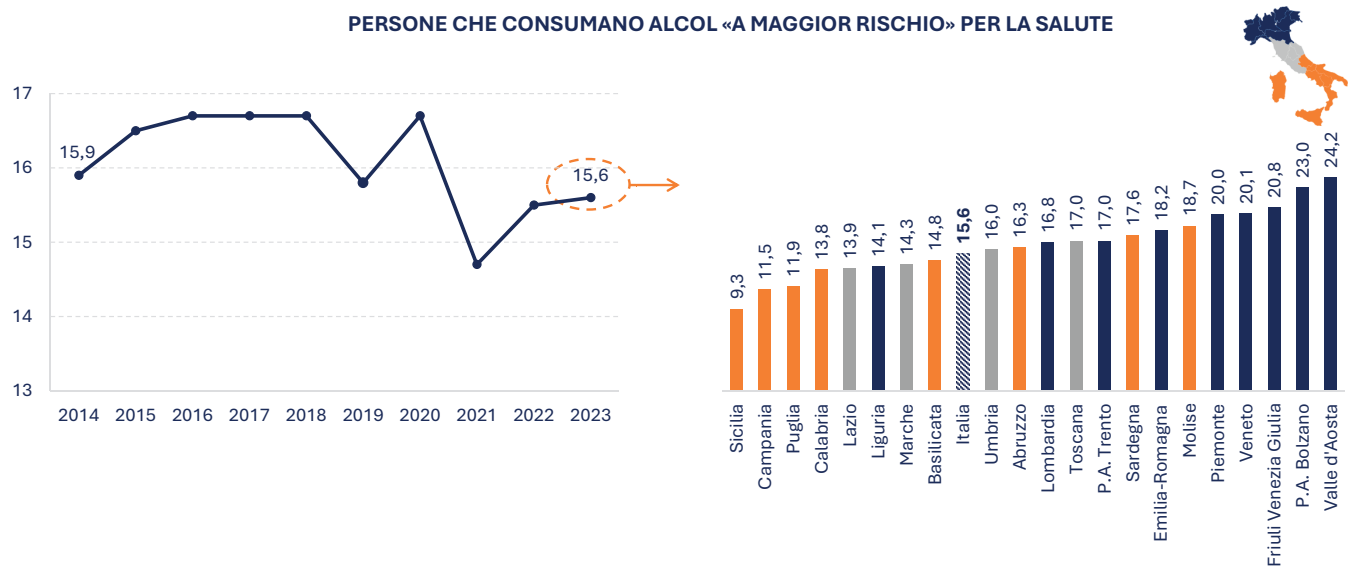


Figura 9. A sinistra: Persone adulte che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol in Italia (%), 2014-2023. A destra: Persone adulte che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Nonostante la storica vocazione alla dieta mediterranea, l'alimentazione in Italia risulta ancora parzialmente inadeguata: tra il 2023 e il 2024 la percentuale di persone che hanno consumato almeno quattro porzioni di frutta e verdura al giorno è scesa al 16,2%, il valore più basso registrato in oltre 15 anni. Il declino è evidente dal 2020 in avanti, amplificato anche dall'aumento generalizzato dei prezzi dei beni alimentari, che ha reso più difficile mantenere una dieta nutrizionalmente equilibrata. Secondo l'ultimo rapporto BESISTAT, la quota di popolazione con un'alimentazione adeguata ha infatti continuato a diminuire, passando da circa il 18,7% del 2020 al 16,8% nel 2022, fino al minimo del 2024.

Anche in questo caso, le disparità territoriali emergono in modo marcato: le Regioni del Mezzogiorno mostrano le percentuali più basse, attorno al 12,1%, mentre le Regioni del Centro e del Nord si collocano intorno al 20% e al 18,8% rispettivamente. In particolare, la P.A. di Trento si distingue con il valore più elevato a livello nazionale, pari al 23,6%, mentre la Puglia presenta il dato più critico, con solo il 10,7% della popolazione che consuma frutta e verdura in modo adeguato.

Come anticipato, accanto a una questione culturale ed educativa, a questa situazione contribuisce in maniera rilevante l'inflazione alimentare: nel 2023 i prezzi dei prodotti alimentari sono aumentati di quasi il 10%, portando molte famiglie, specie quelle economicamente più fragili, a ridurre la spesa per alimenti freschi e salutari[17]. Basti pensare che tra il 2019 e il 2023, la quantità di frutta e verdura acquistata dagli italiani è diminuita di quasi un milione di tonnellate, corrispondenti a circa 37 chili in meno per ciascuna famiglia.[18] Il risultato è una diminuzione complessiva della qualità nutrizionale dei consumi quotidiani, con la sostituzione di cibi più nutrienti con alternative più economiche e spesso meno equilibrate.

17 Elaborazione di Coldiretti sulla base dei dati ISTAT sull'inflazione rispetto all'anno precedente.
18 Rapporto Coop, 2024.

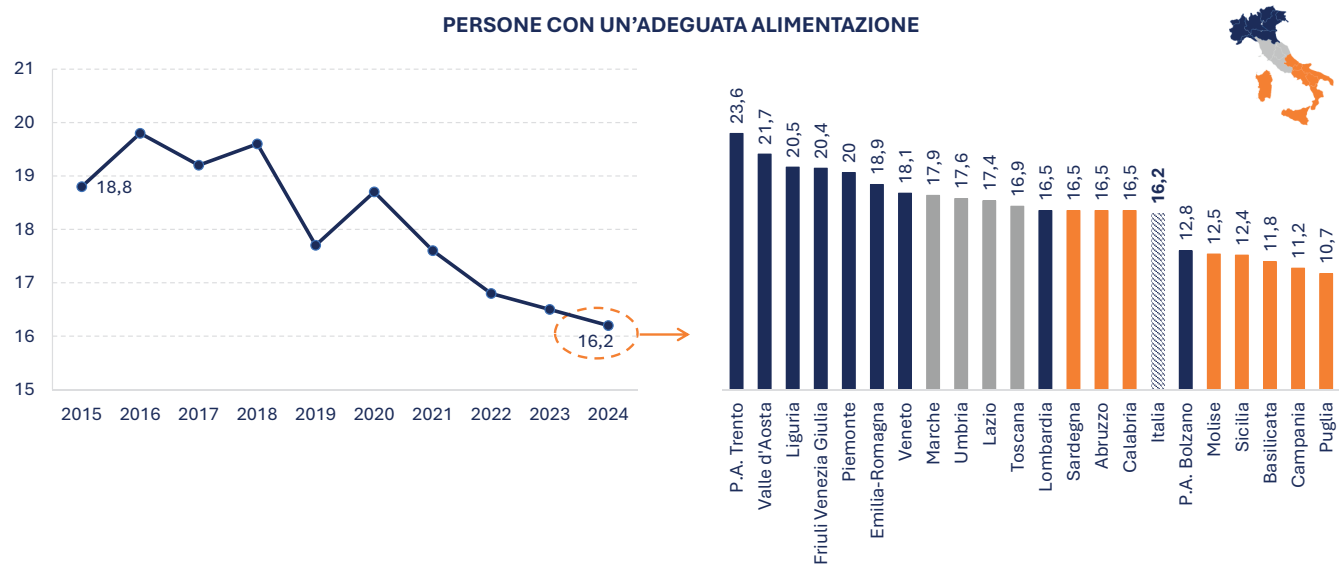


Figura 10. A sinistra: Persone sopra i 3 anni che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura in Italia (%), 2015-2024. A destra: Persone sopra i 3 anni che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

La sana alimentazione rappresenta un pilastro fondamentale per la prevenzione, ma da sola non è sufficiente se non accompagnata da uno stile di vita attivo; allo stesso modo, l'attività fisica perde parte della sua efficacia se non sostenuta da un regime nutrizionale equilibrato. È dall'integrazione di questi due fattori che nasce il vero beneficio per la salute: un binomio capace di contrastare sovrappeso e obesità e di conseguenza l'insorgenza di malattie croniche – dalle patologie cardiovascolari e metaboliche, fino a quelle oncologiche, neurodegenerative e muscoloscheletriche.

Eppure, nonostante sia ormai risaputo che uno scarso movimento indebolisca il corpo, aumentando il rischio complessivo di problemi di salute a lungo termine, il quadro europeo conferma la persistenza di livelli critici di inattività, responsabili ogni anno di circa un milione di decessi. L'Italia, in particolare, si posiziona come quarto Paese OCSE per percentuale di persone sedentarie, con l'80,3% degli adulti e il 91,7% dei ragazzi che non raggiungono le soglie OMS di attività fisica raccomandata[19], e un terzo della popolazione generale che non pratica mai sport né attività fisica (33,2%)[20].

A questo si aggiunge un impatto economico annuale stimabile in 5,9 miliardi di euro, con un'incidenza sulla spesa sanitaria nazionale del 2,6%. Guardando a questi numeri in chiave positiva, però, le stime di TEHA mostrano che, per ogni individuo sedentario che diventa attivo la spesa pro capite potrebbe ridursi dell'11%, con un risparmio medio pari a 322 euro a persona.[21]

19 Utilizzando come riferimento le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per il mantenimento di una buona salute, l'OMS suggerisce una pratica settimanale di almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità.

20 ISTAT, 2025.

21 The European House – Ambrosetti (2025), "Osservatorio Valore Sport: riportare la pratica sportiva al centro dell'agenda politica per creare valore per il Paese, 3° edizione".

Il trend storico dell'indicatore ISTAT relativo alla inattività fisica mostra comunque qualche timido segnale positivo: la quota di sedentari risulta in diminuzione rispetto al 34,2% del 2022 e ai valori pre-pandemici. La tendenza è rafforzata dall'aumento della pratica sportiva continuativa, che coinvolge oltre una persona su quattro, superando i livelli registrati pre-COVID.

A livello geografico, permane un forte divario territoriale: nel 2024 i valori variano dal 14,3% della P.A. di Trento al 52,3% della Campania, con una distanza di 38 punti percentuali. A questi squilibri geografici si sommano differenze socio-demografiche: risultano più sedentarie le donne e i cittadini con livelli di reddito e istruzione più bassi.

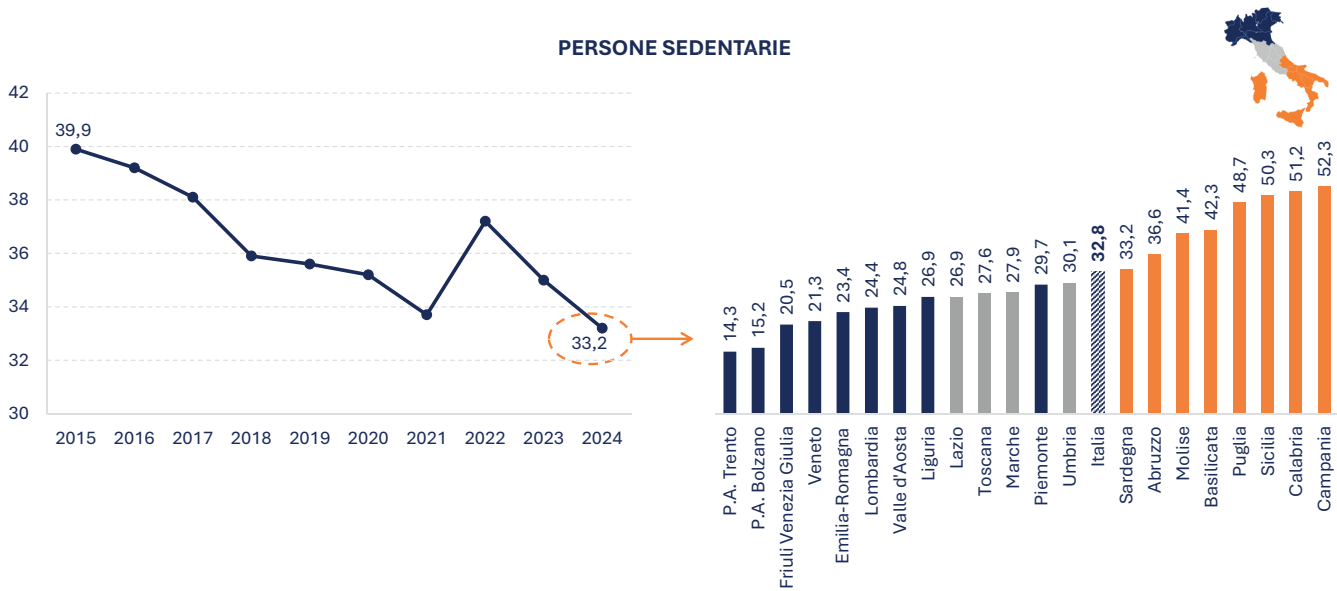


Figura 11. A sinistra: Persone sopra i 3 anni che non praticano alcuna attività fisica in Italia (%), 2015-2024.
A destra: Persone sopra i 3 anni che non praticano alcuna attività fisica nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

I miglioramenti registrati nell'ultimo biennio in termini di riduzione della sedentarietà, non trovano purtroppo riscontro nell'andamento della quota di popolazione in eccesso ponderale. Alla base di questo apparente paradosso, vi sono diversi fattori. Da un lato, la riduzione della sedentarietà indica che sempre più persone svolgono almeno un minimo di attività fisica, ma ciò non significa che raggiungano i livelli raccomandati dall'OMS, né che l'attività sia sufficientemente intensa o costante da incidere realmente sul metabolismo. Dall'altro, le abitudini alimentari hanno assunto un ruolo sempre più critico: la qualità della dieta alimentare degli italiani è mediamente peggiorata, questo a causa di un calo del consumo di alimenti alla base della piramide alimentare e di un aumento di snack e dolci.[22]

Dopo la flessione del 2020, dal 2021 in avanti la quota di adulti in sovrappeso o obesa ha infatti risalito la curva fino a stabilizzarsi intorno al 45,1% (dato ISTAT 2024). Anche in questo caso, si registra un gradiente territoriale a svantaggio del Mezzogiorno, ad eccezione di Emilia-Romagna e Veneto, uniche Regioni del Nord al di sopra della media nazionale. In particolare, la Campania registra il dato più elevato, con

22 Di Veroli JN et al. (2025), "The 15-year trend in adherence to dietary recommendations and ultra-processed food consumption in Italy". Front Nutr.

il 51,7% di popolazione adulta in eccesso di peso, seguita da Puglia (50,4%), Abruzzo (50,3%), Molise (49,1%), Sicilia (48,1%) e Basilicata (47,8%). Le Regioni del Nord, comprese Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, riportano invece valori compresi tra il 38% e il 41%.

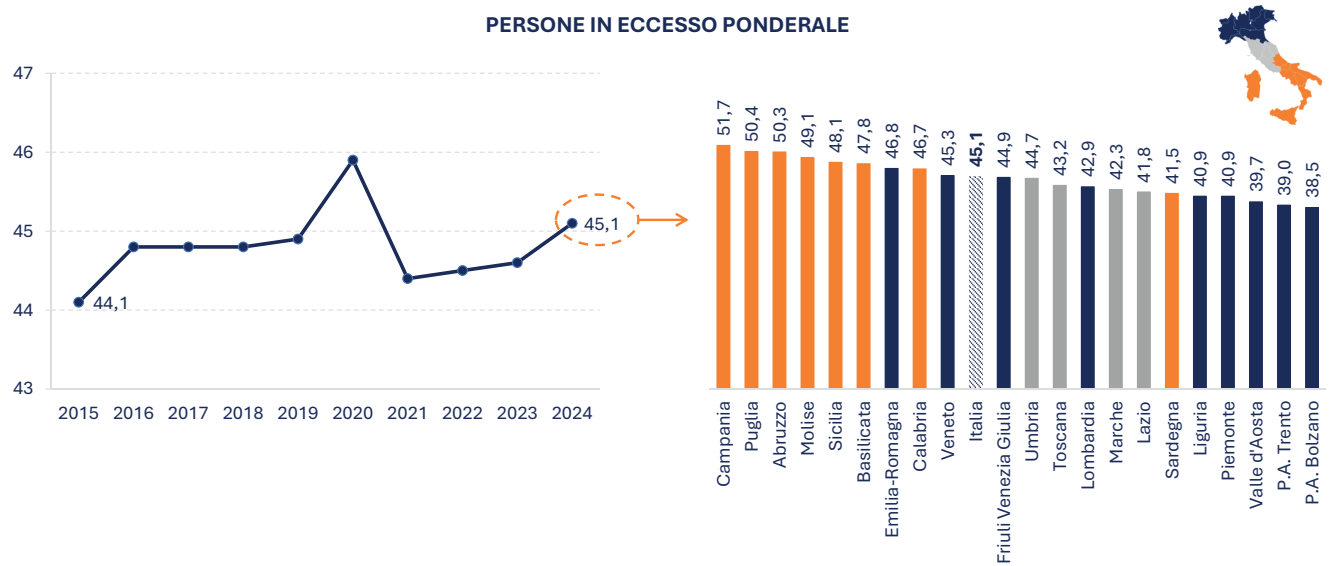


Figura 12. A sinistra: Persone adulte in eccesso ponderale in Italia (%), 2015-2024.
A destra: Persone adulte in eccesso ponderale fisica nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

In questo contesto, rimangono particolarmente preoccupanti il dato di sedentarietà e obesità tra le generazioni più giovani, considerato che un bambino obeso ha una probabilità dell'80% di rimanere tale in età adulta. Se oggi l'Italia risulta prima in Europa per quota di bambini sedentari (91,7%)[23] e 2° per numero di bambini sovrappeso/obesi (37%)[24], guardando al futuro lo scenario non migliora. L'attuale tasso di obesità infantile potrebbe infatti portare a una spesa aggiuntiva annua per il SSN di oltre 400 milioni di euro, un dato preoccupante considerato che già oggi le cure per il sovrappeso e l'obesità rappresentano il 9% della spesa sanitaria nazionale.[25]

In questo scenario, il 1 ottobre 2025 ha segnato una svolta storica per oltre 4 milioni di italiani che convivono con l'obesità: il Senato ha approvato la proposta di legge che la riconosce come malattia cronica, progressiva e recidivante, inserendola nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e avvicinando l'Italia a diventare il primo Paese al mondo ad adottare questa decisione.[26] Il valore di questo riconoscimento risiede nelle nuove opportunità che un approccio sanitario e sociale di questo tipo potrà aprire: dall'accesso gratuito a prestazioni fondamentali (visite specialistiche, farmaci, chirurgia bariatrica, percorsi multidisciplinari) alla tutela sociale e al contrasto dello stigma, fino alla possibilità di riconoscere l'obesità come condizione funzionalmente disabilitante con diritto all'assistenza ai sensi della Legge 104. La legge prevede inoltre un programma triennale nazionale per prevenzione e cura, l'istituzione di un Osservatorio nazionale presso il Ministero della Salute,

23 Quota di 11-15enni che non raggiungono un sufficiente livello di attività fisica (almeno 60 min al giorno). Dati OCSE.
24 Bambini tra i 6-9 anni. OMS (2024), "European Health Report".
25 OCSE (2019), "The Heavy Burden of Obesity".
26 L'Aula della Camera aveva approvato la Proposta di Legge il 7 maggio 2025.

campagne di sensibilizzazione e strumenti educativi nelle scuole, insieme a stanziamenti progressivi dedicati (da 700mila euro nel 2025 a 1,2 milioni annui dal 2027).

5.3.1 I fattori di rischio ambientali

Il recente aggiornamento delle Health and Environment Country Scorecards elaborate dall'OMS[27] fornisce una panoramica dettagliata della gestione dei principali rischi ambientali per la salute nei diversi Paesi membri. Considerato che circa il 24% del carico globale di malattie è legato a minacce ambientali, molte delle quali prevenibili, si tratta di uno strumento particolarmente utile per identificare punti di forza e criticità nelle strategie di protezione ambientale e sanitaria, oltre che per confrontare le performance dei diversi Paesi.

La mappatura dei fattori ambientali rilevanti per la salute pubblica si basa su tre dimensioni principali: l'entità dei rischi ambientali, l'esposizione della popolazione e le ricadute in termini sanitari, la presenza di politiche nazionali di prevenzione. Proprio guardando a quest'ultima voce, l'analisi dei dati mette in luce profonde differenze tra i Paesi, anche all'interno del perimetro più ristretto dell'Europa. Partendo dall'Italia, il quadro che emerge è quello di un sistema sanitario caratterizzato da una capacità di risposta solida e, allo stesso tempo, da politiche ambientali che necessitano di un rafforzamento mirato. Tra le principali criticità si evidenziano carenze nei servizi igienico-sanitari e nell'approvvigionamento di acqua potabile: a causa di inefficienze nello smaltimento e nel trattamento delle acque reflue, circa il 21% della popolazione non dispone di servizi adeguati, mentre il 7% dei cittadini non ha accesso ad acqua potabile sicura, una situazione aggravata da reti idriche obsolete e perdite superiori al 40%. L'inquinamento atmosferico rappresenta un altro fattore da considerare: il particolato fine (PM) in Italia e Grecia supera di tre volte i limiti raccomandati, con implicazioni rilevanti per la salute respiratoria e cardiovascolare.

Il confronto con gli altri Paesi evidenzia poi approcci diversi alla gestione dei rischi ambientali. Se l'Irlanda e alcuni Paesi nordici hanno registrato progressi significativi grazie a politiche integrate e a un coordinamento efficace tra sanità e autorità ambientali, al contrario, il Regno Unito presenta un'incidenza elevata di malattie professionali legate a fattori ambientali, seppur principalmente dovute ad esposizioni passate, in particolare all'amianto. Austria e Portogallo, infine, mostrano una capacità di risposta a emergenze chimiche e radiologiche più limitata, legata soprattutto a carenze organizzative e alla mancanza di coordinamento intersettoriale.

Tornando alla fotografia complessiva dei risultati 2024 delle schede OMS, l'Italia si posiziona nella prima metà della classifica europea, con punteggi positivi per la salute pubblica e la gestione dell'esposizione ai rischi, ma con margini di miglioramento sul fronte delle politiche ambientali. Al vertice della classifica si collocano Spagna e Francia, seguite da Germania e Austria, Paesi che riescono a combinare prevenzione, governance ambientale e gestione dei rischi in maniera maggiormente efficace, evidenziando come un approccio integrato rappresenti un elemento chiave per la tutela della salute e dell'ambiente.

27 OMS (2025), "Health and Environment Country Scorecards".

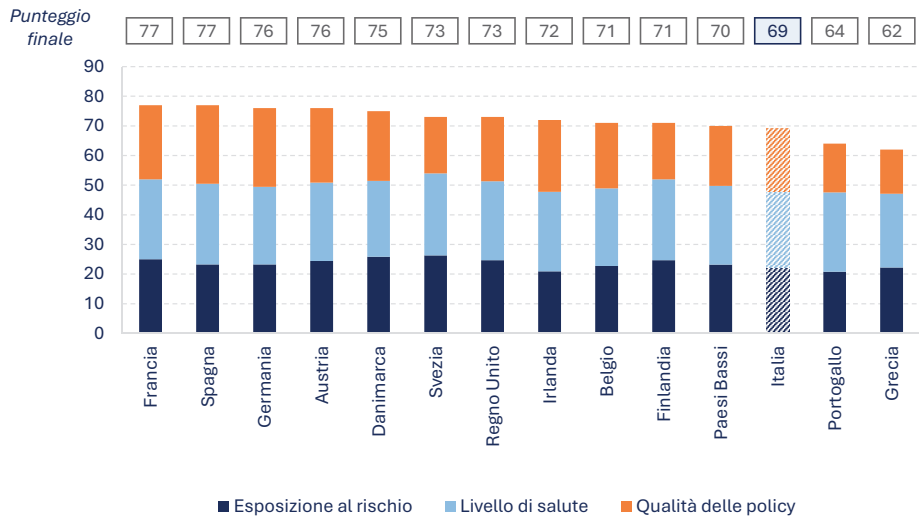


Figura 13. Risultati delle Health and Environment Country Scorecards nei Paesi EU-14 + Regno Unito (punteggio: 1 min, 100 max), 2024

Fonte: TEHA Group su dati OMS, 2025

In Italia, la sensibilità alle interazioni tra salute e ambiente è aumentata negli anni, grazie all'adozione di un approccio integrato di tipo One Health, che mira a ottimizzare la salute delle persone, degli animali, delle piante e degli ecosistemi, tramite il coinvolgimento di diversi settori, discipline e attori. L'istituzione di un Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali in capo al Ministero della Salute, certifica questo impegno.

Il Dipartimento, dopo una necessaria revisione della struttura organizzativa, sta portando avanti diverse attività di ricerca che, grazie ai finanziamenti del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (RRF) e del Piano Nazionale Complementare (PNC), sposano questo approccio.

In particolare, sono in corso di realizzazione i cinque interventi connessi all'investimento "Salute, ambiente, biodiversità e clima", previsto dalla Missione 6 del PNRR e finanziato con 412 milioni di euro del PNC, che scontano tuttavia un ritardo rispetto alle scadenze inizialmente fissate a livello italiano.

L'intervento più rilevante riguarda il rafforzamento delle strutture e dei servizi del Sistema nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) istituito nel 2022 che, interagendo con il Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), deve contribuire alla prevenzione primaria e alla promozione della salute. Gli altri interventi riguardano:

- Programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in due siti contaminati di interesse nazionale;
- Programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima anche a livello universitario;
- Promozione e finanziamento della ricerca applicata su salute-ambiente-clima attraverso un approccio multidisciplinare;
- Piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS in capo all'ISS.

Quest'ultimo punto è di particolare interesse perché, attraverso la raccolta di tutti i flussi di dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute e di quelli disponibili dagli altri soggetti parte del SNPS, incluse le Regioni, sarà possibile effettuare una loro lettura integrata, con un maggior valore descrittivo o anche predittivo per il decisore[28]. La piattaforma consentirà infatti di studiare le caratteristiche dei singoli territori, ad esempio in termini di prevalenza dei fattori di rischio comportamentali, occupazionali o ambientali, e gli impatti sulla popolazione, consentendo al decisore di adottare le politiche più puntuali in termini di promozione di corretti stili di vita, ma non solo.

5.4 LA STRATEGIA NAZIONALE DI IMMUNIZZAZIONE

Le strategie di immunizzazione, portate avanti principalmente attraverso la vaccinazione, continuano a rappresentare uno degli strumenti più efficaci e ad alto rendimento della sanità pubblica, al pari della promozione degli stili di vita sani. Oltre a prevenire malattie e decessi, l'adozione di queste strategie costituisce un investimento capace di generare benefici economici rilevanti: secondo le stime più recenti, ogni euro investito in immunizzazione adulta può restituire fino a 19 volte il suo valore[29], grazie alla riduzione di costi sanitari diretti (ospedalizzazioni, farmaci, visite) e indiretti (giornate di lavoro perse, minore produttività dei caregiver). Nonostante questi dati, la spesa per prevenzione nei bilanci sanitari nazionali resta contenuta, e ancor più limitata è la quota destinata ai programmi vaccinali, ferma a circa lo 0,5%.

L'Italia, con l'approvazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025 ad agosto 2023, ha adottato uno dei calendari più completi in Europa, concepito per accompagnare il cittadino lungo tutto l'arco della vita.[30] Tra le novità figurano l'offerta della vaccinazione antimeningococcica B anche in età adolescenziale (12-18 anni) a discrezione regionale, la sostituzione della monovalente C con la quadrivalente ACWY al compimento del primo anno, l'estensione della protezione contro l'Herpes Zoster a partire dai 18 anni per i soggetti a rischio e la possibilità di somministrare il vaccino HPV alle donne 25enni non vaccinate in occasione dello screening cervicale[31]. Resta inoltre la gratuità fino ai 18 anni per le vaccinazioni raccomandate non obbligatorie, anche in caso di adesione ritardata.

Il Piano intende armonizzare la strategia vaccinale nazionale superando le criticità emerse negli anni precedenti: disparità territoriali nell'offerta, difficoltà organizzative delle ASL, lentezza nei processi decisionali per l'introduzione di nuovi vaccini. A tal fine, è stata introdotta la possibilità di rendere il Calendario Vaccinale un documento separato dal Piano e aggiornabile annualmente, così da recepire con tempestività l'evoluzione epidemiologica, le nuove evidenze scientifiche e le innovazioni tecnologiche. Tuttavia, ad oggi, il Calendario Vaccinale non è stato mai aggiornato e il vaccino anti-COVID e l'immunizzazione contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) non sono stati mai ufficialmente inseriti.

A dicembre 2024, le principali società scientifiche[32] hanno presentato il nuovo Calendario di Immunizzazione per la Vita 2025, che aggiorna e amplia significativamente l'offerta vaccinale in tutte le fasce d'età. A fianco del capitolo dedicato al successo del vaccino anti-COVID-19, con una stima di circa 20 milioni di vite salvate globalmente, questa edizione introduce alcune innovazioni rilevanti: la profilassi contro il VRS con anticorpi monoclonali per i neonati e vaccini specifici per adulti e donne in gravidanza; i nuovi vaccini coniugati anti-pneumococco a 15 e 20 valenze; il vaccino ricombinante contro l'Herpes Zoster con evidenze rafforzate sulla durata protettiva e l'offerta gratuita del meningococco B in età adolescenziale.

28 I target nazionali del PNRR prevedono la transizione del 25% dei dati della piattaforma di rete digitale entro il 4° trimestre del 2025 e del 50% entro il 4° trimestre del 2026.

29 Steuten et al. (2024), "Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes". Office of Health Economics.

30 Considerati gli obiettivi di copertura e la riduzione del carico di malattia raggiunto da molto vaccinazioni pediatriche, Istituzioni e mondo scientifico si sono resi conto di quanto un approccio dell'offerta vaccinale in accompagnamento di "tutta la vita" sia fondamentale per un invecchiamento in salute della popolazione. Questo, tenendo conto di come la maggioranza delle malattie infettive prevenibili si verifica in età adulta e anziana.

31 Come riportato nei paragrafi successivi, il programma di recupero del PNPV prevede la gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale per gli uomini almeno fino a 18 anni inclusi e per le donne almeno fino a 26 anni e/o in presenza di lesioni cervicali, con la gratuità nel tempo per le coorti beneficiarie. A questo si aggiunge l'offerta gratuita del vaccino anti-HPV alle persone con positività al virus HIV, indipendentemente dall'età.

32 Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), Società Italiana di Pediatria (SIP), Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

A febbraio 2025, il National Immunization Technical Advisory Group (NITAG), un organo di supporto con il compito di formulare raccomandazioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche in tema di politiche vaccinali, ha concluso il proprio mandato. Questo gruppo di esperti, istituito dal Ministero della Salute nel 2017 seguendo le indicazioni dell'OMS, non è stato ancora ricostituito, anche se le sue funzioni dovrebbero essere ripristinate entro l'autunno, a seguito della nomina definitiva dei nuovi componenti.

Il 1° ottobre 2025, considerata la provata efficacia degli interventi di vaccinazione come strumenti di protezione individuale e prevenzione collettiva e la necessità di proseguire i programmi di vaccinazione fino all'approvazione del nuovo PNPV, il Ministero della Salute ha trasmesso alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome una proposta di proroga isorisorse di un anno dell'ultimo Piano.

5.4.1 L'adesione alle campagne nell'età pediatrica

Le campagne di immunizzazione rappresentano uno strumento fondamentale per la tutela della salute e del benessere delle persone, sin dai primi mesi di vita.

Per i bambini di età tra 0 e 6 anni, l'ultimo Calendario Vaccinale prevede che vengano offerti dal SSN le seguenti vaccinazioni in forma gratuita e attiva: esavalente (vaccinazione contro difterite-poliomielite-tetano-epatite B-pertosse-Haemophilus influenzale tipo b), anti-rotavirus, anti-pneumococco, anti-meningococco B, anti-meningococco ACWY, anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia e anti-varicella e antinfluenzale.

Attualmente, le vaccinazioni dell'esavalente, anti-MPR (morbillo, parotite, rosolia) e, dal 2017, anti-varicella sono obbligatorie e necessarie per l'accesso ai servizi per l'infanzia. Comprendere a fondo i benefici dei vaccini significa tuttavia superare una logica dell'obbligo per abbracciare una visione di valore condiviso, basata sulla partecipazione attiva e consapevole.

Nel complesso, i dati confermano l'efficacia delle politiche pubbliche implementate negli ultimi anni e il ruolo determinante dell'obbligo vaccinale nell'aumentare le adesioni. Tuttavia, persistono differenze territoriali che sollevano questioni di equità nell'accesso alla pratica vaccinale.

Nel 2023 la copertura nazionale a 24 mesi (coorte 2021) contro la polio (usata come proxy per le vaccinazioni contenute nell'esavalente) è stata pari al 94,8%, in lieve calo rispetto all'anno precedente (95,2%). Vi è una significativa variabilità regionale, con valori che oscillano tra il 98% del Friuli Venezia Giulia e l'85,3% della P.A. di Bolzano; 12 Regioni hanno raggiunto e superato la soglia di copertura ottimale del 95% fissata dall'OMS. L'analisi della copertura vaccinale a 36 mesi, che permette di valutare anche il recupero – seppur tardivo – dei bambini non vaccinati nell'anno precedente, mostra che a livello nazionale è stata raggiunta la soglia del 95%.

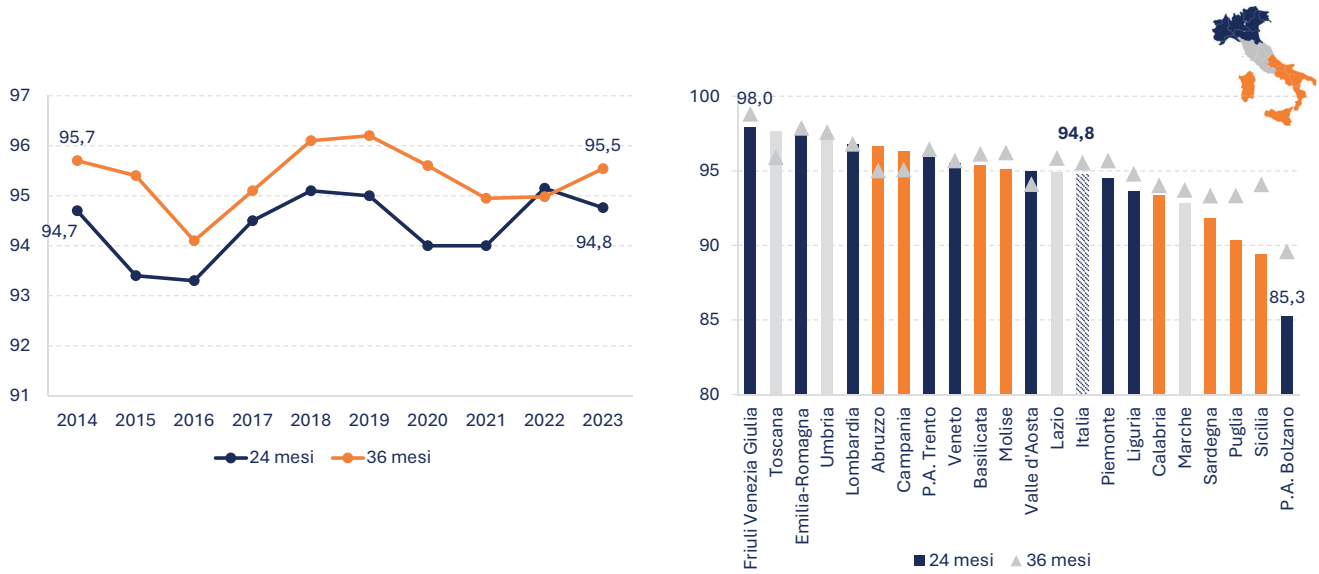


Figura 14. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-polio a 24 e 36 mesi in Italia (%), 2014-2023.
A destra: Copertura per la vaccinazione anti-polio a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Il tasso di copertura a 24 mesi per la vaccinazione anti-MPR nel 2024, pari al 94,6%, consolida il trend positivo del biennio precedente, riportandosi ai livelli pre-COVID. La distribuzione regionale riflette in buona parte quella dell'anti-polio, con le stesse Regioni a occupare le prime e le ultime tre posizioni. 10 Regioni hanno raggiunto il tasso di copertura del 95%. Anche in questo caso, guardando ai tassi di copertura a 36 mesi, il valore medio nazionale si assesta sul 95%.

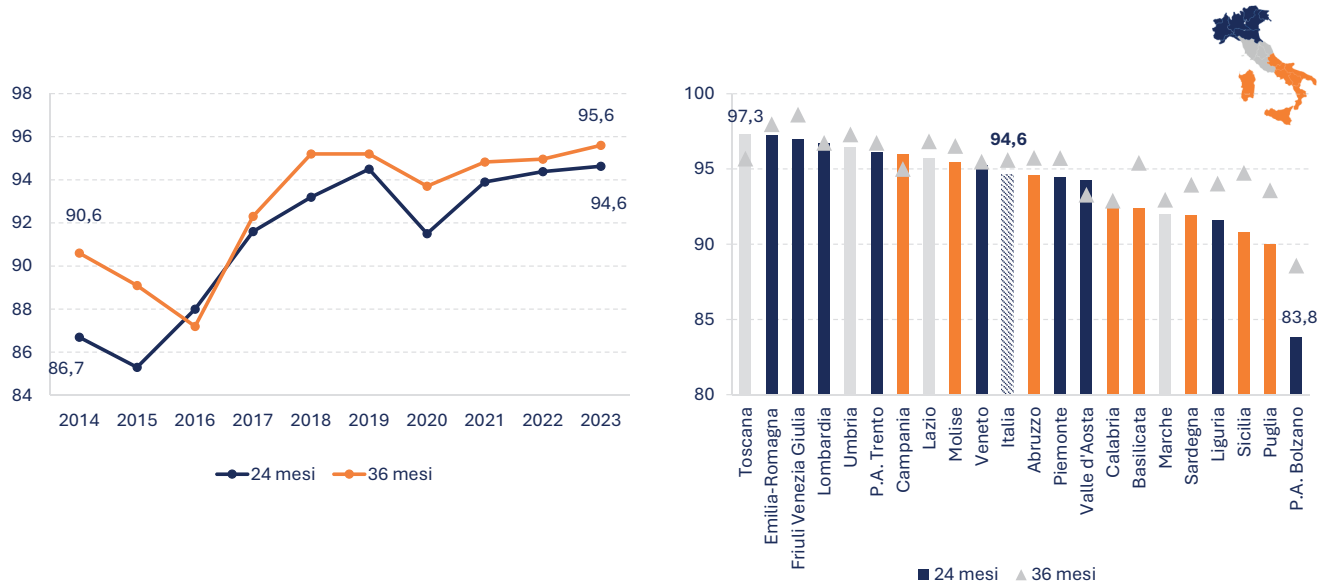


Figura 15. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-MPR a 24 e 36 mesi in Italia (%), 2014-2023.
A destra: Copertura per la vaccinazione anti-MPR a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-varicella, si registra un trend di crescita a partire dal 2016, probabilmente legato all'introduzione dell'obbligo vaccinale e al rafforzamento delle politiche di prevenzione. La copertura a 36 mesi, che già nel 2014 era al 37,5%, ha conosciuto una rapida crescita, fino a raggiungere il 94,8% nel 2023. Anche la copertura a 24 mesi, inizialmente più bassa (36,6% nel 2014), è aumentata costantemente, con una forte accelerazione tra il 2017 e il 2019 e un consolidamento nei due anni successivi, arrivando al 93,8% nel 2023.

A livello regionale, vi sono significative differenze nelle coperture vaccinali tra le diverse aree del Paese. Alcune Regioni, in particolare Emilia-Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Trento, mostrano livelli molto alti di copertura, superiori al 95% sia a 24 che a 36 mesi, ben oltre la media nazionale. Al contrario, alcune Regioni del Sud e delle Isole, come Sicilia, Puglia e anche la P.A. di Bolzano, si collocano su valori più bassi, in alcuni casi inferiori all'85% per la copertura a 24 mesi. Questo evidenzia la necessità di rafforzare l'accesso ai servizi vaccinali, migliorare la sensibilizzazione dei genitori e contrastare eventuali fenomeni di esitazione vaccinale.

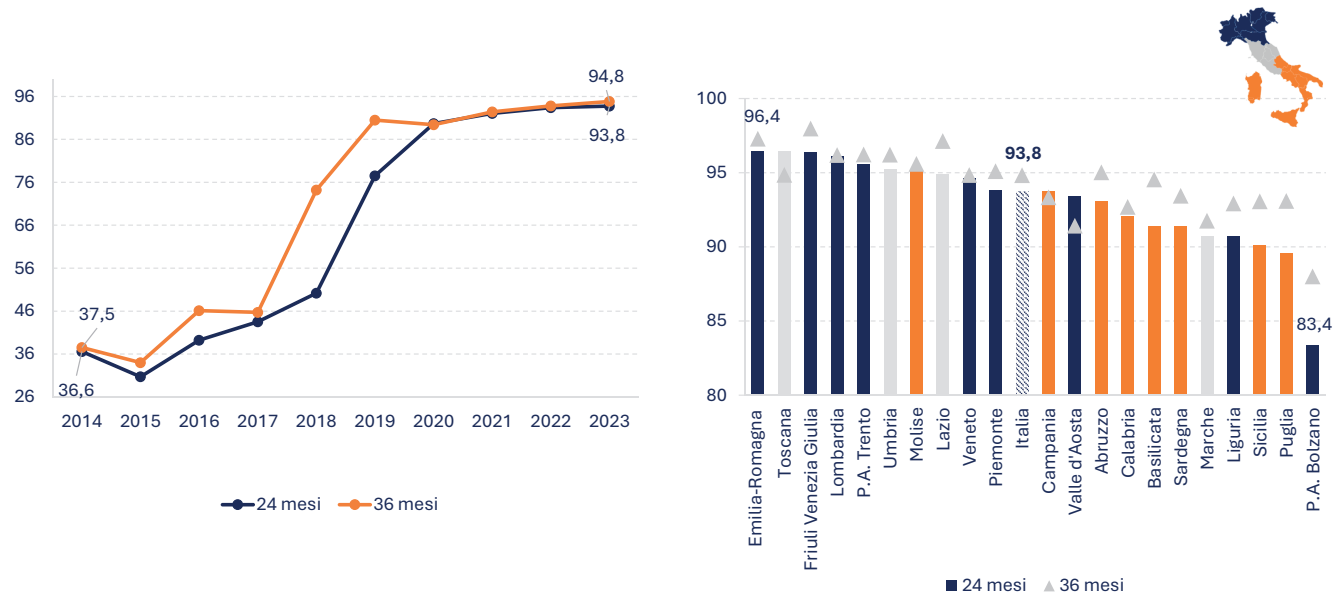


Figura 16. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-varicella a 24 e 36 mesi in Italia (%), 2014-2023. A destra: Copertura per la vaccinazione anti-varicella a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

I dati dell'andamento della copertura vaccinale contro lo pneumococco in Italia tra il 2014 e il 2023, distinguendo tra bambini vaccinati entro i 24 mesi e quelli entro i 36 mesi, rivelano un miglioramento progressivo nel tempo: la copertura a 24 mesi è passata dall'87,3% nel 2014 al 91,6% nel 2023, mentre quella a 36 mesi è aumentata dall'88,1% al 92,5% nello stesso periodo. Tra il 2016 e il 2018 si osserva un incremento marcato della copertura, probabilmente dovuto a un rafforzamento delle politiche sanitarie e a un'intensificazione delle campagne informative. Al contrario, tra il 2020 e il 2021 si registra un lieve calo, con ogni probabilità legato all'impatto della pandemia da COVID-19, che ha rallentato le attività di prevenzione e i servizi sanitari territoriali.

La Regione con la più alta copertura è il Veneto, con il 96,3%, mentre la P.A. di Bolzano si posiziona all'estremo opposto con una percentuale pari al 78,4%. Le Regioni del Nord e del Centro, come Valle d'Aosta, Umbria, Lazio, Lombardia, Emilia-Romagna e Basilicata, mostrano valori superiori alla media nazionale del 91,57% a 24 mesi. Al contrario, molte Regioni del Sud e le Isole, tra cui Calabria, Campania, Puglia, Sicilia e la stessa P.A. di Bolzano, presentano livelli di copertura significativamente inferiori. In quasi tutte le Regioni si osserva una differenza positiva tra la copertura a 24 e a 36 mesi, il che conferma che numerosi bambini ricevono la vaccinazione in ritardo rispetto alle tempistiche raccomandate. Quindi, sebbene la copertura vaccinale anti-pneumococco in Italia sia in costante miglioramento, permangono significative disuguaglianze tra le Regioni.

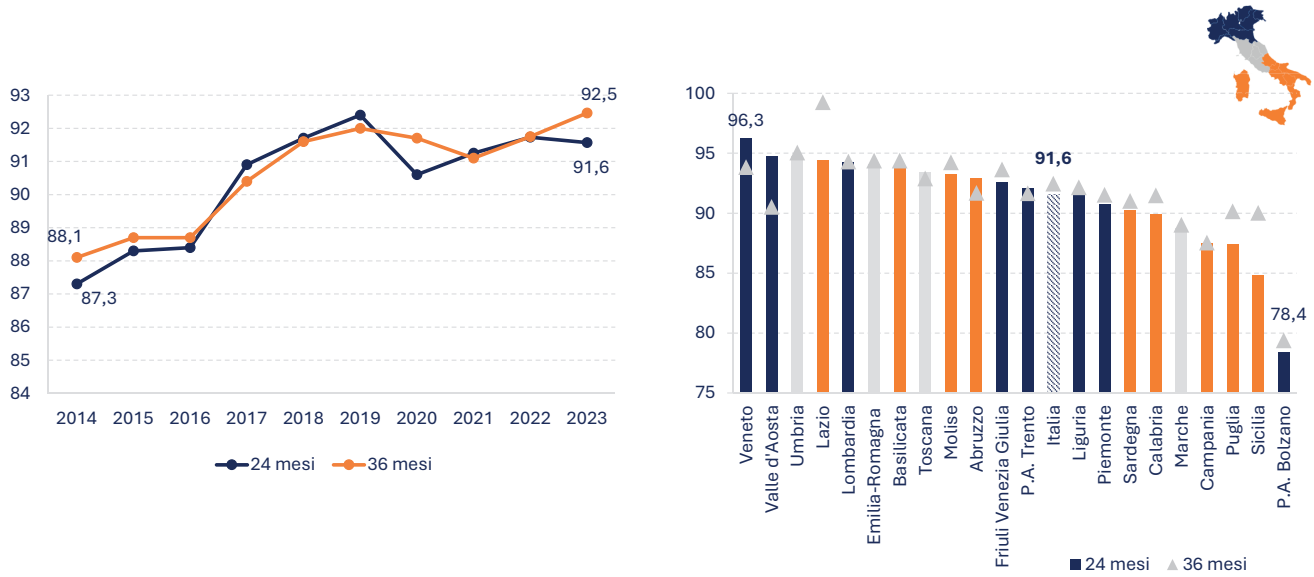


Figura 17. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-pneumococco a 24 e 36 mesi in Italia (%), 2014-2023.
A destra: Copertura per la vaccinazione anti-pneumococco a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

I dati relativi alla copertura della vaccinazione contro il rotavirus entro i 24 e i 36 mesi di età nelle diverse Regioni italiane evidenzia delle differenze territoriali marcate. Il Veneto si conferma la Regione con la più alta adesione, raggiungendo l'84,9% a 24 mesi, seguito da Molise, Lombardia e Friuli Venezia Giulia, tutte con percentuali superiori al 75%, mentre la media nazionale si ferma al 70,8%. In quasi tutte le Regioni, la copertura a 36 mesi è lievemente superiore rispetto a quella a 24 mesi, ma il divario non è sufficiente a colmare la distanza rispetto agli standard raccomandati.

La copertura della vaccinazione contro il meningococco B appare complessivamente più positiva, soprattutto nelle Regioni del Nord. La Lombardia si distingue per una copertura a 24 mesi pari al 93,6%, seguita da Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna e Liguria; la media nazionale è del 79,6%, una soglia superata anche da alcune Regioni del Sud. A fine classifica, la P.A. di Bolzano si ferma al 63,6% a 24 mesi, con la Campania ancora più indietro, intorno al 50%.

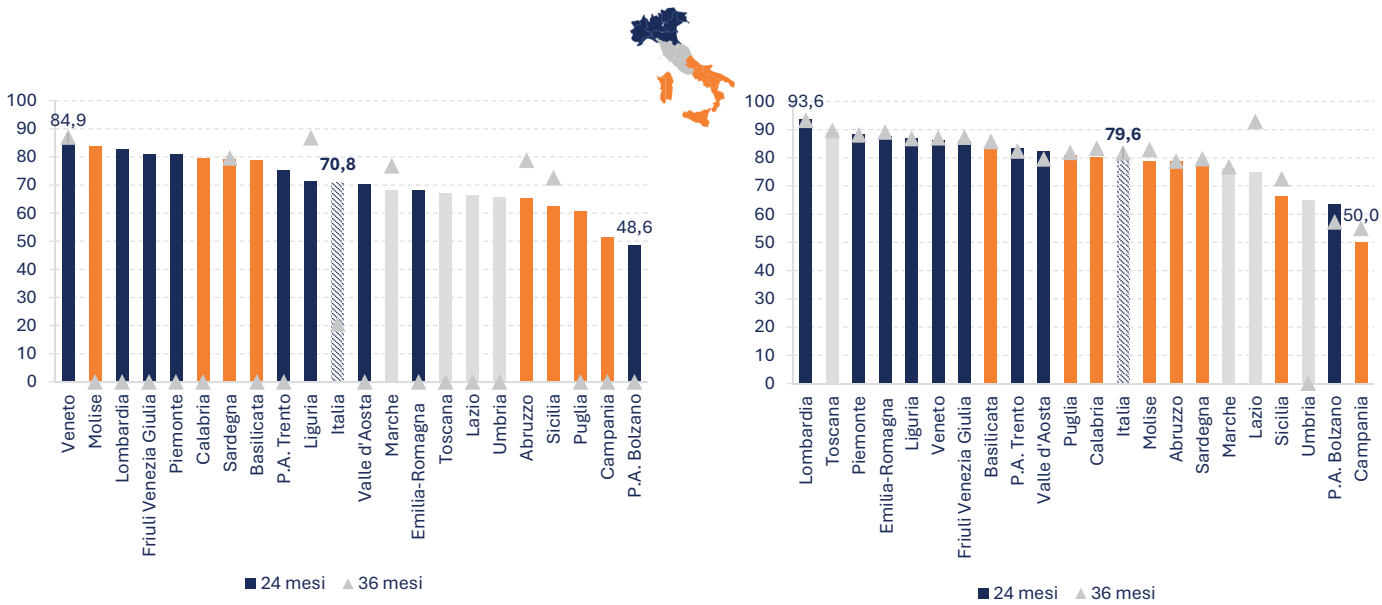


Figura 18. A sinistra: Copertura per la vaccinazione anti-rotavirus a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023. A destra: Copertura per la vaccinazione anti-meningococco B a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Nel grafico relativo al meningococco C, emerge una situazione molto disomogenea sul territorio nazionale. Le Regioni del Nord si distinguono per un'elevata adesione alla campagna vaccinale: Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Valle d'Aosta raggiungono percentuali vicine o superiori al 90% a 24 mesi, con la Lombardia in testa al 93,9%. La media nazionale è dell'83,8%, con molte Regioni del Sud al di sotto di questa soglia.

Il grafico a destra presenta la situazione relativa alla vaccinazione contro il meningococco ACWY. Le Regioni del Nord, come Emilia-Romagna (che raggiunge il 92,2% a 24 mesi), Veneto e Friuli Venezia Giulia, mostrano le coperture più elevate. Le Regioni che registrano i valori più bassi sono Valle d'Aosta, Lombardia e Piemonte.

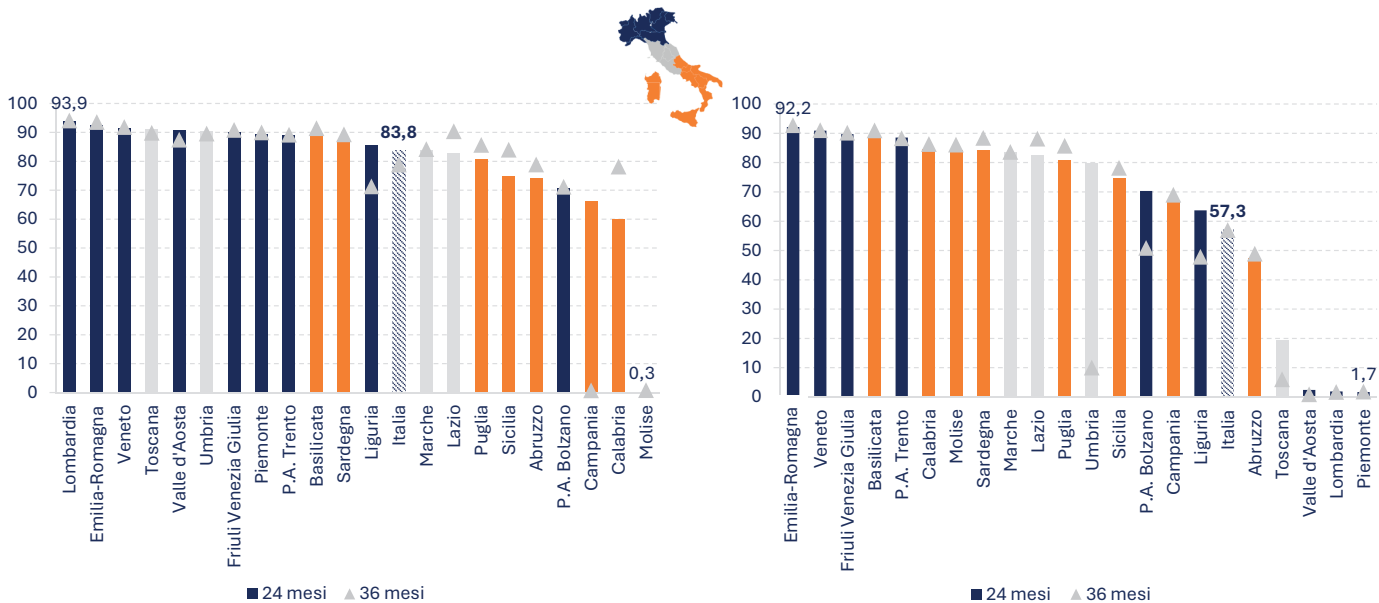


Figura 19. A sinistra: A destra: Copertura per la vaccinazione anti-meningococco C a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023.
A destra: Copertura per la vaccinazione anti-meningococco ACWY a 24 e 36 mesi nelle Regioni italiane (%), 2023

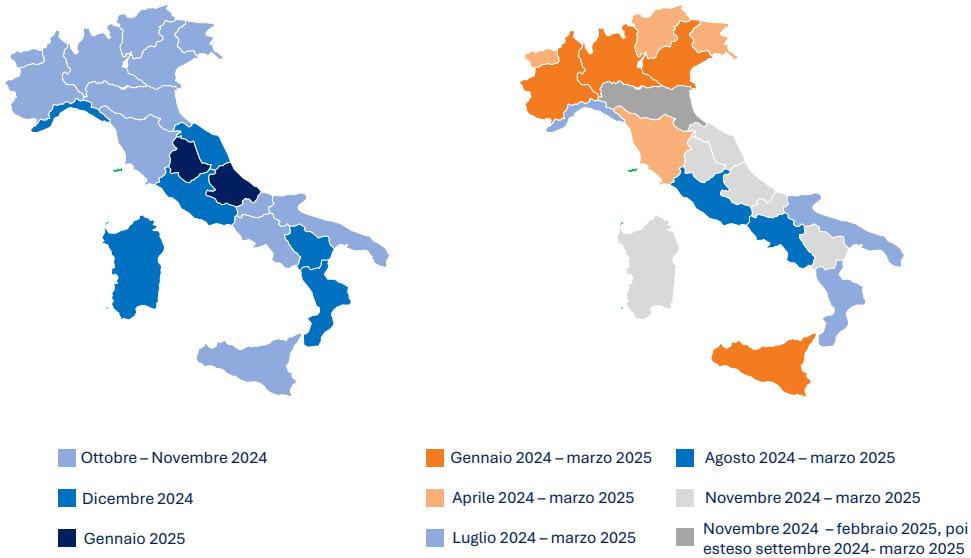
Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Accanto alle vaccinazioni tradizionali, dallo scorso anno il Ministero della Salute ha introdotto delle strategie di prevenzione del VRS. In Italia, si stima che oltre il 60% dei bambini contragga il VRS entro il primo anno e che il 4% vada incontro a ospedalizzazione (di cui 1 su 5 in terapia intensiva); questo virus è responsabile di circa 25.000 ricoveri annui tra i soli bambini di età inferiore ai 5 anni, quasi la metà di tutte le ospedalizzazioni respiratorie in quella fascia di età. Inoltre, circa il 40% dei bambini colpiti sviluppa broncospasmo ricorrente o asma, con un impatto di lungo periodo sulla salute e sul SSN.

A luglio 2024, il NITAG ha dato parere positivo all'introduzione di un anticorpo monoclonale con offerta universale a tutti i nuovi nati. A ottobre 2024 è stata sottoscritta l'Intesa per l'accesso universale dei neonati all'immunizzazione contro il VRS, con uno stanziamento di 50 milioni di euro a valere sul Fondo Sanitario Nazionale: la durata iniziale era di 6 mesi, con possibilità di estensione in base ai risultati e alla disponibilità di risorse.

Esclusa l'esperienza della Valle d'Aosta che ha avviato la profilassi universale nella stagione epidemica 2023-2024 in via sperimentale, le prime Regioni hanno somministrato l'anticorpo monoclonale a partire da ottobre e novembre 2024, le ultime (Abruzzo e Umbria) a partire da gennaio 2025. Piemonte, Lombardia, Veneto e Sicilia sono le uniche ad aver offerto l'immunizzazione con l'anticorpo monoclonale preventivo a tutti i nuovi nati da gennaio 2024[33].

33 Ceconi V, Guarino A, Russo R, Badolato R et al. (2025), "Virus Respiratorio Sinciziale: strategia di prevenzione universale della bronchiolite nelle regioni italiane". Pediatria.



Regione	Riduzione ospedalizzazioni per RSV (%)
Piemonte	>80%
Liguria	88%
Lombardia	80%
Veneto	80%
Toscana	>80%
Lazio	60%
Campania	70%
Puglia	>85%*
Calabria	75%

(*) Il dato si riferisce ai ricoveri in terapia intensiva

Figura 20. A sinistra: Partenza della campagna di prevenzione contro il VRS per i neonati nelle Regioni italiane (mese), stagione 2024-2025.
Al centro: Offerta di prevenzione del VRS per i neonati e bambini alla loro prima stagione nelle Regioni italiane (mese), stagione 2024-2025.
A destra: Riduzione delle ospedalizzazioni per VRS in alcune Regioni italiane (%), stagione 2024-2025

Fonte: TEHA Group su dati Ceconi V, Guarino A, Russo R, Badolato R et al. (2025), "Virus Respiratorio Sinciziale: strategia di prevenzione universale della bronchiolite nelle regioni italiane", 2025

Dai primi dati regionali, emerge una generale riduzione delle ospedalizzazioni per RSV[34]. In Veneto, una delle prime Regioni a offrire l'anticorpo, la riduzione dei ricoveri è stata accompagnata da una riduzione del 78% delle giornate di degenza e dell'83% dell'occupazione delle terapie intensive neonatali; in Lombardia si è ridotto anche il numero di ricoveri da Pronto Soccorso, da circa 2.350 negli inverni 2022/23 e 2023/24 a meno di 600 nella stagione invernale in corso.

La recente disponibilità di anticorpi monoclonali contro il VRS nei neonati dovrebbe auspicabilmente portare alla definizione del Calendario di Immunizzazione, rappresentando un vero cambio di paradigma per i prossimi anni[35]. Il Dipartimento per la Prevenzione del Ministero della Salute sta definendo una strategia di immunizzazione per garantire, già per la campagna 2025-2026, un accesso tempestivo e capillare all'anticorpo per i neonati, ma anche al vaccino per anziani e donne in gravidanza. Nel frattempo, tutte le Regioni italiane, come si evince dalle procedure di acquisto, hanno deciso per una strategia universale su tutta la coorte dei nuovi nati aprile 2025-marzo 2026.

34 Ibid.
35 Signorelli C, Oleari F, Greco D, Ruocco G, Guerra R, Rezza G, Vaia F, Campitiello MR, Fara GM (2024), "The Italian National Vaccine Prevention Plans, 1999/2020-2023/2025: challenges and obstacles to vaccine coverage goals". Commentary. Ann Ist Super Sanità.

5.4.2 L'adesione alle campagne nell'età adolescenziale

L'adolescenza rappresenta un momento molto importante per la prevenzione vaccinale. Da un lato, il Calendario prevede la somministrazione di richiami di alcune vaccinazioni già eseguite nell'infanzia: le vaccinazioni anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite, che sono obbligatorie al compimento dei 12 anni di vita, e quella anti-meningococco quadrivalente ACW135, raccomandata tra i 12 e i 18 anni a prescindere dall'aver effettuato o meno la vaccinazione anti-meningococcica C o quadrivalente ACW135Y in precedenza. Dall'altro, si raccomanda di effettuare la vaccinazione anti-papillomavirus (anti-HPV) ai ragazzi e alle ragazze dodicenni[36].

In relazione all'andamento nazionale della copertura vaccinale anti-HPV nelle ragazze dodicenni, nel 2015 la percentuale di ciclo vaccinale completato era pari al 68,9%, un dato relativamente alto che si è mantenuto stabile fino al 2017. Tuttavia, a partire dal 2018, si osserva un calo molto marcato e continuo, fino a toccare il minimo del 30% circa nel 2020. Questo crollo coincide con il periodo della pandemia da COVID-19, che ha limitato l'accesso alle vaccinazioni non urgenti. Dal 2021, i tassi di copertura sono in costante miglioramento fino a raggiungere il 51,2% nel 2024.

I dati mettono in luce una forte disomogeneità territoriale, variando tra il 77,9% della Lombardia e il 23,4% della Sicilia. Se si confrontano le percentuali delle dodicenni vaccinate a ciclo completo per le coorti 2024 e 2023, nell'ultimo anno si osserva un aumento significativo delle coperture in Friuli Venezia Giulia (dal 12,3% al 41,7%), mentre un calo in Valle d'Aosta (dal 58,3% al 40,3%).

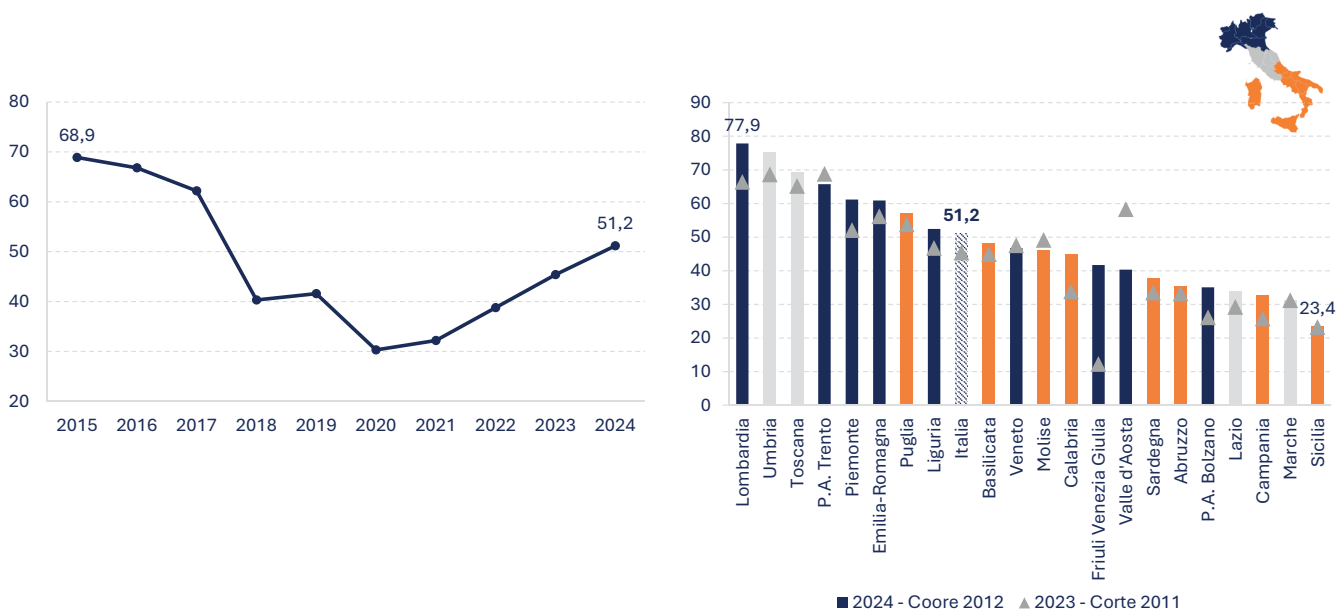


Figura 21. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni vaccinate a ciclo completo in Italia (%), 2015-2024. A destra: Copertura per la vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni vaccinate a ciclo completo (coorte 2012) nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

36 Il programma di recupero prevede la gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale per le donne almeno fino a 26 anni e per gli uomini almeno fino a 18 anni inclusi, con alcune differenze regionali.

La vaccinazione anti-HPV è offerta gratuitamente anche per i ragazzi dodicenni solo a partire dal 2017, dieci anni dopo le ragazze. Nell'ultimo decennio, la percentuale di dodicenni vaccinati contro l'HPV con ciclo completo è passata 10,8% del 2015 al 44,7% del 2024, una percentuale vicina ai livelli pre-pandemia. Come per le ragazze, i risultati evidenziano una forte eterogeneità territoriale, compresa tra il 74,8% della Lombardia e il 19,2% della Sicilia. Anche in questo caso, dal confronto con l'anno precedente emerge un forte miglioramento del Friuli Venezia Giulia, passato dall'11,2% al 38,4% e un peggioramento della Valle d'Aosta.

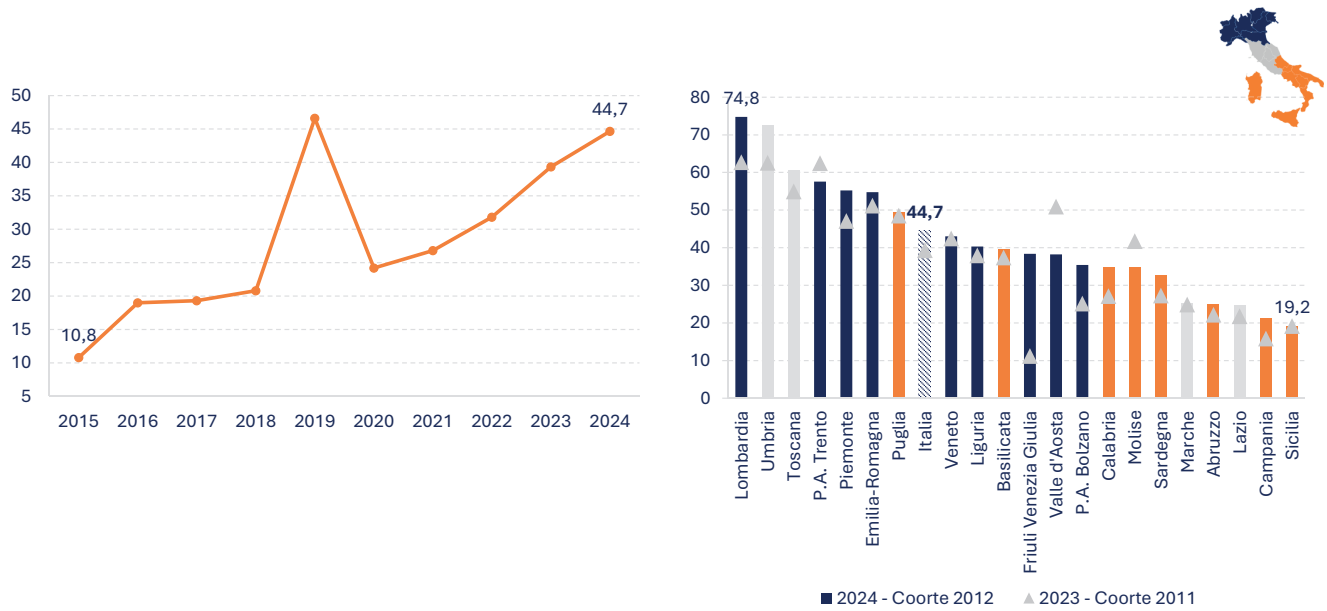


Figura 22. A sinistra: Andamento delle campagne di vaccinazione anti-HPV nei dodicenni vaccinati a ciclo completo in Italia (%), 2015-2024. A destra: Copertura per la vaccinazione anti-HPV nei dodicenni vaccinati a ciclo completo (coorte 2012) nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Tassi di copertura superiori per le coorti di età maggiore ai 12 anni indicano un certo ritardo nelle attività vaccinali. Se si considera ad esempio la coorte del 2011, il tasso di copertura nazionale tra le ragazze passa dal 45,4% del 2023 al 64,1% del 2024, mentre per i ragazzi, nello stesso periodo, il tasso aumenta dal 39,4% al 55,8%. Il Friuli Venezia Giulia è tra le Regioni più efficaci nell'implementazione delle strategie di recupero; i valori più bassi si registrano al Sud, dove molti ragazzi rimangono ancora scoperti dalla protezione del vaccino.

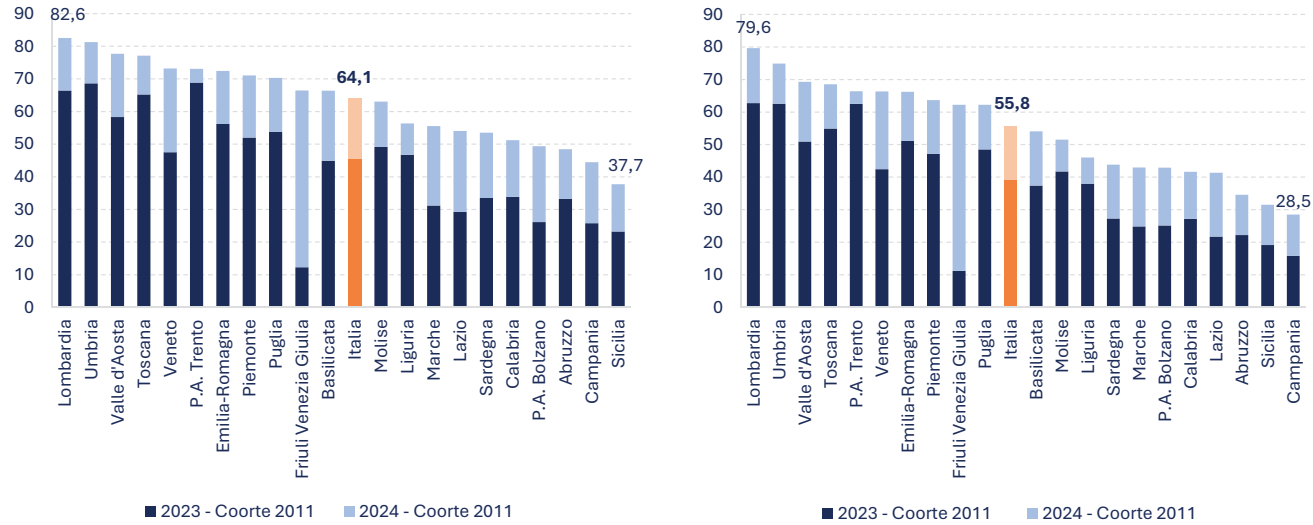


Figura 23. A sinistra: Copertura per la vaccinazione anti-HPV nelle ragazze della coorte 2011 (%), 2023 e 2024.
A destra: Copertura per la vaccinazione anti-HPV nei ragazzi della coorte 2011 (%), 2023 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Nonostante un trend in complessivo miglioramento, l'adesione resta insufficiente sia per i ragazzi che per le ragazze, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno. I dati confermano dunque una forte eterogeneità tra Regioni e tra generi nella campagna di vaccinazione anti-HPV, con l'obiettivo di copertura previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale del 95%, essenziale per garantire una protezione efficace e paritaria, ancora molto lontano.

Il raggiungimento di tassi elevati di copertura vaccinali contro l'HPV è fondamentale anche per contrastare efficacemente i tumori correlati, come il cancro del collo dell'utero, dell'ano, della vulva, della vagina, del pene e dell'orofaringe. Il vaccino può prevenire infatti circa il 90% di questi tumori e, in combinazione con gli screening, mira all'eliminazione di queste patologie. Un esempio regionale virtuoso viene dalla P.A. di Trento in cui, a gennaio 2025, è stata lanciata una campagna con chiamata attiva per vaccinare gratuitamente le donne fino a 40 anni e gli uomini fino a 30 anni non precedentemente vaccinati, con open-day mensili e sedute dedicate per facilitarne l'accesso.

Va ricordato "rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate" è inserito al terzo posto tra gli obiettivi principali del PNPV 2023-2025, dopo il mantenimento dello stato polio-free e l'eliminazione di morbillo e rosolia. La rilevanza della vaccinazione anti-HPV è stata più volte ribadita anche nel Piano Oncologico Nazionale 2023-2027.

La vaccinazione anti-HPV rappresenta inoltre un elemento fondamentale di un'ambizione più ampia: l'eliminazione del tumore cervicale, obiettivo prioritario sia dell'OMS sia dell'Unione Europea attraverso l'iniziativa EU Beating Cancer, per cui viene raccomandato il monitoraggio della coorte delle ragazze di 15 anni, considerata strategica per valutare i progressi nella prevenzione. Anche a livello internazionale, emergono alcuni esempi virtuosi: Svezia[37] e Australia[38], sono tra i Paesi più vicini all'eliminazione del tumore cervicale, che potrebbe essere raggiunta

37 OMS (2022), "HPV self-sampling in Sweden leading to faster elimination of cervical cancer".
38 Per ulteriori approfondimenti: https://www.health.gov.au/resources/publications/national-strategy-for-the-elimination-of-cervical-cancer-in-australia.

rispettivamente entro il 2027 e il 2035, grazie all'alta copertura vaccinale e programmi di screening integrati che includono la possibilità di auto-prelievo per il test.

5.4.3 L'adesione alle campagne nell'età adulta

La popolazione adulta è particolarmente esposta al rischio di patologie che incidono fortemente sulla sostenibilità del sistema sanitario e sull'economia in genere. L'aggravarsi delle malattie croniche, spesso legato a comorbidità, rappresenta una sfida rilevante. In questo quadro, la prevenzione – e in particolare la vaccinazione – riveste un ruolo strategico: riduce l'incidenza di forme gravi e riacutizzazioni, abbassa i costi di cura e limita l'assenteismo lavorativo, con benefici per la produttività.

Nella popolazione anziana la vaccinazione è altrettanto cruciale, perché sostiene un invecchiamento sano. La protezione da virus come l'herpes zoster, che procura dolori intensi e può causare serie complicanze a partire dalla nevralgia post erpetica, e da infezioni respiratorie come influenza, COVID, polmonite e VRS, previene ricoveri, complicanze e disabilità, contenendo i costi sanitari e socio-assistenziali. Mantenere l'autonomia degli anziani riduce il ricorso a cure a lungo termine, migliora la qualità della vita e allenta la pressione sulle risorse pubbliche, che sono limitate.

Per gli adulti (>18anni), l'ultimo Calendario Vaccinale prevede che vengano offerti gratuitamente e attivamente dal SSN le seguenti vaccinazioni: richiamo della vaccinazione anti-DTP (difterite, tetano, pertosse), la vaccinazione antipneumococcica (nei 65enni), anti-Herpes Zoster (nei 65enni), antinfluenzale (partire dai 60 anni di età e anti-COVID-19 (a partire dai 60 anni di età). I soggetti fragili possono accedere a queste vaccinazioni anche prima del compimento dell'anno di età specifico per cui la vaccinazione è raccomandata.

A questa offerta vaccinale, come auspicato dal Calendario di Immunizzazione per la Vita, si vorrebbe aggiungere l'utilizzo dei nuovi vaccini anti-VRS nella popolazione dai 75 anni in su, negli over-60 affetti da malattie croniche e nelle donne in gravidanza, anche se la mancanza di accesso universale – la citata intesa Stato-Regioni di ottobre 2024 era limitata all'immunizzazione dei neonati – ha portato solo 2 Regioni, Sicilia e Molise, ad avviare di propria iniziativa la somministrazione del vaccino materno. Come accennato in precedenza, il Ministero intende aggiornare il Calendario nazionale e partire con un'offerta sistematica della vaccinazione anche alla popolazione adulta a partire dalla stagione 2025-2026.

In tutta Europa, l'influenza stagionale infetta ogni anno dal 10% al 30% della popolazione europea, causando centinaia di migliaia di ricoveri e provocando tra 15.000 e 70.000 decessi dovuti a cause ad essa associate.

Nel periodo compreso tra il 2005 e il 2025, l'andamento della copertura vaccinale anti-influenzale nella popolazione anziana ha mostrato un andamento altalenante. Dopo aver raggiunto i livelli più bassi nel 2014-2015, dalla stagione successiva si è osservato un aumento continuo, raggiungendo i valori più alti durante il primo periodo pandemico, con picchi pari al 65,3%; con l'allentarsi dell'emergenza sanitaria, tuttavia, si è assistito a un lento ritorno ai livelli pre-pandemici.

Nonostante la disponibilità dei vaccini e il coinvolgimento di diversi attori[39], secondo gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute, relativi alla stagione 2024-2025, a fronte di una copertura media nazionale del 52,5%, lontana dall'obiettivo minimo del 75% (e da quello ottimale del 95%), i tassi di copertura sono più bassi al Sud rispetto che al Centro-Nord. I tassi negli over-64 si confermano comunque decisamente superiori alla media della popolazione complessiva (19,6% nel 2024-2025, in crescita rispetto al 18,9% della stagione precedente).

39 MMG, pediatri, specialisti, farmacie e strutture ospedaliere e residenziali.

La pericolosità dell'influenza aumenta quando si considerano i soggetti con patologie concomitanti e croniche di qualunque età, per i quali il rischio di complicazioni gravi è più alto rispetto alla popolazione generale. In questi casi, la vaccinazione è cruciale per prevenire l'aggravamento delle condizioni preesistenti, riducendo il rischio di acutizzazioni e migliorando il controllo dello stato di salute complessivo. A tal proposito, la popolazione anziana e i più vulnerabili possono utilizzare anche vaccini potenziati.

Guardando ai tassi di copertura vaccinale contro l'influenza nella fascia 18-64 anni, la copertura è più elevata tra chi presenta almeno una patologia cronica, con il 25% nel 2023-24, rispetto all'11,9% della popolazione generale 18-64 anni e al 9,4% dei soggetti senza patologie croniche.

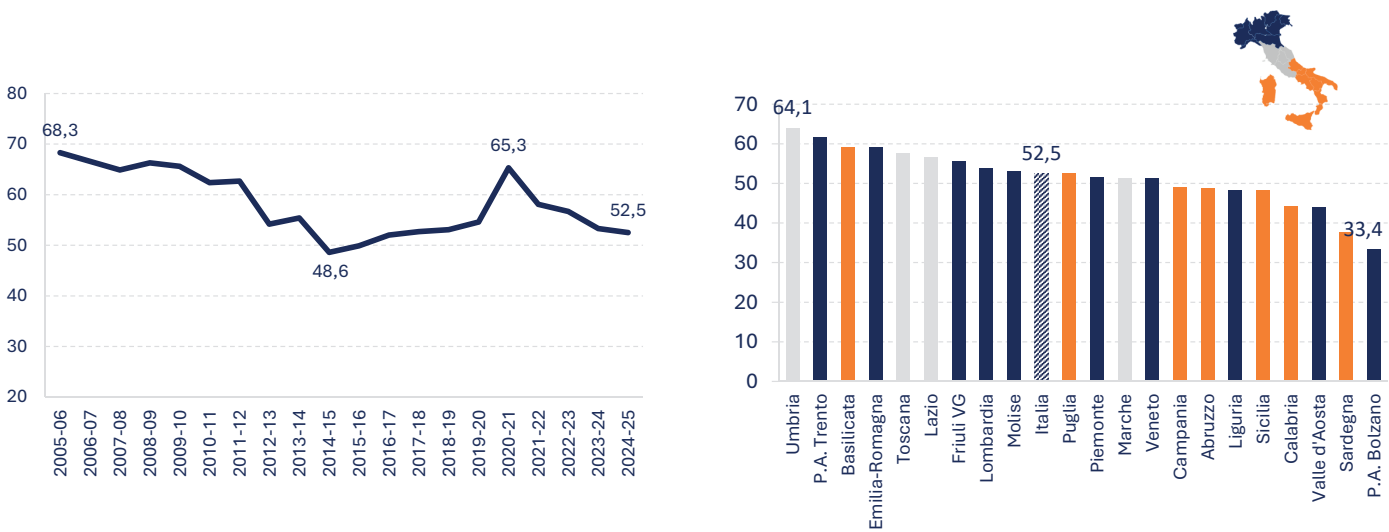


Figura 24. A sinistra: andamento delle campagne di vaccinazione contro l'influenza nella popolazione over-64 italiana (%), stagione 2005-06 – stagione 2024-25. A destra: copertura per la vaccinazione contro l'influenza nella popolazione over-64 nelle Regioni Italiane (%), stagione 2024-25

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

I dati di copertura vaccinale anti-COVID-19 evidenziano criticità rilevanti, nonostante l'efficacia del vaccino sia stata confermata da studi clinici su larga scala, che hanno dimostrato la capacità di ridurre significativamente il rischio di ricoveri ospedalieri, ma anche la progressiva riduzione nel tempo della protezione immunitaria.

Il tasso di copertura negli anziani in Italia nella stagione 2024-2025, pari a 4,5% negli over-60, è dimezzato rispetto alla stagione precedente (10,2%) e nettamente inferiore a quello dei Paesi nordici (>60%). Il dato inoltre nasconde significative disuguaglianze territoriali, con una copertura che varia tra l'11,5% dell'Emilia-Romagna e valori inferiori allo 0,5% in Sicilia, Campania, Calabria e Umbria.

Come per la scorsa stagione, anche per la campagna 2024-2025 il Ministero della Salute aveva raccomandato la co-somministrazione del vaccino anti-COVID-19 con quello antinfluenzale: il disallineamento tra la pubblicazione della Circolare contenente le Raccomandazioni per questa vaccinazione (settembre 2024) e di quella sulla campagna di vaccinazione antinfluenzale (maggio 2024), può aver ostacolato questa pratica.

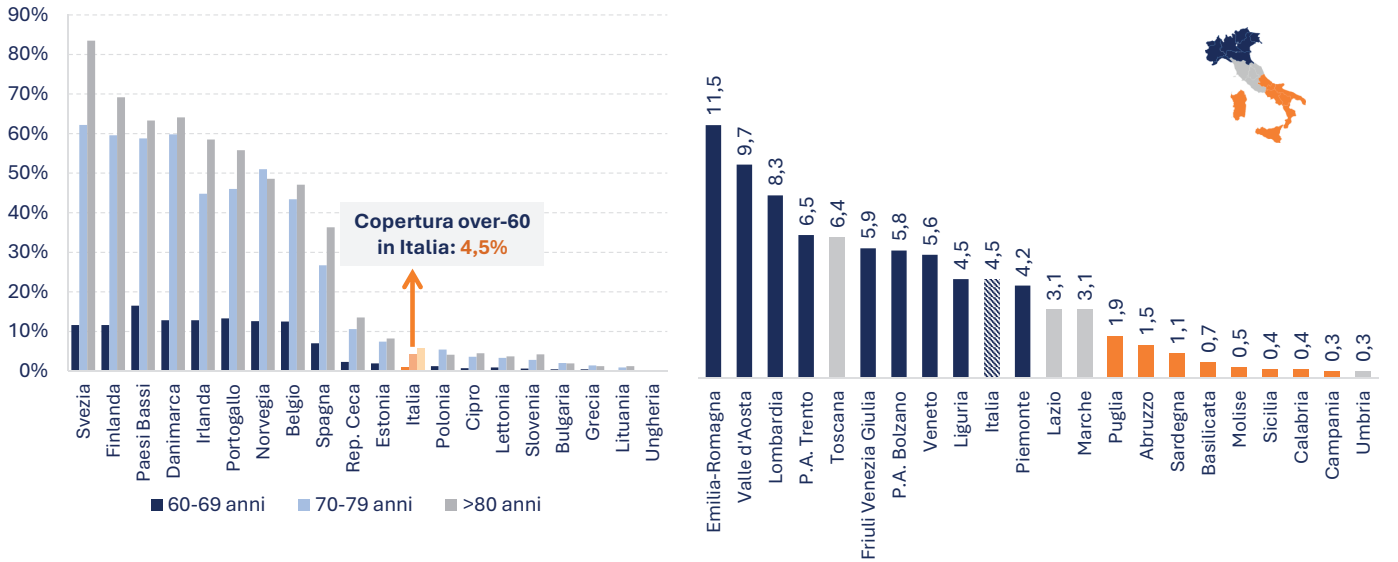


Figura 25. A sinistra: Copertura per la vaccinazione anti-COVID-19 nella popolazione over-60 in una selezione di Paesi europei (%), 2024-2025. A destra: Copertura per la vaccinazione anti-COVID-19 nella popolazione over-60 nelle Regioni italiane (%), 2024-2025

Fonte: TEHA Group su dati ECDC e Ministero della Salute, 2025

Per le vaccinazioni stagionali, la buona riuscita della campagna 2025-2026 dipenderà comunque da diversi fattori di natura organizzativa a cui si sommano le difficoltà legate all'adesione volontaria, già compromessa l'anno precedente da una ridotta percezione del rischio da parte della popolazione, dal depotenziamento delle strutture territoriali, da un calo di sensibilizzazione e motivazione tra gli operatori sanitari e da un atteggiamento generale di inerzia vaccinale (vaccine fatigue) da parte della popolazione.

Il 25 luglio 2025 è stata pubblicata la Circolare del Ministero della salute contenente le raccomandazioni per la campagna antinfluenzale 2025-2026, con un aggiornamento dei vaccini, un ampliamento del target e una crescente attenzione alle strategie comunicative, cui dedica un'intera sezione.

Compatibilmente con la disponibilità di vaccino, si raccomanda di condurre le campagne di vaccinazione antinfluenzale regionali a partire dall'inizio di ottobre e offrire la vaccinazione alle persone eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione. L'offerta gratuita non riguarda soltanto i gruppi a rischio, inclusi gli operatori sanitari, ma viene estesa a chiunque desideri vaccinarsi, con l'obiettivo di rafforzare l'approccio inclusivo delle politiche vaccinali e contribuire ad aumentare le coperture complessive.

Nell'ottica di semplificare i percorsi di prevenzione, ridurre gli accessi ripetuti alle strutture sanitarie e favorire una maggiore adesione della popolazione, la Circolare rafforza la co-somministrazione con i vaccini raccomandati (anti-COVID-19, pneumococco e Herpes Zoster); inoltre, anche quest'anno la vaccinazione sarà proposta in tutti i contesti sanitari (ospedali, farmacie, ambulatori, residenze assistite), con l'estensione dell'offerta anche ai lavoratori tramite le aziende, un coinvolgimento ancora più attivo delle farmacie con percorsi formativi e il rafforzamento del monitoraggio.

Il 22 settembre 2025 è stata pubblicata anche la Circolare per la campagna di vaccinazione anti-COVID-19. La dose di richiamo annuale sarà offerta alle categorie a rischio e potrà essere somministrata anche insieme al vaccino antinfluenzale. Anche questa Circolare pone l'accento sul rafforzamento della collaborazione con MMG, pediatri, farmacie e strutture sanitarie e sul potenziamento delle attività di comunicazione e informazione ai cittadini.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-pneumococco e anti-Herpes Zoster negli over-65 e nei soggetti fragili, i dati di monitoraggio sono spesso frammentati a livello locale e/o regionale a causa della mancanza di un sistema unico di monitoraggio e sorveglianza, rendendo difficile definire il livello di copertura vaccinale in questa fascia d'età.

Nel caso dello pneumococco, ad esempio, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 prevede la vaccinazione gratuita contro lo pneumococco a partire dalla coorte dei 65enni e per gli over-18 con comorbidità, con un obiettivo di copertura del 75%, ma gli esperti stimano una copertura nazionale inferiore al 30%. Tra le poche Regioni che hanno reso disponibili i propri dati[40], la copertura supera il 50% della popolazione target nella P.A. di Trento (54,9%) e in Veneto (55,2%), mentre non si arriva al 20% in Lombardia (15,6%[41]), Puglia (16,9%) e Piemonte (18,0%).

Per il vaccino contro l'Herpes Zoster alcune stime a livello nazionale riportano una copertura ancora inferiore, vicina al 5%. Nel 2024 nella P.A. di Trento e in Veneto, dove è presente una chiamata attiva per i nuovi 65enni, i tassi di copertura hanno raggiunto rispettivamente il 50,9% e il 54,6%; nel 2023, in Lombardia, la media dei vaccinati nelle coorti 1952-1958 contro l'Herpes Zoster era dell'1,3%.

Per entrambe le vaccinazioni gli obiettivi di copertura sono ancora molto distanti. In questo contesto, l'adozione di alcune misure può contribuire a rafforzare il programma di prevenzione anti-pneumococcica e anti-Herpes Zoster:

- Implementare un'anagrafe vaccinale nazionale aggiornata in tempo reale, attraverso dati sistematici, essenziale per monitorare tutte le vaccinazioni e identificare le aree che necessitano di interventi mirati, misurando in modo accurato gli obiettivi di copertura vaccinale non solo nei bambini e negli adolescenti, ma anche negli adulti;
- Destagionalizzare la vaccinazione, informando i destinatari che la vaccinazione antipneumococcica e anti – Herpes Zoster possono essere effettuate in qualsiasi momento dell'anno;
- Rafforzare e innovare le modalità di somministrazione, estendendo la vaccinazione a domicilio per soggetti anziani e fragili, promuovendo la vaccinazione opportunistica e la chiamata attiva (anche tramite SMS, WhatsApp e telefonata) e includendo, per i pazienti cronici, la vaccinazione nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali;
- Promuovere campagne di comunicazione sui numeri e i rischi delle malattie prevenibili da vaccino, calibrate sulla base della popolazione target, con comunicazione affidata a personaggi autorevoli.
- Rivedere gli indicatori nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio LEA, passando dalla copertura per una data vaccinazione a una visione che consideri tutte le vaccinazioni e le altre forme di immunizzazione per una data fascia d'età[42], seguendo l'approccio della "life course immunization".

Su quest'ultimo punto, le singole Regioni si sono mosse in autonomia. Ad esempio, da dicembre 2023 le Marche hanno avviato una sperimentazione per somministrare la vaccinazione contro l'herpes zoster, lo pneumococco e l'HPV nelle farmacie territoriali aderenti alla

40 Dati 2024 o ultimi disponibili.

41 Media dei vaccinati nelle coorti 1952-1958 nel corso del 2023.

42 Questo cambio porterebbe a monitorare le vaccinazioni obbligatorie per i bambini, quelle raccomandate per i bambini, raccomandate per gli adolescenti, raccomandate per gli anziani e raccomandate per le categorie a rischio, quali donne in gravidanza, soggetti fragili e operatori sanitari. Ciò comporta un duplice vantaggio: da una parte, includerebbe nei LEA alcune vaccinazioni non attualmente monitorate come anti-pneumococcica e anti-Herpes Zoster e, dall'altra, renderebbe questi indicatori automaticamente aggiornati rispetto agli aggiornamenti del calendario di immunizzazione.

"farmacia dei servizi". Con una Delibera approvata il 15 settembre 2025, la Lombardia ha deciso, dopo una fase di sperimentazione, di estendere a tutte le ATS la possibilità di erogare in farmacia i vaccini contro lo pneumococco, con prenotazione autonoma e inviti attivi rivolti ai 65enni; la stessa Delibera ha introdotto la somministrazione in farmacia delle vaccinazioni anti-HPV e dei richiami anti-DTP.

Aumentare i tassi di copertura vaccinale anche nell'adulto significa non solo migliorare la salute della popolazione, ma anche rafforzare la sostenibilità del SSN. Secondo le stime di TEHA Group, l'incremento delle coperture vaccinali in questo target di popolazione contro influenza, COVID-19, pneumococco e VRS garantirebbe un beneficio economico rilevante, grazie ai costi diretti e indiretti evitati (incluso il valore economico delle vite salvate): con una copertura del 50%, livello comunque inferiore ai target minimi raccomandati, il risparmio ammonterebbe a circa 1 miliardo di euro; raggiungendo la soglia ottimale del 95%, il beneficio crescerebbe fino a 2,1 miliardi di euro l'anno.

5.5 L'ORGANIZZAZIONE E L'ADESIONE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING

A differenza delle campagne mirate a modificare i comportamenti individuali o a prevenire l'insorgenza delle malattie, gli screening – strumenti di prevenzione secondaria – si rivolgono a persone asintomatiche che possono trovarsi in una fase silente o latente della patologia. L'obiettivo è individuare precocemente la malattia, prima della comparsa dei sintomi, per intervenire tempestivamente, aumentare le probabilità di guarigione, rallentarne la progressione e ridurre la mortalità. In questo senso, lo screening consente non solo di migliorare gli esiti clinici, ma anche di ridurre l'impatto delle malattie sul sistema sanitario.

Gli screening possono essere organizzati su base di popolazione – tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL), che li offrono gratuitamente agli individui eleggibili – oppure attivati dal medico curante per i singoli pazienti. È inoltre possibile accedervi su base volontaria, sostenendo parte o l'intero costo, una scelta spesso legata alle difficoltà di prenotazione, agli orari poco flessibili o alle lunghe liste d'attesa.

5.5.1 Gli screening oncologici

In Italia la prevenzione oncologica si realizza in gran parte attraverso tre programmi di screening organizzato, garantiti gratuitamente dal SSN. Si tratta di percorsi strutturati, che prevedono l'invito attivo della popolazione a rischio, protocolli condivisi e controlli di qualità, con l'obiettivo di individuare precocemente tumori o lesioni precancerose e ridurre così mortalità e trattamenti invasivi. Attualmente, i programmi di screening attivi riguardano i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto. Anche se questi programmi rappresentano un pilastro della prevenzione oncologica, continuano a essere segnati da diseguaglianze territoriali.

Lo screening cervicale rappresenta uno degli interventi di sanità pubblica più efficaci, perché permette di individuare lesioni precancerose del collo dell'utero causate dall'infezione da papillomavirus umano (HPV) prima che evolvano in carcinoma. Questo screening è una delle componenti della strategia 70-90-70 fissata dall'OMS per ridurre l'incidenza del tumore cervicale del 10% entro il 2030 e del 40% entro il 2050: la strategia prevede che il 90% delle ragazze sia vaccinato entro i 15 anni, che il 70% delle donne sia sottoposto a screening ad alte prestazioni entro i 35 e 45 anni e che il 90% delle donne con malattia sia trattato.

L'adesione a questo programma, rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni, ha registrato valori per lo più stabili fino al 2019, per poi registrare un calo durante il 2020 a causa dell'interruzione delle attività sanitarie ordinarie dovuta alla pandemia da COVID19[43]. Nei due anni successivi

43 Istituto Superiore di Sanità EpiCentro – Dati PASSI, 2020-2021.

i valori non hanno mostrato segnali di recupero, confermando l'impatto negativo e perdurante dell'emergenza sanitaria sulla prevenzione oncologica; il calo è stato aggravato da ritardi medi nell'esecuzione dei test di circa 5 mesi, con punte più alte nelle Regioni meno organizzate.

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), relativi ai soli programmi organizzati dal SSN (ed esclusi dunque quelli spontanei, derivanti da iniziativa personale), nel 2024 il numero di donne invitate a eseguire lo screening cervicale è in aumento sul 2023: l'estensione degli inviti a livello nazionale è pari al 117% della popolazione target, che oscilla tra il 74% della Calabria e il 168% delle Marche[44].

1,6 delle 4,1 milioni di donne che hanno ricevuto l'invito hanno eseguito il test, con una adesione complessiva del 42%, in linea con l'anno precedente. L'adesione è più alta al Nord (48,0%) rispetto al Sud e alle Isole (32,7%), delineando un netto gradiente geografico sfavorevole alle Regioni del Mezzogiorno. Nelle Regioni dove i programmi di screening organizzato non sono ancora ben sviluppati o non riescono a raggiungere tutte le donne a cui sono rivolti, si osserva una percentuale maggiore di test eseguiti su iniziativa personale[45]. Tuttavia, questo ricorso spontaneo non è sufficiente a compensare le carenze del sistema organizzato.

Il persistere di barriere di natura organizzativa, culturale e socioeconomica – come l'accesso limitato ai centri screening e i ritardi nelle convocazioni, la scarsa fiducia nei servizi sanitari pubblici e una bassa percezione del rischio oncologico – rendono alcune aree ancora fragili. Da qui emerge con chiarezza la necessità di politiche di recupero mirate e strumenti innovativi – come l'introduzione del self-sampling (prelievo domiciliare) e la digitalizzazione dei sistemi di chiamata e registrazione – per rafforzare la capacità di intercettare le donne, soprattutto nelle aree più critiche.

La sorveglianza PASSI dell'ISS[46] mostra che l'adesione aumenta tra le donne con istruzione elevata, cittadinanza italiana e situazione economica stabile, ma anche nei casi in cui il medico di base consiglia lo screening. Le strategie che combinano invito formale e consiglio medico, infatti, si sono rivelate in molti casi fondamentali per motivare la partecipazione.

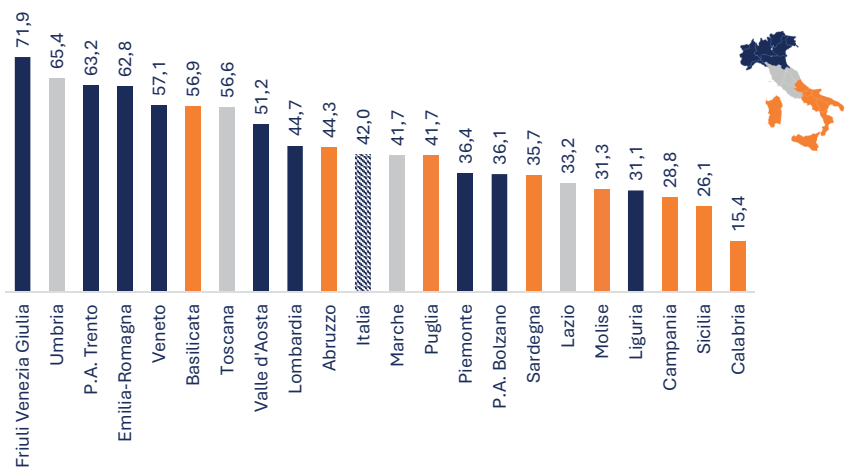


Figura 26. Adesione ai programmi di screening cervicale tra le donne tra i 25 e i 64 anni (solo organizzato) nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025

44 Le estensioni superiori al 100% indicano che la Regione ha effettuato inviti di recupero relativi a popolazione target per gli anni precedenti.

45 Secondo i dati 2023-2024 dell'Osservatorio PASSI, la copertura di screening cervicale spontaneo raggiunge il 47,9% in Campania e il 45,9% in Calabria, due Regioni dove la copertura dello screening organizzato si ferma rispettivamente al 28,8% e al 15,4%.

46 Istituto Superiore di Sanità, 2022.

In Italia, l'adesione ai programmi di screening mammografico tra le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha mostrato nel tempo un andamento crescente fino al 2019. Come per lo screening cervicale, l'arrivo della pandemia è coinciso con una riduzione della copertura, ma la ripresa è stata più rapida, raggiungendo nel 2024 livelli pre-pandemici.

A fronte di una estensione media del 97%, nel 2024 la copertura da invito è stata completa al Nord (103%) e al Centro (101%), ma non nel Sud e nelle Isole (88%), dove tuttavia aumenta significativamente rispetto all'anno precedente (79%).

Le Regioni del Nord (63,2%) si distinguono per tassi di adesione ai programmi organizzati molto superiori alla media italiana (53,8%). Al contrario, le Regioni del Mezzogiorno registrano percentuali più basse (40,1%), solo parzialmente compensate dalla copertura degli screening spontanei[47].

Come per lo screening cervicale, le ragioni di questo divario sono da ricercare anche in dimensioni culturali e sociali. Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, tra le principali motivazioni per cui una donna non si sottopone allo screening mammografico rientrano la convinzione di non averne bisogno, la paura del risultato o l'imbarazzo legato al test.

Lo screening organizzato dal SSN, inoltre, rappresenta un presidio fondamentale non solo come strumento di prevenzione, ma anche come alternativa concreta alle mammografie cliniche richieste dal medico o effettuate su iniziativa personale, che si scontrano con tempi di attesa molto lunghi. I dati della nuova Piattaforma nazionale di monitoraggio delle liste d'attesa mostrano infatti medie comprese tra 31 e 42 giorni, con punte fino a 320 giorni per le prestazioni programmabili.[48] Ritardi di questa entità rischiano di compromettere seriamente l'efficacia dei percorsi di screening, vanificando in parte i benefici della diagnosi precoce.

Dai primi dati disponibili dell'ONS, emerge che l'allargamento delle fasce di età dello screening mammografico non è omogeneo sul territorio nazionale, con alcune Regioni particolarmente virtuose e altre, in particolare quelle in Piano di rientro, che non si sono ancora allineate. Nella fascia 45-49 anni, considerando le 7 Regioni con estensione superiore al 40% (Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana), il range dell'adesione varia dal 33,3% delle Marche al 74,7% del Friuli Venezia Giulia. Nella fascia 70-74%, dove ben 11 Regioni[49] hanno una estensione superiore al 50%, il tasso di adesione varia tra il 41,2% delle Marche e il 93,1% del Friuli Venezia Giulia.

47 Similmente a quanto osservato per lo screening cervicale, anche la copertura dello screening mammografico spontaneo è superiore nelle Regioni del Centro-Sud, superando il 30% in Calabria (31,2%), Campania (31,7%) e Marche (30,2%). Dati PASSI, 2023-2024.

48 PNLA – Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa, 2025.

49 Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto. In Lombardia (106%), Marche (104%) ed Emilia-Romagna (103%) l'estensione è completa, mentre in Veneto e Umbria è superiore al 95%.

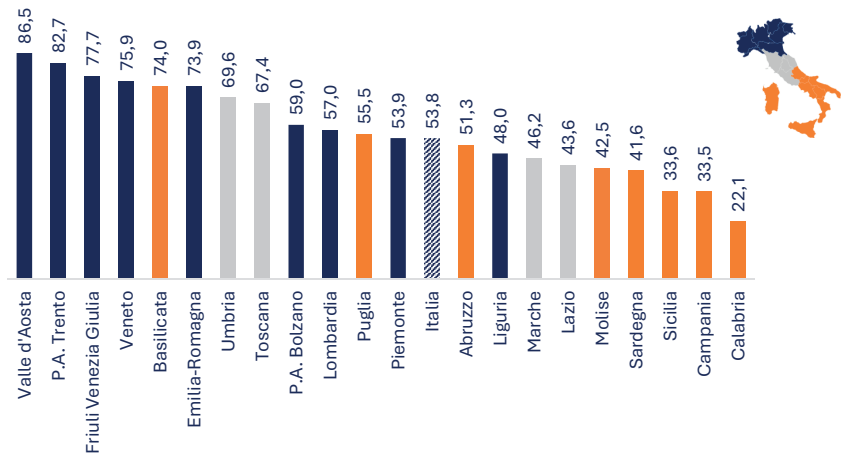


Figura 27. Adesione ai programmi di screening mammografico tra le donne tra i 50 e i 69 anni (solo organizzato) nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025

Lo screening colorettale permette di individuare precocemente lesioni pre-tumorali e tumori in fase iniziale, consentendo interventi tempestivi e trattamenti meno invasivi, e aumentando le probabilità di guarigione. Nonostante una estensione media pari al 94% della popolazione target, pressoché completa (99%) nel Centro-Nord, il tasso di adesione ai programmi organizzati resta molto basso: solo il 35,8% delle persone tra i 50 e i 69 anni esegue il test del sangue occulto nelle feci nei tempi raccomandati, segno che l'offerta attiva dei servizi sanitari non è sempre sufficiente da sola a garantire una elevata partecipazione. In questo caso, la copertura media nazionale dello screening spontaneo, rilevata da PASSI, è poco rilevante (3,8%, con un massimo del 12,7% in Abruzzo).

Le ragioni di questa bassa adesione sono molteplici. Un ostacolo rilevante è la scarsa percezione del rischio: quasi un intervistato su tre dichiara di "non averne bisogno", mentre il 20% afferma di non aver ricevuto alcuna raccomandazione o invito. Anche i fattori socio-demografici incidono in maniera decisiva: partecipano di più gli uomini, i 60-69enni, le persone con istruzione medio-alta, chi non affronta difficoltà economiche e chi possiede cittadinanza italiana. Al contrario, barriere economiche, istruzione ridotta e problemi di accesso ai servizi penalizzano l'adesione nelle fasce più fragili della popolazione.[50]

Sul piano organizzativo emergono forti differenze territoriali. Le Regioni del Nord dispongono di programmi meglio strutturati, con un coordinamento regionale efficace, comunicazione chiara e tempi di risposta rapidi. Al contrario, nel Sud e nelle Isole le politiche di prevenzione sono meno capillari: in Puglia, ad esempio, il programma è stato avviato solo nella seconda metà del 2019, mentre durante la pandemia diverse Regioni meridionali hanno accumulato ritardi fino a 9-10 mesi.

Va considerato un aspetto culturale spesso trascurato: l'esitazione verso la prevenzione oncologica. In diverse aree del Paese lo screening colorettale è percepito come superfluo o fonte di imbarazzo, sebbene meno del 3% dei cittadini indichi esplicitamente quest'ultima motivazione. Si tratta di un ostacolo silenzioso, che conferma la necessità di rafforzare la comunicazione pubblica e il coinvolgimento dei MMG, per trasformare lo screening da pratica opzionale a parte integrante della cultura della prevenzione.

50 Osservatorio Nazionale Screening, 2019-2023.

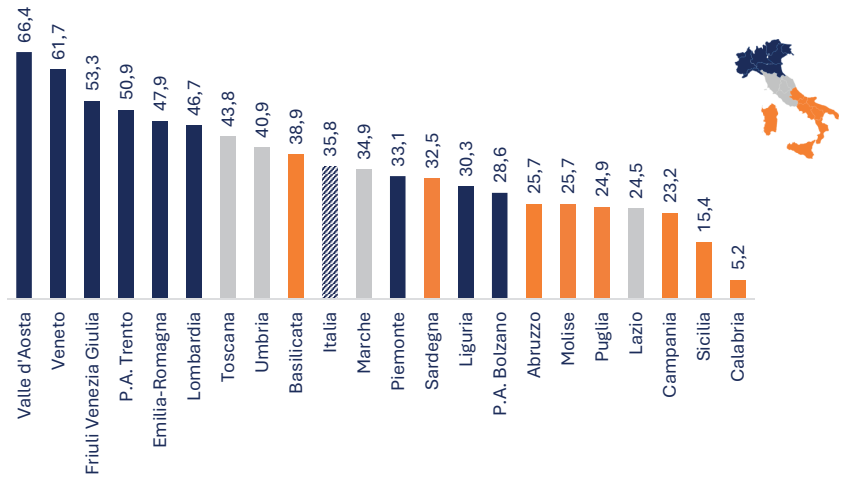


Figura 28. Adesione ai programmi di screening colorettale tra i pazienti tra i 50 e i 69 anni (solo organizzato) nelle Regioni italiane (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025

Come sottolineato da AIOM nel suo Rapporto annuale[51] e riportato in precedenza, accanto alle disuguaglianze regionali, anche le disuguaglianze sociali nell'accesso alla diagnosi precoce dei tumori sono rilevanti, dato che le persone più svantaggiate per bassa istruzione, scarsità di risorse economiche o per cittadinanza straniera meno delle altre si sottopongono ai test di screening.

A incidere sull'efficacia degli screening oncologici è però anche la loro periodicità: secondo i dati PASSI 2023, circa il 60% di chi si è sottoposto a uno dei 3 screening gratuiti l'ha fatto da oltre 12 mesi, di cui una percentuale significativa oltre i tempi raccomandati: ad esempio, il 17% della popolazione target ha eseguito lo screening mammografico oltre i 2 anni, il 13% lo screening mammografico oltre i 3 anni.

51 AIOM (2024), "I numeri del cancro in Italia 2024".

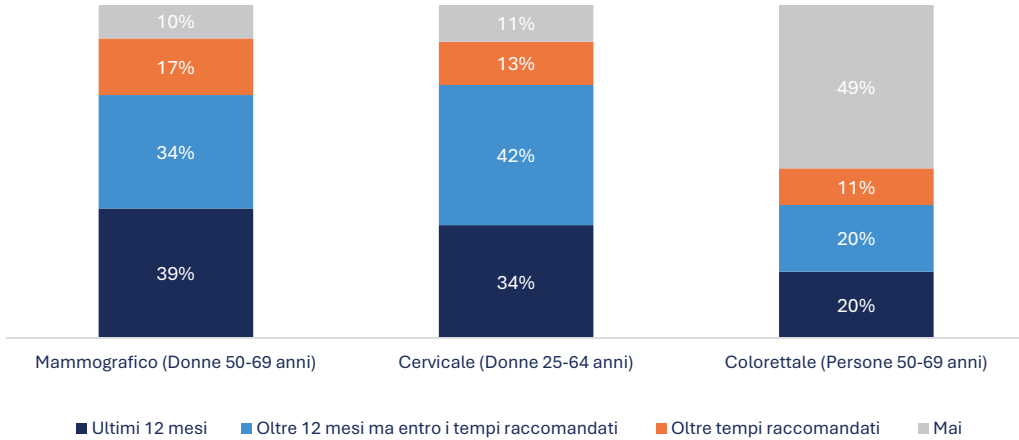


Figura 29. Periodicità degli screening mammografico, cervicale e colorettale (ricerca del sangue occulto nelle feci), in riferimento all'ultimo screening cui ci si è sottoposto (% sul totale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati ISS, AIOM, 2025

Le differenze territoriali nell'adesione agli screening oncologici si riflettono in maniera significativa sugli indicatori di sopravvivenza e incidenza. I dati AIRTUM mostrano infatti come le aree del Paese caratterizzate da una più alta partecipazione ai programmi di prevenzione organizzata registrino non solo una maggiore capacità di diagnosi precoce, ma anche tassi di sopravvivenza a cinque anni più elevati. In questi contesti, l'incidenza rilevata tende a essere più alta, in parte perché lo screening permette di intercettare anche i casi che altrimenti resterebbero sommersi.[52] Al contrario, nelle Regioni dove l'adesione agli screening resta più bassa, spesso localizzate nel Mezzogiorno, si osserva un'incidenza mediamente più bassa ma una quota maggiore di diagnosi in fase avanzata, con conseguenti outcome clinici peggiori.

5.5.2 Gli screening cardio-metabolici

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di mortalità e di ricovero ospedaliero in Italia, nonché tra le principali cause di disabilità. Come accennato nel Capitolo 3 del presente Rapporto, adottare un corretto stile di vita contribuisce a ridurre significativamente i fattori di rischio, cui sono attribuibili il 75% dei decessi per malattie cardiovascolari. Queste patologie, tuttavia, insorgono anche per predisposizione genetica o per altre ragioni o a causa di una diagnosi tardiva: questi fattori, non modificabili, possono essere controllati grazie all'attività di screening e di prevenzione secondaria.

Gli screening consentono infatti di stratificare i soggetti in base ai livelli di rischio e differenziare la loro presa in carico. In altri termini, si tratta di individuare la presenza di eventuali fattori di rischio e avviare i soggetti con un profilo di rischio medio-alto a un trattamento educazionale e/o farmacologico precoce, prevenendo l'insorgenza di eventi acuti, come infarto o ictus.

52 È importante ricordare che i livelli di incidenza dipendono anche da altri fattori, come gli stili di vita e le condizioni ambientali.

Una recente analisi di TEHA[53] ha messo in luce i potenziali benefici di un programma di screening per la salute dei cittadini ma anche per la sostenibilità economica del sistema.

Adottando l'algoritmo SCORE2 dell'European Society of Cardiology (ESC) come modello di stratificazione del livello di rischio cardio-metabolico, emerge che il 50,1% della popolazione di 40-69 anni senza eventi cardiovascolari pregressi è a rischio medio-alto: i soggetti a rischio alto rappresentano il 7,5% del totale, mentre quelli a rischio altissimo il 4,2%.

Se si considerano sia i costi sanitari diretti sia quelli indiretti legati alla perdita di produttività di questi soggetti e dei loro caregiver, ai soggetti a rischio medio-alto è associato un costo annuale di 13,4 miliardi di euro che, in assenza di un'azione sulla prevenzione, è destinato ad aumentare. Viceversa, considerando il rapporto tra i benefici derivanti dalla riduzione del rischio cardio-metabolico e i costi associati all'implementazione di un programma di screening[54] – dalle lettere di invito alla popolazione, al costo degli esami e del personale – ne deriva un ritorno dell'investimento (ROI) che varia tra 1,4 e 1,8 (1,6 nello scenario mediano), con un ritorno netto di 0,4-0,8 euro per ogni euro investito.

Le analisi mettono in luce che il ROI è più elevato nelle fasce d'età più giovani (40-49 anni) e per i soggetti con rischio moderato, ribandendo l'importanza di una diagnosi precoce. Inoltre, a riprova della convenienza dell'intervento, il punto di pareggio (ROI = 1) si raggiunge già con un'adesione di circa 70.000 persone, pari allo 0,3% della popolazione identificata.

Nonostante la comunità scientifica solleciti la realizzazione dei programmi di screening[55], sostenute anche da diverse iniziative parlamentari, in Italia non esiste ancora un programma gratuito di screening di popolazione. Alcune Regioni, come Veneto e Umbria, hanno avviato nel tempo dei programmi pilota, ma generalmente sono promossi dalle singole aziende sanitarie, spesso in collaborazione con le società scientifiche e le associazioni dei pazienti.

Nell'ambito della prevenzione delle patologie cardio-metaboliche, i progressi più significativi degli ultimi anni riguardano il diabete di tipo 1, che colpisce circa 300.000 italiani, un numero in costante aumento. Con la Legge n. 130/2023, l'Italia è diventato il primo Paese al mondo ad avviare un programma di screening nazionale organizzato per individuare precocemente bambini e adolescenti (1-17 anni) a rischio di diabete di tipo 1 o celiachia, le due malattie croniche più frequenti tra i bambini[56].

I primi risultati del progetto D1Ce Screen, che è coordinato dal Ministero della Salute e dall'ISS e coinvolge 4 Regioni pilota (Lombardia, Marche, Campania e Sardegna), sono promettenti: da un lato hanno verificato l'appropriatezza della macchina organizzativa per la raccolta e l'analisi dei campioni, grazie all'adesione da parte dei pediatri e dei laboratori; dall'altro hanno dimostrato l'efficacia dello screening nell'intercettare i casi, inviati al centro specialistico per la necessaria conferma diagnostica. Nelle Regioni pilota la prevalenza degli anticorpi per il diabete di tipo I è stata pari allo 0,97%, in linea con la media europea. In questi territori, grazie allo screening i bambini hanno avuto una probabilità significativamente più bassa di arrivare alla diagnosi di diabete in chetoacidosi, anche grave: è stata infatti osservata una riduzione del 26% della probabilità di presentare chetoacidosi alla diagnosi e del 49% della probabilità di chetoacidosi grave.

Grazie a un decreto attuativo al momento al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, che garantisce una dotazione finanziaria al programma, lo screening nazionale dovrebbe partire tra fine 2025 e inizio 2026.

53 TEHA (2025), "Rischio cardiometabolico in Italia: il ritorno economico di un programma di screening della popolazione".

54 Il modello ipotizza una adesione allo screening del 40% della popolazione target e prevede l'impiego di un questionario sugli stili di vita, accompagnato dalla misurazione di parametri clinici fondamentali: pressione arteriosa per l'ipertensione, glicemia ed emoglobina glicata per il diabete, profilo lipidico e lipoproteina (a) per l'ipercolesterolemia. Per i soggetti tra i 65 e i 69 anni, si aggiunge anche l'elettrocardiogramma (ECG).

55 Linee Guida della ESC sulla prevenzione cardiovascolare del 2021

56 Gli esami sono associati in quanto si tratta di due malattie di natura autoimmune, cioè, caratterizzate da anticorpi diretti contro il proprio organismo. Dato che gli anticorpi compaiono prima che la malattia si manifesti, la loro presenza può predire l'insorgenza dell'una o dell'altra malattia. C'è anche una correlazione tra le due patologie, dato che circa l'8% dei pazienti affetti da diabete di tipo 1 sono anche celiaci.

5.5.3 Gli screening neonatali

Accanto ai programmi di prevenzione citati finora, il sistema sanitario italiano ne riserva uno specifico a tutti i nuovi nati: lo screening neonatale, che ogni anno interessa circa 370mila bambini. Si tratta di un test semplice ma straordinariamente efficace, che attraverso l'analisi di poche gocce di sangue consente di identificare rapidamente eventuali malattie congenite nei bambini, patologie per le quali esistono cure e terapie capaci di modificare in modo significativo il decorso clinico.

Avviato nel 1992 come programma di salute pubblica limitato a 3 sole condizioni (ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria e fibrosi cistica), lo screening neonatale è oggi un test gratuito che viene effettuato entro 72 ore dalla nascita. È finalizzato a diagnosticare tempestivamente malattie congenite come sordità e cataratta, oltre a numerose malattie metaboliche ereditarie, così da migliorare le prospettive di vita, ridurre il rischio di disabilità gravi o addirittura di decesso.

I progressi tecnologici hanno reso possibile ampliare e automatizzare le analisi, trasformando lo Screening Neonatale Esteso (SNE) in uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva e in un modello distintivo a livello internazionale. L'Italia, infatti, continua ad essere la prima in Europa (e seconda al mondo solo agli Stati Uniti) per numero di screening obbligatori.

Con l'ultimo aggiornamento dei LEA, il DPCM ha inoltre confermato l'estensione dello SNE a otto patologie rare e metaboliche aggiuntive, tra cui le immunodeficienze combinate gravi (SCID), le glicogenosi, le malattie di Fabry e Gaucher. Tra le nuove patologie incluse nello screening, spicca anche l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), già oggetto di sperimentazione in 13 Regioni grazie a un finanziamento del 2019 e ora stabilmente inserita nei LEA.

5.6 IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE A LIVELLO REGIONALE

Le attività di prevenzione costituiscono un asse strategico delle politiche sanitarie. Queste trovano attuazione attraverso i Piani regionali della prevenzione, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

Tali programmi comprendono interventi volti a promuovere stili di vita salutari, a potenziare le campagne vaccinali, a garantire l'adesione agli screening oncologici e a rafforzare le azioni di contrasto alle principali malattie croniche. Le modalità e i setting assistenziali, così come le strategie comunicative, possono variare da Regione a Regione in funzione delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e organizzative dei diversi territori e delle priorità individuate.

In questo quadro, gli strumenti di prevenzione previsti dai LEA come gli screening oncologici e le vaccinazioni obbligatorie, sono attivi in tutte le Regioni, e la quasi totalità prevede l'utilizzo simultaneo della chiamata attiva attraverso lettera, SMS, telefonata o notifica sull'app, di materiale informativo e di un sito internet ad hoc come strumento di comunicazione per le campagne[57]. Per gli altri strumenti, le Regioni si muovono in ordine sparso.

In alcune Regioni, come il Veneto, si è scelto di adottare un approccio olistico alla prevenzione, puntando sulla sua valorizzazione all'interno dei percorsi clinico-assistenziali. Partendo dal lavoro del tavolo nazionale sul nuovo PDTA per l'obesità[58], a marzo 2025 la regione Veneto ha approvato il modello di redazione del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico (PPDTA). Negli ultimi mesi, sono stati individuate le prime

57 Per maggiori informazioni, Meridiano Sanità ha realizzato una indagine volta a comprendere se, in che misura e con quali modalità, le Regioni hanno realizzato delle campagne di comunicazione sulle tematiche di prevenzione. Si veda: The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".

58 Nel 2022 il Ministero della Salute ha istituito un Tavolo di lavoro per sviluppare un modello innovativo di PDTA che includa la prevenzione dell'obesità.

patologie oggetto di sviluppo di PPDTA, ossia i melanomi e l'obesità. Si prevede lo sviluppo di percorsi di prevenzione anche trasversali a diverse patologie che vadano a contrastare efficacemente i determinanti di malattie croniche e vaccino-prevenibili, oltre ad azioni specifiche per la patologia oggetto del PPDTA.

La Lombardia rientra stabilmente tra le Regioni con i più alti livelli di copertura vaccinale. Questo risultato riflette di una strategia di immunizzazione mirata, che coinvolge tutti i principali attori del sistema. Ad esempio, a inizio anno era stata avviata una sperimentazione per la somministrazione del vaccino pneumococcico in farmacia, con l'obiettivo di aumentare l'adesione alla vaccinazione: il progetto, della durata di sei mesi e rivolto ai cittadini residenti di età compresa tra i 65 e i 72 anni, ha coinvolto le farmacie delle province di Monza, Lecco, Mantova e Cremona che, come riportato nel presente Capitolo, è stata recentemente estesa a tutte le ATS. La strategia della Lombardia è stata determinante anche per l'HPV, laddove grazie a una serie di interventi – promozione della cultura del dato, definizione di procedure comuni e attivazione di un audit delle strutture[59] – c'è stato un rapido aumento delle coperture fino a raggiungere le prime posizioni sia tra i maschi che tra le femmine.

Sempre con riferimento alla vaccinazione anti-HPV per le coorti adulte, 12 Regioni vanno oltre quanto previsto dal PNPV per le donne[60] e 16 Regioni per gli uomini.

DONNE

REGIONE / P.A.	GRATUITÀ
Piemonte	Donne a vita (a partire dalle nate nel 1993)
Valle d'Aosta	Donne a vita (a partire dalle nate nel 1991)
Liguria	Donne a vita (a partire dalle nate nel 1995)
P.A. Trento	Donne fino a 40 anni
Toscana	Donne fino a 30 anni
Umbria	Donne fino a 30 anni
Marche	Donne fino a 30 anni (dalle nate nel 1996)
Molise	Donne fino a 30 anni (dalle nate nel 1995)
Puglia	Donne a vita (a partire dalle nate nel 1989)
Basilicata	Progetto Multicoorte (1996, 1993, 1990 e 1983)
Calabria	Donne a vita (a partire dalle nate nel 1990)
Sicilia	Tutte le coorti su prescrizione medica (prima del 1996)

UOMINI

REGIONE / P.A.	GRATUITÀ
Piemonte	Uomini a vita (dai nati nel 2006)
Valle d'Aosta	Uomini a vita (dai nati nel 2006)
Lombardia	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 1998)
Liguria	Uomini a vita (dai nati nel 2004)
Veneto	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2001)
P.A. Trento	Uomini fino a 30 anni
P.A. Bolzano	Uomini fino a 26 anni
Friuli Venezia Giulia	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2003)
Emilia-Romagna	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2006)
Marche	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2006)
Lazio	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2006)
Molise	Uomini fino a 25 anni (dai nati nel 1995)
Puglia	Uomini a vita (dai nati nel 1996)
Calabria	Uomini a vita (dai nati nel 2003)
Sicilia	Uomini a vita (dai nati nel 2003 e prima su prescrizione medica)
Sardegna	Uomini fino a 26 anni (dai nati nel 2006)

Figura 30. A sinistra: Regioni che offrono la vaccinazione anti-HPV oltre i 26 anni nelle donne.
A destra: Regioni che offrono la vaccinazione anti-HPV oltre i 18 anni negli uomini

Fonte: TEHA Group su dati regionali, 2025.

59 A queste si aggiungono le iniziative di sensibilizzazione e vaccinazione durante le Giornate Mondiali (Open Days, vaccinazione offerta in tutte le università lombarde).
60 A queste dovrebbe aggiungersi a breve il Friuli Venezia Giulia che ha stanziato finanziamenti ad hoc nell'assestamento di bilancio per l'estensione dell'età dai 26 ai 30 anni.

Guardando agli screening, diverse Regioni hanno iniziato ad offrire altri test, oltre a quelli obbligatori, a partire da quello per l'epatite C (15 Regioni) e lo screening cardiovascolare (5 Regioni)[61]. Per quest'ultimo, manca tuttavia un'età specifica di comune riferimento: in Veneto, ad esempio, viene offerto ai cinquantenni, in Umbria alla fascia d'età 45-59 anni, in Liguria a tutti. Diverso è il caso dello screening per l'epatite C, rivolto ai soggetti nati tra 1969 e 1989; in questo caso gli strumenti e gli attori coinvolti sono sovrapponibili a quelli degli screening oncologici.

In ambito screening, in Lombardia, da dicembre 2024 è stato attivato, prima Regione in Italia, un programma di screening alla prostata che, da giugno 2025, è rivolto a tutti i nati nel quinquennio 1970-1974; a luglio di quest'anno, nonostante non sia stata introdotta la chiamata attiva (è possibile iscriversi in autonomia tramite sito) e l'attività di comunicazione sia stata limitata, gli aderenti erano già un migliaio.

Regione Lombardia ha inoltre avviato dal 2025 un programma sperimentale di screening per il diabete di tipo 2. L'iniziativa, inserita nell'Assestamento di Bilancio 2025-2027, prevede la diagnosi precoce e la presa in carico dei soggetti a rischio, in particolare persone in sovrappeso o obese identificate tramite il BMI. Anche in Puglia, a luglio 2024, è stato avviato un percorso assistenziale per potenziare le attività di screening del diabete non noto, con il supporto delle farmacie: questo servizio gratuito si consiste in un questionario e un test di rilevazione della glicemia per individuare persone che non sanno di avere il diabete.

Rispetto alla promozione dei corretti stili di vita, trattata nella prima parte del presente Capitolo, la Regione Veneto da diversi anni incentiva e sostiene uno stile di vita sano nella popolazione attraverso la promozione dell'attività motoria in tutte le fasce di età ed in tutti i contesti di vita. Nel programma regionale "PP2 – Comunità attive", contenuto nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, rientrano ad esempio le "Palestre della Salute", strutture normate dove, sotto il monitoraggio di specialisti, i cittadini con patologie croniche possono svolgere i programmi di esercizio fisico prescritti dal medico. Nell'ambito dello stesso programma, è stata attivata la "Rete Regionale Comuni attivi", che si basa sulla collaborazione tra i Comuni aderenti, le Aziende ULSS e altri stakeholders locali (scuole, associazioni sportive, …) per promuovere nella popolazione l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo.

In Lombardia, metà delle scuole lombarde aderisce alla Rete europea delle scuole che promuovono la salute. Circa mille aziende su tutto il territorio regionale, con oltre 300mila lavoratori complessivi, partecipano invece al programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", che prevede la messa in atto di interventi efficaci e sostenibili da parte delle aziende per sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo) e contrastare i principali fattori di rischio (tabagismo, lo scorretto consumo di alcool).

La crescente attenzione alla prevenzione ha spinto anche le Regioni a rafforzare la comunicazione sul tema, supportate dall'inserimento di obiettivi specifici nei documenti programmatici del Ministero della Salute.

Nel 2023, dalla citata indagine di Meridiano Sanità emerge che circa due terzi delle Regioni riportano di aver adottato un piano o una strategia per comunicare le attività del Piano Regionale Prevenzione (50%) o di aver inserito una sezione dedicata all'interno del Piano regionale di Comunicazione (17%). Meno di 1 Regione su 2 (39%) dispone invece di un ufficio o settore specificamente dedicato a questa funzione. Alcune Regioni hanno inoltre avviato iniziative di branding per raggruppare e coordinare le campagne di prevenzione. Tra gli esempi, Regione Veneto con "Vivo Bene", l'Emilia-Romagna con "Costruiamo Salute" e altre Regioni come Puglia e Piemonte con i loghi "Prevenzione Puglia" e "Prevenzione Piemonte".

Queste scelte strategiche, rendendo le azioni di comunicazione più riconoscibili e coerenti, sono necessarie per valorizzare le iniziative di prevenzione e promozione sulla salute attive sui territori.

61 I dati si riferiscono all'indagine di Meridiano Sanità, relativa all'anno 2023.

6. RICERCA E INNOVAZIONE FARMACEUTICA: INVESTIMENTI E ACCESSO PER I PAZIENTI

Investire in ricerca significa costruire le fondamenta dello sviluppo di un Paese, alimentando innovazione, competitività e benessere per le generazioni future; vuol dire rafforzare la capacità di un Paese di innovare, attrarre talenti e capitali, e migliorare la qualità della vita dei cittadini.

Il valore della ricerca emerge chiaramente se si osserva l'impatto che gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) esercitano sull'economia di un Paese, alimentando un circolo virtuoso che stimola crescita, produttività e competitività. Uno studio condotto su 40 Paesi ad alto reddito nel periodo 2000-2023 ha evidenziato una correlazione positiva tra gli investimenti in R&S e la crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL)[1].

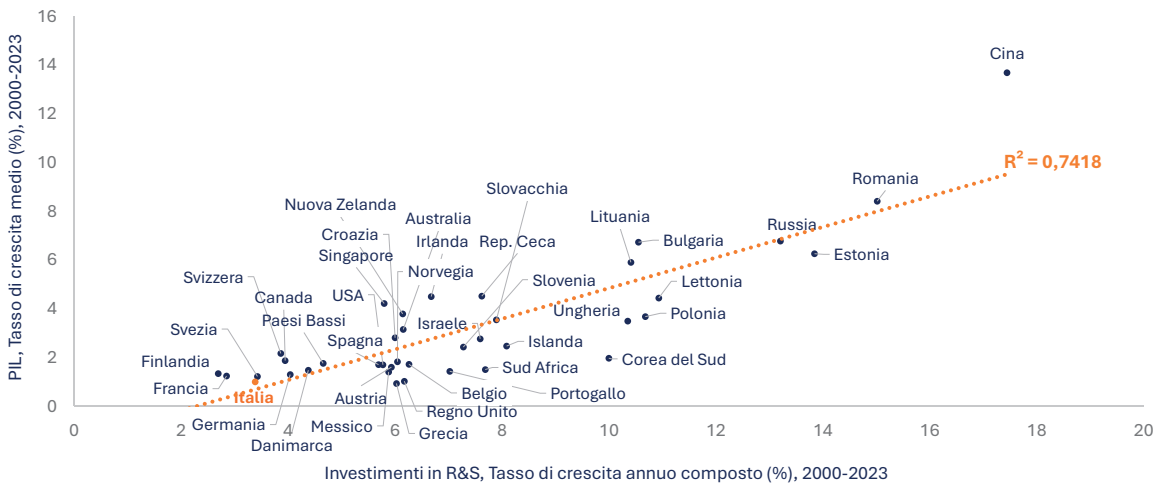


Figura 1. Rapporto tra investimenti in R&S e crescita del PIL in 40 paesi, 2000-2023

TEHA Group su dati FMI e OCSE, 2025

Nello scenario globale, l'industria delle Life Science, che include il farmaceutico ma anche il biomedicale, si conferma al primo posto nel mondo per investimenti in ricerca e sviluppo, sia in valore assoluto che in percentuale sul fatturato. Nel 2023 il settore ha investito il 13,5% delle vendite nette in R&S a livello globale, rispetto al 5,1% della media degli altri settori. All'interno degli investimenti in R&S, un ruolo strategico è rivestito dalle sperimentazioni cliniche. A livello europeo, il 43,8% delle risorse stanziate dalle aziende nella R&S è assorbito dai trial, con una quota rilevante – pari al 26,8% – riservata alle sperimentazioni cliniche di fase III, quelle più avanzate e determinanti ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

1 Per approfondire: TEHA (2025), "InnoTech Report 2025: Harnessing Innovation in the Global Scenario".

A livello globale gli investimenti nel settore hanno raggiunto, nel 2024, la cifra record di 289 miliardi di dollari e un cumulato nel decennio superiore a 2 miliardi di dollari. Le prospettive per il prossimo quinquennio si confermano positive con un tasso di crescita annuale composto (CAGR) nel periodo 2024-2030 atteso al 2,9%.

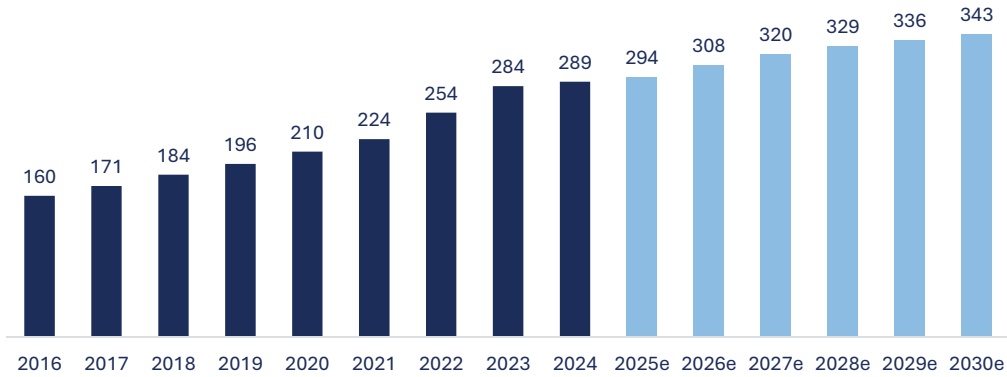


Figura 2. Stima degli investimenti in R&S nel settore farmaceutico globale (miliardi di dollari), 2016-2030e

Fonte: TEHA Group su dati Evaluate Pharma, 2025

In Italia, tra i primi Paesi al mondo per aspettativa di vita e con una popolazione sempre più anziana e fragile[2], investire nelle Life Science, nella ricerca e nello sviluppo scientifico-tecnologico è una priorità strategica; si tratta di un investimento sociale ed economico che rafforza la capacità del Paese di rispondere ai bisogni di salute presenti e futuri.

6.1 LA NUOVA GEOGRAFIA DELLA RICERCA MONDIALE

Grazie agli investimenti privati e pubblici, la ricerca farmaceutica sta attraversando una fase di straordinaria espansione, alimentata da progressi scientifici sempre più rapidi e da una crescente capacità di tradurre le scoperte in terapie disponibili per i pazienti.

L'immissione in commercio di nuovi farmaci, caratterizzati da maggiore efficacia, migliori profili di sicurezza e tollerabilità, ha reso possibile il trattamento di patologie che, fino a pochi anni fa, presentavano esiti infausti o comunque disponevano di alternative terapeutiche limitate. Basti pensare ai progressi registrati in ambiti come l'ematologia, le patologie neurodegenerative e, in generale, le malattie rare, dove si concentra circa un terzo della ricerca clinica[3].

L'accesso all'innovazione non contribuisce solo a ridurre il burden clinico e sociale della malattia, ad esempio limitando le complicanze, gli eventi acuti e il ricorso a prestazioni ad alta intensità assistenziale, ma anche a rendere i sistemi sanitari più dinamici, pronti a rispondere a esigenze di cura in continua e rapida evoluzione[4].

2 Per approfondimenti si rimanda al Capitolo 1 del presente Rapporto.
3 Citeline (2025), "Pharma and R&D Annual Review 2025".
4 Questo è possibile, ad esempio, alleggerendo il carico assistenziale e diminuendo gli accessi impropri, le procedure invasive e le liste d'attesa che rappresentano emergenza congenite del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

La ricerca clinica è uno degli ambiti in cui il valore della ricerca farmaceutica si manifesta con maggiore evidenza. Gli investimenti delle aziende farmaceutiche non solo accelerano l'accesso all'innovazione terapeutica, ma generano benefici diretti per le strutture sanitarie, che possono contare su farmaci e dispositivi forniti gratuitamente, con conseguenti risparmi significativi sulla spesa pubblica.

Se il valore della ricerca clinica è indubbio, il percorso di sviluppo di una nuova sostanza è ostacolato da diverse criticità che ne rischiano di minare l'efficacia, la tempestività e la rilevanza scientifica. Una nuova molecola richiede in media 12-13 anni per un costo complessivo che in Europa ammonta a 3,1 miliardi di euro[5].

Nel decennio 2004-2014 il numero di farmaci in sviluppo a livello globale è cresciuto con un tasso di crescita annuale composto (CAGR) del 4,9%, mentre tra il 2015 e il 2025 il tasso medio annuo di crescita si è attestato al 6,9%, evidenziando una ulteriore accelerazione dell'attività di ricerca e sviluppo[6].

Nel 2025, sono 23.875 i farmaci in pipeline (+4,6% sul 2024): se da un lato si tratta del tasso di crescita più basso dell'ultimo decennio, significativamente inferiore al +7,2% registrato lo scorso anno, dall'altro conferma una tendenza alla crescita ormai strutturale[7].

L'analisi dei dati restituisce una fotografia di grande vivacità anche sul piano delle aree terapeutiche e delle tecnologie. L'oncologia continua a rappresentare il cuore della R&S mondiale, assorbendo circa il 40% dei farmaci in sviluppo, con un trend in aumento dal 2015. I farmaci del sistema nervoso evidenziano un aumento in linea con la media generale (+4,2% nel 2025 rispetto al 2024), mentre l'area delle patologie gastrointestinali e metaboliche, pur mantenendo la terza posizione, registra una lieve flessione.

Il confronto tra gli ultimi dati disponibili sul carico di malattia in termini di Disability-Adjusted Life Years (DALYs)[8] con i numeri della pipeline globale riportati nel paragrafo 6.2, si nota che la maggior parte delle aree terapeutiche si colloca vicino alla linea ideale che rappresenta un buon bilanciamento tra investimento in ricerca e bisogni non (ancora) soddisfatti.

In questo quadro si evidenziano tre eccezioni: se da un lato, l'oncologia, che include i tumori solidi e del sangue, può contare su una quantità straordinaria di farmaci in pipeline, dall'altro, le pipeline di R&S delle malattie cardiovascolari, prima causa di mortalità e tra le principali cause di disabilità nel mondo, e delle infezioni respiratorie, risultano sottodimensionate[9].

5 EFPIA (2025), "The pharmaceutical industry in figures".
6 Citeline (2025), "Pharma and R&D Annual Review 2025".
7 Ibid.
8 Global Burden of Disease (2021). Essi rappresentano il numero di anni persi a causa della malattia, quale somma degli anni vissuti con disabilità (Years Lived with Disability, YLD) e per morte prematura (Mortality).
9 Si consideri tuttavia che nel caso delle malattie cardiovascolari, esse dispongono già di trattamenti efficaci e a basso costo, che possono allentano la spinta all'innovazione, e la loro pipeline si concentra soprattutto su miglioramenti incrementali - device combinati o approcci personalizzati (es. politerapie, terapie basate sull'RNA) - che, a differenza delle innovazioni di rottura che hanno caratterizzato ad esempio l'area oncologica negli ultimissimi anni, non sono sempre valorizzati tra le attività di R&S. Ulteriori valutazioni possono essere fatte per le respiratorie.

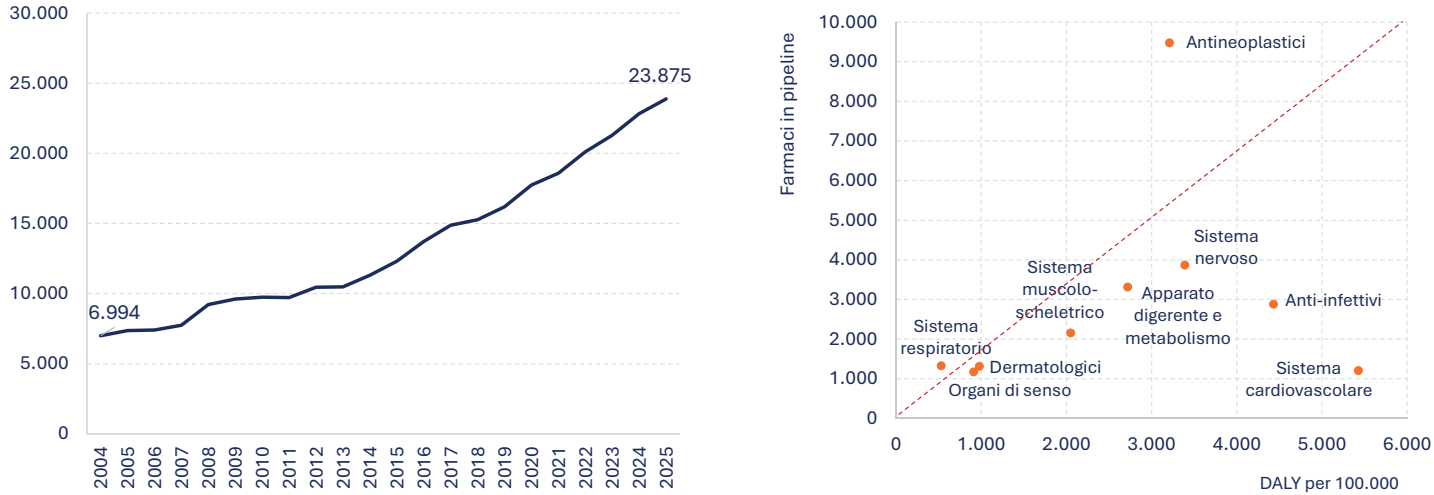


Figura 3. A sinistra: Farmaci nella pipeline globale di R&S (numero), 2004-2025.
A destra: Relazione tra i DALY associati alle principali aree terapeutiche e il numero dei farmaci nella pipeline globale di R&S, 2025

Fonte: TEHA Group su dati Pharmaprojects, 2025

Nell'anno in corso, sono 6.823 le aziende con una pipeline attiva, localizzate soprattutto tra Stati Uniti (39%), Europa (19% escluso il Regno Unito) e Cina (17%), con un incremento dell'11,4% rispetto all'anno precedente: l'aumento del numero di aziende impegnate nell'attività di ricerca e sviluppo a un ritmo più rapido rispetto al numero di farmaci in sviluppo è dovuto all'ingresso nel settore di numerose start-up, spesso con 1 o 2 farmaci in pipeline.

La rapida espansione dei mercati e lo sviluppo dei centri di ricerca in Cina (ma anche in altre economie asiatiche, come la Corea del Sud) sta favorendo anche lo spostamento delle attività di R&S farmaceutica in questi Paesi. Guardando al quinquennio 2020-2024, l'Europa ha avuto per la prima volta un tasso di crescita medio superiore agli Stati Uniti (8,3% vs. 3%) nella spesa annuale in R&S farmaceutica, anche se nettamente inferiore alla Cina (16,2%)[10].

10 EFPIA (2025), "The pharmaceutical industry in figures".

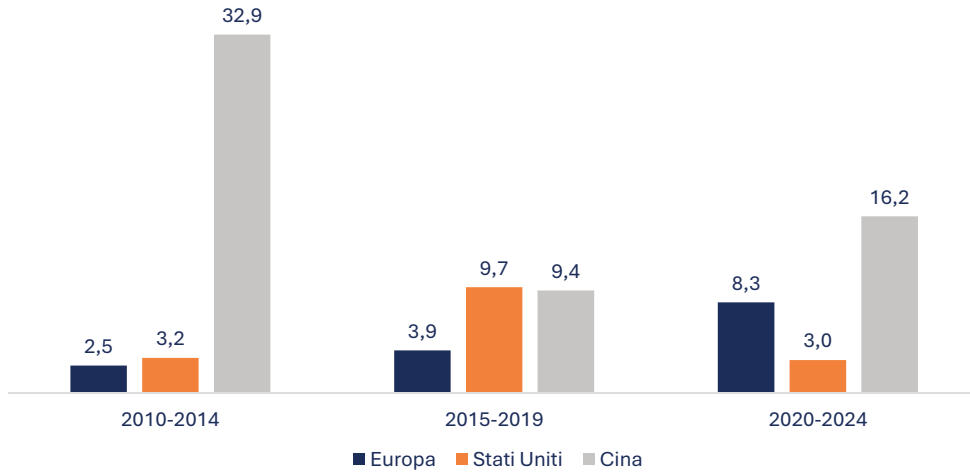


Figura 4. Tasso di crescita annuo della spesa in R&S in Europa, Stati Uniti e Cina (%), 2010-2014, 2015-2019 e 2020-2024

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2025

Se confrontiamo il periodo 2010-2014 con quello 2020-2024, il numero di nuove sostanze attive, chimiche e biologiche, sviluppate nel mondo è quasi raddoppiato (+94%, da 215 a 418), ma allo stesso tempo è cambiata la loro distribuzione. Il numero di nuove sostanze in Europa è aumentato del 22%, negli Stati Uniti dell'82% mentre in Cina si è passati da un mercato sostanzialmente inesistente al lancio di 94 sostanze nell'ultimo quadriennio. Nel 2024, la Cina ha conquistato per la prima volta la leadership di Paese di origine di nuove sostanze attive lanciate sul mercato globale, superando gli Stati Uniti (28 vs. 25 nuove sostanze lanciate).

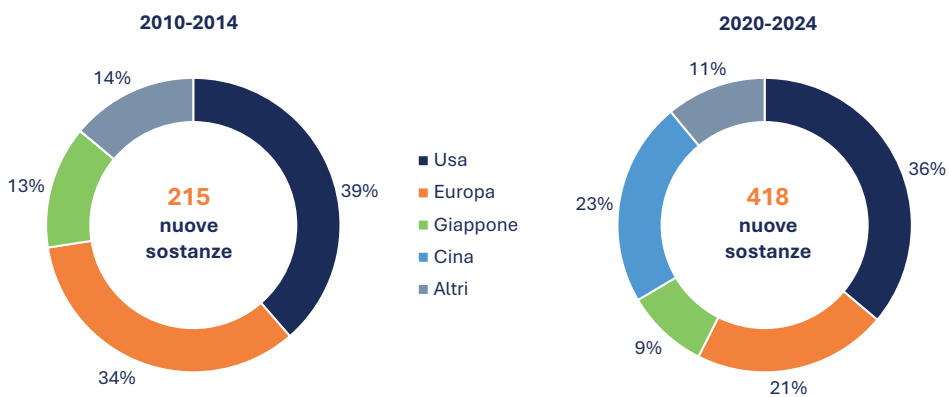


Figura 5. Distribuzione delle nuove sostanze attive lanciate a livello globale (% sul totale), 2010-2014 e 2020-2024

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2025

6.2 LO SCENARIO DELLE TERAPIE IN ARRIVO A LIVELLO EUROPEO

Le aziende farmaceutiche europee nel 2024 hanno investito in R&S circa 55 miliardi di euro, quasi il doppio rispetto ai 27 miliardi del 2010[11]. Tali investimenti hanno inciso in modo determinante sulla crescita della pipeline e sui progressi terapeutici.

Ciò è confermato dal Report 2024 dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA)[12], che offre una interessante prospettiva sui progressi in ambito medico-scientifico e sulla capacità dell'Unione Europea, e dell'Italia, di rispondere alla crescente domanda di salute. Con riferimento alle autorizzazioni all'immissione in commercio (AIC) ottenute con procedura centralizzata[13], nel 2024 il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) dell'EMA ha espresso parere positivo su 114 nuovi farmaci e trattamenti, il numero più alto dal 2009. A questi si aggiungono 90 nuove indicazioni terapeutiche di medicinali precedentemente autorizzati. 46 dei 114 farmaci che hanno ricevuto parere positivo del CHMP contengono una sostanza attiva mai autorizzata in precedenza (nell'Unione Europea).

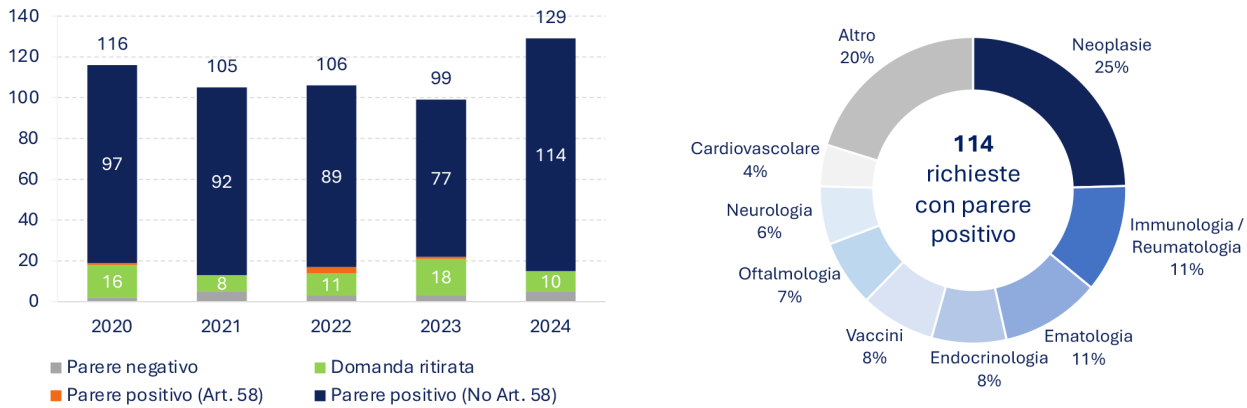


Figura 5. A sinistra: Distribuzione delle richieste di AIC centralizzata per esito del parere CHMP (numero), 2020-2024.
A destra: Distribuzione delle richieste di AIC centralizzata con parere positivo per area terapeutica (numero), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2025

Nell'anno appena trascorso 1 terapia autorizzata su 4 rientra nell'area oncologica; in aggiunta sono stati autorizzati 2 nuovi antibiotici destinati al trattamento di infezioni gravi, il primo vaccino per adulti contro la Chikungunya (un virus trasmesso da uomo a uomo tramite la puntura di una zanzara infetta) e la prima terapia genica per l'emofilia B (unica terapia avanzata approvata); 15 sono i farmaci destinati al trattamento delle malattie rare.

Nel 2024 è stato approvato anche il primo medicinale per il trattamento della malattia di Alzheimer nelle fasi iniziali, un esito impensabile fino a pochi anni fa: nel 2019 gli studi clinici per la malattia di Alzheimer erano associati a un tasso di insuccesso del 99%, ma da allora ben 3 nuove terapie hanno superato la fase di revisione regolatoria, ottenendo l'approvazione della FDA americana[14], e 1 anche da parte di EMA.

11 EFPIA, 2025.
12 EMA (2025), "Annual Report 2024".
13 Per maggiori dettagli sull'iter europeo (e nazionale) della procedura di AIC centralizzata si rimanda a: The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".
14 IFPMA (2025), "Always Innovating Pharmaceutical Industry Facts & Figure".

Ci sono anche 28 nuovi farmaci biosimilari, di cui 11 nell'area immuno-reumatologica, e 17 generici che contribuiscono in modo significativo all'accessibilità delle terapie al maggior numero di persone e alla sostenibilità complessiva del sistema[15].

AREA TERAPEUTICA	TOTALE	NUOVE SOSTANZE ATTIVE	ORFANI	ATMP	BIOSIMILARI	GENERICI
Neoplasie	28	13	4	0	3	10
Immunologia / Reumatologia / Trapianto	13	1			11	1
Ematologia	12	10	4	1	1	1
Endocrinologia	9	2	1		6	
Vaccini	9	3				
Oftalmologia	8				6	
Neurologia	7	3	1			3
Cardiovascolare	5	3	1			
Agenti diagnostici	4	2				
Infezioni	4	2	1			
Pneumologia / Allergologia	4	1			1	1
Gastroenterologia / Epatologia	3	2	2			
Psichiatria	3					1
Dermatologia	2	2				
Uro-nefrologia	2	2	1			
Metabolismo	1					
TOTALE	**114**	**46**	**15**	**1**	**28**	**17**

Figura 6. Richieste di AIC centralizzata con parere positivo (numero per tipologia), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2025

Alcune delle richieste di AIC centralizzata che hanno avuto parere positivo di EMA nel 2024 hanno beneficiato di uno degli schemi introdotti dall'Unione Europea per favorire un accesso precoce alle nuove terapie da parte dei pazienti; nello specifico:

- 6 medicinali designati nell'ambito del programma PRIME (PRIority MEdicines)[16];
- 3 medicinali dopo una valutazione accelerata[17];
- 8 medicinali con un'autorizzazione condizionata[18];
- 4 medicinali sono stati autorizzati in circostanze eccezionali[19].

15 I numeri non sono del tutto coerenti con quelli del Rapporto Horizon Scanning 2025 di AIFA, pubblicato ad aprile 2025. Il Rapporto, con riferimento ai 114 nuovi medicinali che hanno ricevuto parere favorevole dal CHMP dell'EMA nel 2024, riporta 53 farmaci contenenti nuove sostanze attive e 17 farmaci orfani. Sono invece coerenti i dati relativi ai farmaci biosimilari ed equivalenti. Per approfondire: AIFA (2025), "Horizon Scanning. Scenario dei medicinali in arrivo. Rapporto 2025".

16 Il programma PRIME è stato lanciato dall'EMA nel 2016 per rafforzare il sostegno allo sviluppo di farmaci che hanno come target bisogni medici non soddisfatti.

17 La procedura di valutazione accelerata consente a medicinali di elevato interesse per la salute pubblica, per i quali esiste un bisogno clinico non soddisfatto e non sono presenti alternative terapeutiche, di ridurre significativamente i tempi previsti per il parere del CHMP (da 210 a 150 giorni).

18 L'AIC condizionata prevede una approvazione anticipata del farmaco sulla base di dati ancora incompleti ma promettenti, a fronte di obblighi specifici post-marketing e di una rivalutazione annuale del profilo beneficio-rischio.

19 Questo percorso è riservato ai casi in cui non è possibile ottenere dati completi, come nelle malattie ultra-rare o laddove la raccolta di informazioni complete sull'efficacia e la sicurezza del medicinale sarebbe eticamente complessa; anche in questo caso, i medicinali sono soggetti a obblighi post-autorizzativi e sottoposti a un continuo monitoraggio.

AREA TERAPEUTICA	TOTALE	MEDICINALI PRIME	VALUTAZIONE ACCELERATA	AUTORIZZAZIONE CONDIZIONATA	AUTORIZZAZIONE IN CIRCOSTANZE ECCEZIONALI
Neoplasie	28	0	0	3	0
Immunologia / Reumatologia / Trapianto	13				
Ematologia	12	3		1	1
Endocrinologia	9				
Vaccini	9	1	1	1	
Oftalmologia	8				
Neurologia	7				1
Cardiovascolare	5	1			
Agenti diagnostici	4				
Infezioni	4		2		
Pneumologia / Allergologia	4				1
Gastroenterologia / Epatologia	3	1		2	1
Psichiatria	3				
Dermatologia	2				
Uro-nefrologia	2			1	
Metabolismo	1				
TOTALE	**114**	**6**	**3**	**8**	**4**

Figura 7. Richieste di AIC centralizzata con parere positivo che hanno beneficiato di forme di early access (numero), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2025

L'impegno di EMA nel garantire un accesso rapido e sicuro alle terapie si inserisce in un più ampio percorso di ottimizzazione dei processi regolatori e promozione di decisioni evidence-based, attraverso iniziative come Accelerating Clinical Trials in the EU (ACT EU) e il Data Analysis and Real World Interrogation Network (DARWIN EU), nonché facilitando l'adozione di metodi avanzati di produzione e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale a beneficio dei pazienti e della salute pubblica. Non ultimo, un ruolo importante è giocato dal Joint Clinical Assessment (JCA), cuore del Regolamento UE n. 2021/2282, il nuovo regolamento europeo per l'HTA, effettivo a partire dal 12 gennaio 2025[20]. A marzo 2025 sono state avviate le prime valutazioni congiunte: i dossier di JCA, denominati anche Assessment Report, sono attesi nella prima metà del 2026[21].

Nel 2025, secondo l'ultimo Rapporto Horizon Scanning di AIFA, il CHMP di EMA sarà chiamato a esprimere un parere per 112 nuovi medicinali, un numero che potrebbe aumentare con la sottomissione di nuove richieste di AIC. Di questi, 57 medicinali in valutazione contengono nuove sostanze attive (di cui 27 medicinali orfani per il trattamento di patologie rare e 30 medicinali non orfani), 35 medicinali biosimilari e 10 medicinali generici-equivalenti.

I medicinali contenenti nuove sostanze attive in valutazione appartengono prevalentemente all'area terapeutica oncologica e oncoematologica, seguita dall'area neurologica, delle malattie del metabolismo, delle malattie infettive e quella ematologica.

20 Il nuovo Regolamento europeo per l'HTA è stato concepito con l'obiettivo di armonizzare la valutazione dell'efficacia clinica dei farmaci e dei dispositivi medici innovativi tra gli Stati Membri e, in definitiva, accelerare e ottimizzare l'accesso dei pazienti europei alle nuove terapie.

21 Per ulteriori informazioni sul JCA e sulle altre misure previste dal Regolamento europeo sull'HTA, si rimanda a: The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".

Durante l'anno in corso si attende inoltre il parere dell'EMA anche su 61 indicazioni terapeutiche attualmente in valutazione e relative a 53 medicinali già autorizzati. Anche in questo caso, l'area oncologica e quella oncoematologica sono maggiormente rappresentate, davanti a malattie infettive e vaccini.

6.3 LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE IN ITALIA

La ricerca clinica non solo accelera l'accesso all'innovazione, ma concorre anche al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e alla sostenibilità del sistema, distinguendosi come leva strategica sul piano scientifico e sanitario, nonché su quello economico.

Su quest'ultimo aspetto, un esempio concreto è dato dai risultati del progetto Value Data dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), applicato alla UO di Ematologia[22]. Sono stati documentati costi evitati nel 2024 pari al 12,1% della spesa farmaceutica sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale per la UO, dimostrando quantitativamente la rilevanza dell'approccio sviluppato e la sua capacità di rendere visibili risorse economiche precedentemente non valorizzate. Questo risultato è stato ottenuto grazie a:

- La tracciabilità dei farmaci sperimentali completamente digitalizzata, eliminando la gestione cartacea e riducendo significativamente i tempi di ricerca delle informazioni;
- L'introduzione delle dashboard (applicativi informatici di Business Intelligence opportunamente sviluppati) che ha consentito il monitoraggio dinamico dei protocolli e la proiezione in tempo reale dei costi evitati[23];
- La digitalizzazione dei processi che ha determinato una riduzione del tempo dedicato alle attività a minor valore aggiunto, liberando risorse per attività a maggiore valore.

Il modello si configura come paradigma scalabile dal livello aziendale a quello regionale, supportando la trasformazione digitale del sistema sanitario attraverso partnership pubblico-privato sostenibili.

L'Italia, grazie a un ecosistema della ricerca e dell'innovazione integrato in cui collaborano aziende, strutture sanitarie e università[24], è uno dei primi Stati europei per investimenti nella ricerca e per trial clinici. Circa il 30% dei trial clinici attivi in Europa coinvolgono almeno un Centro italiano[25]; le aziende farmaceutiche basate in Italia investono circa 2,3 miliardi nella R&S, di cui oltre 700 milioni in attività di sperimentazione clinica, a cui si aggiungono gli investimenti delle altre aziende del settore delle Life Science e dei promotori pubblici.

L'andamento delle sperimentazioni autorizzate nel ventennio 2004-2023, evidenzia un andamento altalenante. Nell'ultimo biennio il numero è ritornato al livello medio degli studi autorizzati tra i due massimi del 2008 e del 2021[26]. Per quanto concerne le fasi dei 611 trial autorizzati nel 2023, quasi la metà (42,7%) è di Fase III, seguiti dal 36,5% di Fase II. Le sperimentazioni autorizzate coinvolgono per la quasi totalità pazienti (98,9%), mentre le tipologie volontari sani e miste hanno quote contenutissime (1,0% e 0,2%); il 92% delle sperimentazioni coinvolge ambo i sessi. L'84% delle sperimentazioni è di tipo multicentrico e l'86% di tipo internazionale.

22 Si ringraziano l'Avv. Katia Belvedere – Direttore Generale, AOU Pisana e la Dott.ssa Ielizza Desideri – Direttrice, UO Farmacia Ospedaliera, AOU Pisana, per il contributo.
23 Il sistema fornisce valori medi di costi salvati organizzati per contesto clinico, periodo, patologia e linea terapeutica, in relazione al principio attivo gold standard e all'unità posologica utilizzata, garantendo analisi dettagliate anche quando i valori puntuali non sono immediatamente disponibili.
24 Per approfondire si rimanda al Capitolo 12.
25 Dati Clinical Trials Information System (CTIS), estrazione 12 maggio 2025.
26 AIFA (2025), "La Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia – 21° Rapporto Nazionale Anno 2024".

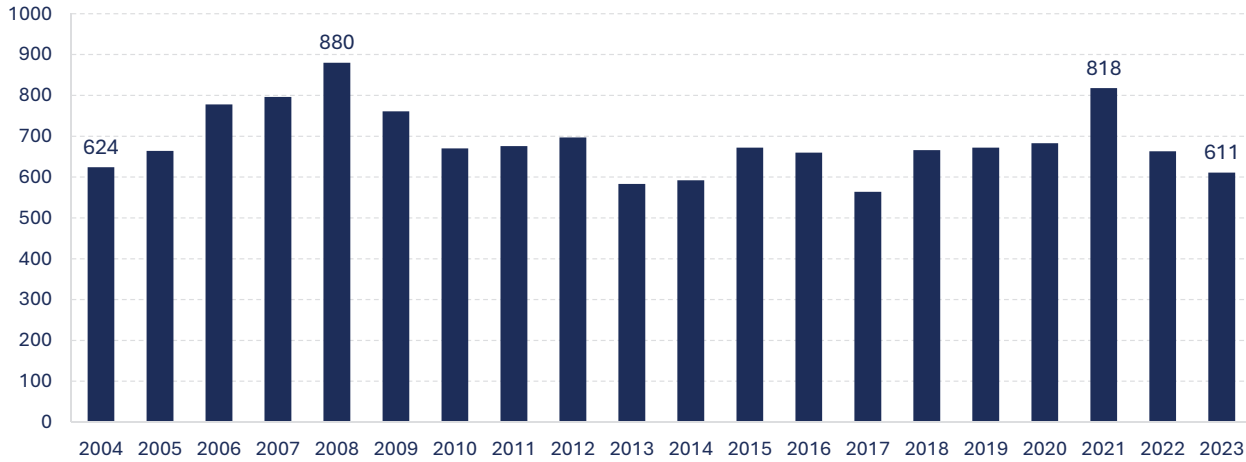


Figura 8. Sperimentazioni autorizzate in Italia (numero), 2004-2023

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

La ricerca clinica si confronta tuttavia con alcuni limiti clinico-organizzativi e strutturali, presenti anche in Italia.

Un primo limite è rappresentato dal reclutamento: a livello globale circa l'80% degli studi non rispetta le tempistiche previste per problemi nell'arruolamento dei pazienti; inoltre, se da un lato circa il 20% delle sperimentazioni non giungono a conclusione e chiudono per mancato arruolamento, dall'altro appena il 2-3% dei pazienti eleggibili partecipa a un trial.

Un ulteriore limite è la sottorappresentazione sistematica di alcuni gruppi, come le donne, gli anziani e le minoranze etniche, nei trial clinici rispetto alla loro reale presenza nella popolazione con una determinata patologia: le donne, che rappresentano il 49% dei pazienti con malattie cardiovascolari, costituiscono solo il 42% dei partecipanti dei trial condotti negli Stati Uniti in quest'ambito, percentuali sovrapponibili agli studi oncologici, laddove le donne rappresentano il 51% dei pazienti ma sono appena il 41% dei soggetti arruolati nei trial[27]. A questi si aggiungono ostacoli burocratici e normativi, specie per le piccole e medie imprese, e una scarsa digitalizzazione che rallenta i processi.

L'innovazione tecnologica, a partire dall'intelligenza artificiale e dal machine learning, e la revisione dell'assetto normativo e regolatorio possono contribuire a ridurre gli attuali limiti nelle sperimentazioni[28]. Favorire e facilitare l'uso di elementi decentrati nelle sperimentazioni cliniche e, in definitiva, l'accessibilità ai trial per i pazienti è l'obiettivo della "Recommendation paper on decentralised elements in clinical trials" di EMA di dicembre 2022. Gli stessi obiettivi sono perseguiti dalla Linea Guida AIFA sulla "semplificazione regolatoria ed elementi di decentralizzazione ai fini della conduzione di sperimentazioni cliniche dei medicinali" di settembre 2024.

27 Sosinsky AZ et al (2022), "Enrollment of female participants in United States drug and device phase 1–3 clinical trials between 2016 and 2019". Contemporary Clinical Trials.
28 Per maggiori dettagli sugli impatti dell'intelligenza artificiale nelle sperimentazioni cliniche, si veda il Capitolo 10 del presente Rapporto.

6.3.1 L'analisi di Meridiano Sanità sui dati del Clinical Trials Information System

L'arretramento nelle sperimentazioni cliniche del 2023 sul 2022 (-7,8%) è una tendenza comune a quasi tutti gli Stati Membri dell'Unione che sconta il necessario adattamento al nuovo modello gestionale del Regolamento 536/2014, e in particolare al Clinical Trials Information System (CTIS), entrato a pieno regime a partire dal 31 gennaio 2025[29].

Con il CTIS, si è fatto un passo decisivo verso l'armonizzazione delle procedure di autorizzazione e gestione delle sperimentazioni cliniche a livello europeo. Seppur con alcuni rallentamenti, legati soprattutto a motivi di natura tecnica, oggi, e per la prima volta, l'Unione Europea dispone di una piattaforma digitale che, offrendo un punto di accesso unico per sponsor e autorità di regolamentazione di tutti gli Stati Membri, facilita la presentazione, supervisione e valutazione delle sperimentazioni cliniche, in un'ottica di maggiore trasparenza e cooperazione internazionale.

L'adozione del CTIS ha permesso di superare i limiti insiti nella raccolta dei dati, nella loro aggregazione e nella elaborazione delle informazioni, frammentate a livello nazionale e difficilmente comparabili tra Paesi. Basti pensare che prima della sua introduzione, promotori profit e non profit erano costretti a presentare domande separate in ciascun Paese coinvolto, con procedure spesso diverse tra loro e tempi di risposta non coordinati. Con il CTIS, invece, l'intero ciclo di vita di una sperimentazione – dalla presentazione dei documenti al monitoraggio, fino alla chiusura – è gestito in modo centralizzato attraverso un'unica piattaforma digitale.

L'unificazione dei dati a livello europeo consente di condurre analisi sistematiche più ampie, basate su informazioni complete e armonizzate. In queste pagine si propone per questo una analisi di Meridiano Sanità che approfondisce l'attività dei centri attivi nella ricerca clinica nell'ambito delle neoplasie, l'area terapeutica nella quale si concentra il maggior numero di trial.

Alla data del 12 maggio 2025, sulla piattaforma del CTIS risultavano registrati 7.623 trial clinici attivi o almeno autorizzati nell'Unione Europea[30]. Di questi, 2.311 (pari al 30,3%) coinvolgono almeno un centro italiano (coordinatore e non), collocando l'Italia al quarto posto tra i Paesi dell'Unione Europea[31]. Ai primi posti ci sono la Spagna, che negli ultimi anni ha aumentato la sua attrattività per la conduzione di trial clinici, grazie a una regolamentazione più agevole, procedure semplificate e meccanismi di premialità[32], la Francia e la Germania, che partecipano rispettivamente al 39,1%, al 38,3% e al 30,5% del totale degli studi condotti in Europa.

29 La piattaforma, sviluppata dalla Commissione Europea in collaborazione con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), è attiva e operativa dal 31 gennaio 2022, in corrispondenza con l'entrata in vigore del Regolamento (UE) 536/2014, relativo alle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso umano. Dal 31 gennaio 2023, dopo un anno di adesione volontaria, tutte le nuove domande di sperimentazione clinica sono state presentate tramite CTIS mentre tutte le sperimentazioni in corso dovevano essere migrate al sistema entro il 30 gennaio 2025.

30 Nota metodologica: sono stati estratti manualmente dalla piattaforma CTIS i trial clinici attivi o almeno autorizzati in ambito oncologico, selezionando i seguenti criteri: Stato ("Authorised", "Ongoing"), Paese (Italia), Area terapeutica (C04 - Neoplasie). Per ciascun trial sono stati catalogati i seguenti campi: "EUCT ID", patologia, fase, sponsor, tipologia sponsor, struttura, regione della struttura, genere dei pazienti, età dei pazienti. Ove possibile, i dati sono stati poi standardizzati (denominazione strutture, patologie, fasi) per un'analisi regionale sistematica e conforme agli obiettivi di ricerca.

31 Il 74,1% degli studi condotti in Italia (1.713 su 2.311) risulta in fase attiva, ossia con reclutamento in corso o già concluso, mentre il restante 25,9% (598) è stato approvato ma non ancora avviato.

32 Per approfondire si rimanda al Capitolo 12 del presente Rapporto.



Paese	N.Trial	%
Spagna	2.983	39,1%
Francia	2.917	38,3%
Germania	2.326	30,5%
Italia	2.311	30,3%
Totale UE	7.623	

Figura 9. A sinistra: Trial clinici autorizzati / attivi in Italia sul totale UE, (%) dati al 12 maggio 2025.
A destra: Trial clinici autorizzati / attivi nei principali paesi dell'Unione Europei, (% sul totale dei trial autorizzati/attivi in tutta l'Unione Europea) dati al 12 maggio 2025

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2025

Circoscrivendo l'analisi ai trial clinici cui partecipa almeno una struttura italiana, 1.050 dei 2.311 trial clinici autorizzati o attivi in Italia, pari al 45,5% del totale, riguardano l'area oncologica[33], che si conferma la prima area terapeutica per numero di trial clinici davanti alle malattie del sistema nervoso (8,2%) e alle malattie del sistema immunitario (7,1%)[34].

Coerentemente con gli altri dati disponibili, tra cui il Report sulle sperimentazioni cliniche di AIFA, la quasi totalità delle sperimentazioni oncologiche è di natura multicentrica (98%), coinvolgendo nella gran parte dei casi strutture localizzate in almeno 2 Regioni (86%), a conferma del ruolo centrale della collaborazione e del coordinamento tra le reti regionali e nazionali. L'attività non è però omogenea sul territorio italiano, ma si concentra in alcune Regioni, come la Lombardia, i cui Centri partecipano complessivamente all'84% degli studi, l'Emilia-Romagna (56%) e il Lazio (53%). Questi dati confermano l'esistenza di squilibri nell'accesso alla ricerca clinica sul territorio nazionale, che potrebbero sottendere differenze tra le Regioni in termini di capacità tecnico-organizzativa, disponibilità di infrastrutture e personale dedicato.

33 Sono stati considerati soli gli studi associati nella piattaforma al codice C-04 «neoplasie», che classifica la gran parte dei codici in ambito oncologico. Dato che parte dei trial onco-ematologici sono classificati nel CTIS all'interno della voce C-15 «malattie ematiche e linfatiche», si tratta con ogni probabilità di una sottostima.

34 I dati sono confermati dal citato Rapporto sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia di AIFA, dove l'area delle neoplasie, oncologiche ed emato-oncologiche, si conferma quella con più sperimentazioni autorizzate nel 2023 (34,7% del totale), seguita dalle sperimentazioni effettuate nell'area delle malattie del sistema nervoso (11,1%) e le malattie del sistema immunitario.



Figura 10. A sinistra: Partecipazione delle Regioni italiane ai trial clinici oncologici (%), dati al 12 maggio 2025.
A destra: Trial clinici oncologici autorizzati / attivi in Italia suddivisi tra una o più di una regione, (%) dati al 12 maggio 2025

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2025

L'analisi mette in luce anche la forte vocazione internazionale della ricerca oncologica italiana. Secondo i dati CTIS, l'83% dei trial oncologici attivi o autorizzati in Italia[35] prevede il coinvolgimento di uno o più Paesi europei. 751 dei 1.050 trial sono co-condotti con uno o più centri spagnoli, 664 trial con centri francesi e 562 con centri tedeschi.

La dimensione globale della ricerca clinica italiana è confermata inoltre dalla presenza di centri extra-UE: l'82% dei trial oncologici italiani coinvolge almeno un centro di ricerca localizzato al di fuori dell'Unione Europea. Solo 192 studi, sui 1.050 complessivi, non coinvolgono Paesi al di fuori dei confini europei. Questa integrazione contribuisce non solo alla condivisione di competenze e buone pratiche tra Paesi, ma anche a un più rapido accesso alle innovazioni terapeutiche, rafforzando la competitività e la rilevanza del sistema della ricerca nazionale nel panorama globale.

Grazie alle informazioni disponibili, è stata realizzata una mappatura puntuale dell'attività delle singole strutture sanitarie e ospedaliere, da cui emerge che le prime 10 strutture per numero di trial clinici attivi o almeno autorizzati in ambito oncologico in Italia, con l'eccezione dell'AOU Careggi di Firenze, appartengano alla rete degli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), a conferma del ruolo chiave di questi centri di eccellenza che coniugando attività terapeutico-assistenziale e di ricerca costituiscono un unicum nel panorama internazionale.

La distribuzione delle strutture più attive nella ricerca riflette quella degli IRCCS, con una concentrazione dei centri in Lombardia (4), e in particolare a Milano, e solo 1 centro del Mezzogiorno - l'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli. In termini assoluti, la struttura che partecipa al maggior numero di trial oncologici è l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (336 studi, pari al 32% degli studi attivi o almeno autorizzati), seguita dal Policlinico Gemelli di Roma (276, pari al 26%) e dall'Istituto Europeo di Oncologia (264, pari al 25%).

35 Si intendono sempre i trial cui partecipa almeno un Centro italiano.

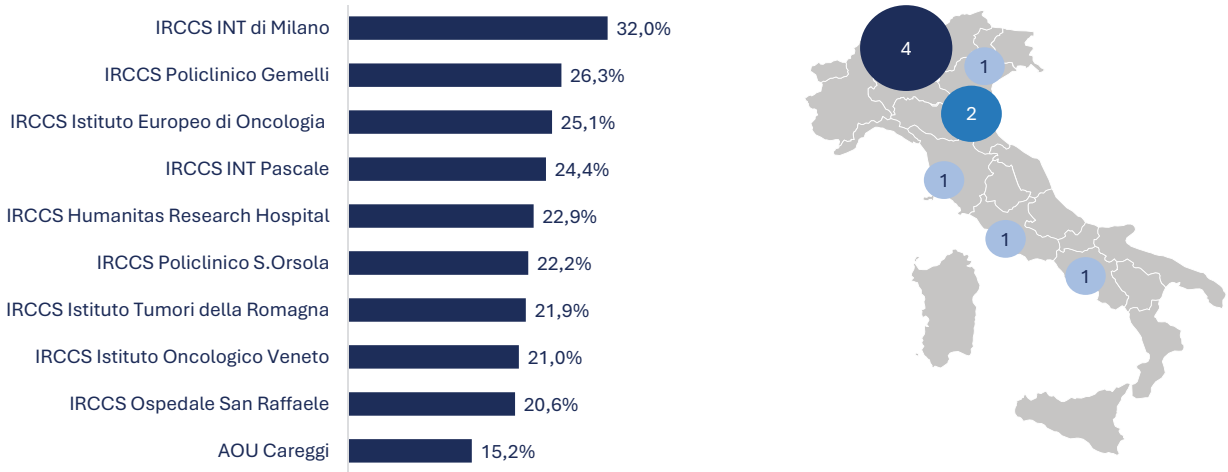


Figura 11. A sinistra: Trial clinici in ambito oncologico autorizzati / attivi nelle prime 10 strutture italiane sul totale dei trial in ambito oncologico autorizzati / attivi in Italia (%), dati al 12 maggio 2025
A destra: Distribuzione per regione delle prime 10 strutture italiane per trial clinici autorizzati/ attivi in ambito oncologico, (numero) dati al 12 maggio 2025

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2025

Estendendo l'analisi a tutte le strutture italiane coinvolte in almeno un trial oncologico, si rileva che solo il 14% di esse (18 su 131) superano la soglia dei 100 studi attivi o autorizzati. Di queste strutture, 11 sono localizzate nel Nord Italia e 1 soltanto nel Mezzogiorno. La dinamica è legata a capacità infrastrutturale, livelli di investimento in ricerca, attrattività per i professionisti sanitari e organizzazione delle reti assistenziali, ma anche all'inserimento della struttura all'interno di un ecosistema salute della ricerca e dell'innovazione che vede anche la presenza di aziende farmaceutiche e biomedicali.

Questa dinamica solleva alcuni interrogativi nel contesto di una sanità sempre più orientata ai principi della Value-Based Healthcare, dove efficienza, esiti e sostenibilità sono chiamati a coesistere. Le disparità nell'accesso ai trial clinici rischiano infatti di tradursi in diseguaglianze di accesso all'innovazione e in mobilità passiva dalle Regioni del Sud verso quelle del Centro-Nord, soprattutto per le patologie a più elevata complessità.

Dall'analisi delle patologie è stato possibile distinguere i trial attivi o autorizzati in 2 macro categorie: i tumori solidi e i tumori ematologici. Su un totale di 1.050 sperimentazioni cliniche in ambito oncologico, il 79% (830 trial) riguarda tumori solidi, mentre il restante 21% (220 trial) interessa tumori del sangue, come leucemie, linfomi e mielomi.

All'interno dei tumori solidi, la maggior parte degli studi si concentra sui tumori del polmone (177 studi), della mammella (101) e del colon-retto (64). Si rileva tuttavia una quota rilevante di sperimentazioni riconducibile alla categoria generica "Altri", che raccoglie patologie meno rappresentate o non classificate all'interno delle categorie del CTIS.

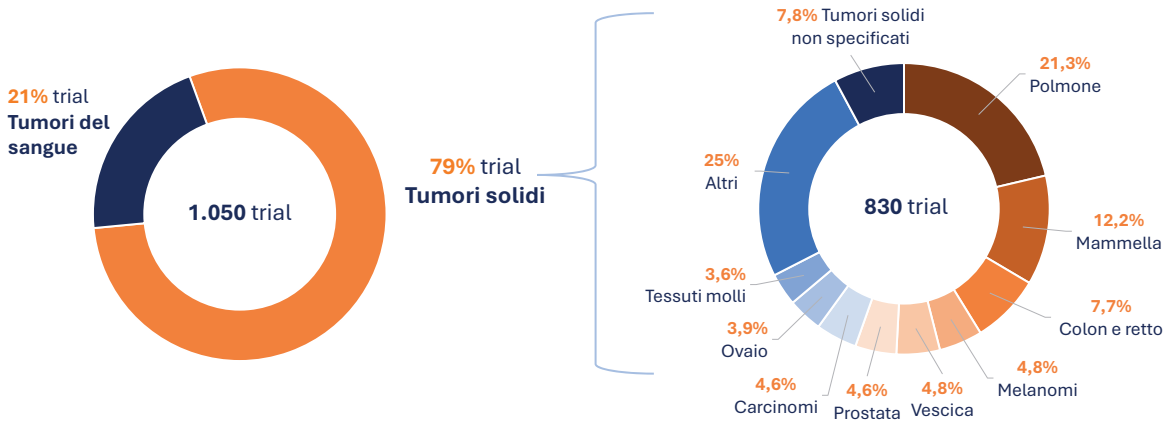


Figura 12. A sinistra: Distribuzione dei trial clinici in ambito oncologico autorizzati / attivi in Italia per tipologia tumorale, (%) dati al 12 maggio 2025.
A destra: Distribuzione dei trial clinici sui tumori solidi autorizzati / attivi in Italia per principali patologie (>15 trial), (%) dati al 12 maggio 2025

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2025

Per quanto riguarda la natura dei promotori, la maggior parte dei trial oncologici condotti in Italia è sponsorizzata da soggetti for-profit, a partire dalle aziende farmaceutiche (791 su 1.050, pari al 75,3% del totale). I rimanenti 259 trial (24,7%) sono promossi da soggetti no profit, in prevalenza strutture sanitarie (54,1%), associazioni di pazienti (23,2%) e, in misura minore, da università (9,3%).

I primi 20 promotori per numero di trial oncologici attivi o autorizzati, di cui 16 promotori for-profit e 4 no-profit, sponsorizzano complessivamente il 50% del totale delle sperimentazioni. Una struttura del Sud, l'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli, con 18 studi in corso è il promotore no-profit più attivo.

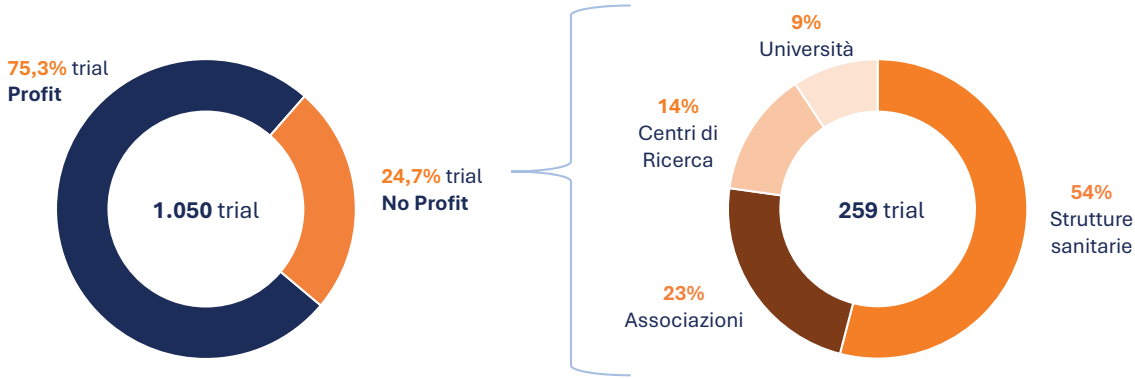


Figura 13. A sinistra: Distribuzione dei trial clinici in ambito oncologico autorizzati / attivi in Italia per tipologia di promotore, (%) dati al 12 maggio 2025.
A destra: Distribuzione dei trial clinici in ambito oncologico autorizzati / attivi in Italia con promotore for-profit per categoria, (%) dati al 12 maggio 2025

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2025

In base ai dati a disposizione, è stato possibile classificare i trial anche in base alla fase sperimentale: la metà degli studi (50,5%) si colloca nella fase III[36]; seguono i trial di fase II (includendo gli studi con fase II e III integrate), che costituiscono il 27% del totale. Gli studi di fase I (includendo anche gli studi con fase I e II integrate, che pesano per il 12,3%), rappresentano il 20,9% del totale.

Questo quadro attesta la concentrazione della ricerca oncologica nella fase confermatoria, finalizzata alla registrazione e all'immissione in commercio di nuovi trattamenti, dove vi è un impegno molto forte dell'industria. La tendenza è confermata anche dall'analisi disaggregata per le principali strutture, variando dal 50,3% dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, dove peraltro la fase I con espansione supera il 23%, al 61% dell'Istituto Tumori della Romagna di Meldola.

Questi dati evidenziano come il panorama della ricerca oncologica italiana sia fortemente orientato verso sperimentazioni in stadio avanzato, con implicazioni rilevanti sia in termini di vicinanza al mercato dei trattamenti indagati, sia rispetto alla capacità delle strutture coinvolte di gestire trial complessi e ad alto impatto potenziale.

6.4 LA VALUTAZIONE DELL'INNOVATIVITÀ IN ITALIA

Nel contesto della ricerca e innovazione farmaceutica, l'innovatività dei farmaci rappresenta un concetto centrale che va ben oltre la semplice immissione sul mercato di un nuovo principio attivo. In Italia, lo status di "farmaco innovativo" è riconosciuto da AIFA solo se un medicinale soddisfa criteri stringenti e attribuisce diritti come l'accesso al Fondo farmaci innovativi dedicato, l'inserimento immediato nei prontuari terapeutici regionali, e procedure regolatorie semplificate.

Con la Legge di Bilancio per il 2025[37], sono state introdotte una serie di disposizioni che interessano i farmaci innovativi, segnando una svolta significativa nella regolamentazione dell'accesso e del finanziamento dell'innovazione terapeutica introdotta nel 2017. La Legge non si limita a ridefinire il concetto di innovatività, ma ne formalizza i criteri valutativi e ristruttura completamente la disciplina del Fondo per i farmaci innovativi.

Secondo la definizione della Legge, l'innovatività di un farmaco è valutata sulla base dei risultati di efficacia e sicurezza che dimostra nel confronto con le alternative terapeutiche già disponibili. Gli altri criteri, come la tecnologia di produzione, il meccanismo d'azione, la sua modalità di somministrazione al paziente e gli effetti sulla qualità della vita, nonché le implicazioni per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, sono citati nell'incipit ma non riportati nella definizione.

La Legge affidava ad AIFA il compito di aggiornare i criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica, attraverso un percorso plurale e trasparente condiviso con le associazioni dei pazienti e dei cittadini e gli altri stakeholder. Il 12 marzo 2025 è stata pubblicata la bozza del Documento "Criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica e sulla gestione degli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti" e avviata una consultazione pubblica fino alla pubblicazione della Determina di AIFA con i nuovi criteri, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 12 luglio 2025.

Sul piano procedurale, il riconoscimento dell'innovatività, necessario per accedere alle risorse e ai benefici del Fondo, viene concesso dalla Commissione Scientifica ed Economica (CSE) di AIFA sulla base di 3 criteri – bisogno terapeutico, vantaggio terapeutico aggiunto e qualità delle prove – sostanzialmente sovrapponibili a quelli indicati nella Determina del 2017[38], anche se la stessa Commissione ha introdotto alcune modifiche concettuali[39].

36 Nel Rapporto sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia di AIFA, il 42,2% dei 611 trial autorizzati dall'autorità di regolamentazione nel 2023 sono di fase III.

37 L. 30 dicembre 2024, n. 207

38 Il modello prevede 5 livelli per il bisogno terapeutico (massimo, importante, moderato, minore e assente) e 6 livelli per il vantaggio terapeutico aggiunto (massimo, importante, moderato, minore, assente e non valutabile), mentre sono 4 i livelli per la qualità delle prove (alta, moderata, bassa e molto bassa). Rispetto alla bozza di marzo, si rileva una differenza terminologica, con la scelta del termine "minore" e non "scarso" per identificare il quarto livello del bisogno terapeutico e del vantaggio terapeutico aggiunto.

39 Ad esempio, nella nuova Determina si fa riferimento al "Vantaggio terapeutico aggiunto", diverso dal "Valore terapeutico aggiunto" della Determina del 2017. Questo cambiamento si spiega con la necessità di distinguere le dimensioni che attengono alla valutazione della rimborsabilità, rispetto a quelle che attengono alla valutazione dell'innovatività terapeutica sulla base della sperimentazione clinica autorizzativa.

Questi criteri sono applicabili solo a malattie o condizioni gravi a medio-basso impatto epidemiologico, individuato sulla base delle stime di prevalenza delle stesse, anche se il Decreto non indica una soglia specifica: nelle intenzioni dell'Agenzia, eliminare del tutto lo spazio di valutazione discrezionale da parte della Commissione non appare utile, nella prospettiva di dover considerare ambiti applicativi molto diversi.

L'azienda titolare dell'AIC, secondo la nuova Determina, "può richiedere l'attribuzione del requisito dell'innovatività terapeutica qualora il medicinale, nella specifica indicazione terapeutica, abbia dimostrato rispetto alle alternative terapeutiche (se presenti), di essere in grado di determinare la guarigione o di ridurre il rischio di complicazioni letali o potenzialmente letali, rallentare la progressione della malattia, migliorare la qualità della vita dei pazienti"[40].In questo senso, si inseriscono nell'orizzonte di riferimento anche dimensione meno cliniche come la qualità della vita e l'impatto organizzativo. Viceversa, non viene mai riconosciuta l'innovatività nei casi in cui il principio attivo alla base del medicinale ha perso o non ha mai avuto copertura brevettuale, oppure quando la richiesta per una nuova indicazione terapeutica per un farmaco arriva più di dieci anni dopo che la prima indicazione è stata riconosciuta come innovativa e rimborsabile.

L'innovatività terapeutica è riconosciuta in presenza di un livello di un bisogno terapeutico[41], di un vantaggio terapeutico aggiunto e di una qualità delle prove almeno "Moderato". Rispetto al 2017, si abbassa la soglia di attribuzione dell'innovatività e si supera la distinzione tra innovatività piena e condizionata – quest'ultima rischiava sempre più spesso di generare iniquità tra aree terapeutiche e categorie di pazienti –, consentendo nei fatti a tutti i farmaci di accedere a tutti i benefici del Fondo.

Nel caso di farmaci per malattie rare e ultra-rare, dove è evidente la difficoltà a condurre studi clinici gold standard, l'innovatività terapeutica potrà essere valutata anche in presenza di una qualità delle prove "Bassa" (ma non più "Molto bassa", come previsto nella bozza di marzo).

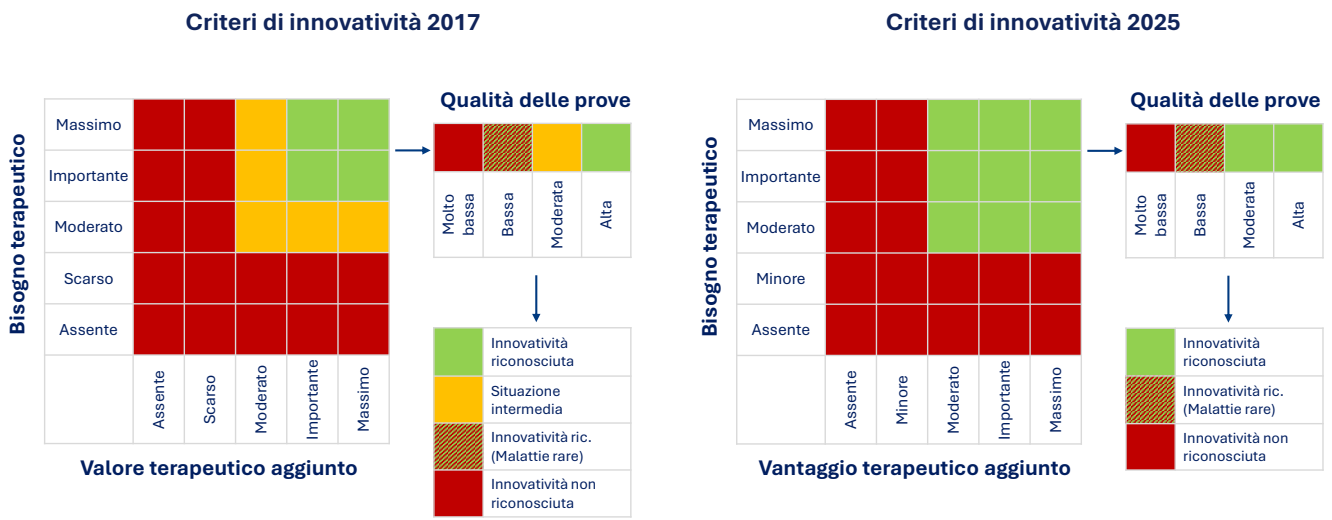


Figura 14. Confronto tra i criteri di innovatività 2017 e 2025

Fonte: Elaborazione TEHA Group su dati AIFA, 2025

40 La qualità della vita è connessa alla "capacità di movimento e di cura della persona, incluse le dimensioni del dolore e della capacità nello svolgimento delle attività abituali o lavorative, nel caso specifico di malattie rare e ultra-rare".

41 Nella bozza di marzo il riconoscimento dell'innovatività era associato a un bisogno terapeutico "Importante".

Il requisito dell'innovatività ha una durata massima di 36 mesi, non ulteriormente prorogabile, per ciascuna indicazione terapeutica di un medicinale: secondo il principio della "innovatività di classe", introdotto nella versione definitiva del documento, ogni eventuale autorizzazione di un nuovo medicinale, la cui indicazione terapeutica è stata già riconosciuta come innovativa in relazione a un'altra specialità medicinale appartenente alla medesima classe (stesso meccanismo d'azione), potrà eventualmente beneficiare dell'accesso al Fondo per il periodo residuale dei 36 mesi originariamente fissato.

La durata non vale per gli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti classificati come "Reserve" o "Listed" che, come detto, hanno un canale di accesso autonomo al Fondo e per i quali lo status di innovativo si protrae fino alla scadenza del brevetto o comunque al termine della protezione normativa dei dati dell'antibiotico.

Elementi distintivi del nuovo impianto normativo sono l'attenzione dedicata ai pazienti e la valorizzazione delle aziende farmaceutiche che investono in R&S nel nostro Paese.

Rispetto al primo punto, la Commissione si impegna non solo a considerare gli indicatori relativi alla qualità della vita nella definizione del vantaggio terapeutico aggiunto di un medicinale, per i quali manca tuttavia un metodo di valutazione condiviso ma, novità della versione definitiva, anche a tener conto dei Patient-Reported Outcomes Measures (PROMs) e delle Patients-Reported Experiences Measures (PREMs).

Sul secondo punto, la stessa Commissione potrà tenere conto del fatto che il piano di ricerca e sviluppo di un medicinale è stato disegnato e condotto in via prevalente in Italia: sviluppo preclinico del farmaco da parte di un centro di ricerca con sede operativa sul territorio nazionale e/o sviluppo clinico (I, II o III fase) con ricercatore principale che lavora per un centro italiano. Parallelamente a questo incentivo, l'Agenzia sta lavorando a una proposta normativa per migliorare l'accesso al credito di imposta nella fase di sperimentazione clinica, e non quando un medicinale è già in fase di commercializzazione.

La nuova disciplina estende anche l'accesso al Fondo per i farmaci innovativi, la cui dotazione dal 2024 è stata incrementata a 1,3 miliardi di euro complessivi. Ai farmaci che ottengono l'innovatività piena sono destinati un massimo di 900 milioni di euro all'anno e fino a 300 milioni di euro l'anno sono assegnati ai farmaci con innovatività condizionata, anche se la loro allocazione sarà probabilmente rivista in virtù dei nuovi criteri di innovatività che, come anticipato, superano la distinzione tra innovatività piena e condizionata. I restanti 100 milioni di euro all'anno agli antibiotici "reserve" o "listed" secondo le classificazioni dell'OMS[42]: questi ultimi, decisivi nel contrasto all'antimicrobico resistenza, non sono sottoposti alla valutazione ma, a patto che siano utilizzati per le infezioni da germi multiresistenti, entrano di diritto nel Fondo. La spesa eccedente l'importo complessivo concorrerà al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti e al conseguente ripiano attraverso il payback.

In definitiva, la normativa del 2025 rappresenta una evoluzione significativa rispetto alla disciplina introdotta nel 2017, ampliando da un lato il raggio d'azione del Fondo ma circoscrivendo dall'altro i farmaci che possono aver accesso agli incentivi economici: un approccio più selettivo e razionale per promuovere la ricerca di farmaci innovativi nelle aree terapeutiche in cui c'è una reale necessità, salvaguardando al contempo la sostenibilità del sistema.

42 Nel primo caso, si tratta dei medicinali inseriti nella lista AWARE ("Access, Watch, Reserve") e classificati come «Reserve», nel secondo dei medicinali attivi su almeno uno dei patogeni prioritari contenuti nella "Bacterial Priority Pathogens List" dell'OMS.

6.5 I TEMPI DI ACCESSO AI NUOVI FARMACI IN EUROPA E IN ITALIA

L'Agenzia Europea dei Medicinali, nel suo Rapporto annuale[43], pubblica i tempi necessari per la procedura di AIC centralizzata. Secondo la norma, il CHMP di EMA ha un tempo massimo di 210 giorni, escluse eventuali interruzioni – cd. clock stop[44], per rilasciare un suo parere sul farmaco. In caso di parere positivo, la Commissione europea ha fino 67 giorni per ratificare la decisione di AIC; tra la conclusione della procedura di EMA e l'avvio di quella della Commissione c'è un intervallo tecnico di 5 giorni, invariato negli ultimi anni.

Nel 2024, il tempo medio complessivo per l'intera procedura, dalla presentazione della domanda alla decisione della Commissione, è stato di 434 giorni, in diminuzione rispetto ai 465 giorni del 2023; il clock stop costituisce complessivamente più del 40% dei giorni.

La durata dell'iter autorizzativo europeo è inferiore per i farmaci che hanno beneficiato del servizio di consulenza scientifica e metodologica dell'EMA, ad esempio per la definizione e lo sviluppo delle sperimentazioni e sull'adeguatezza della documentazione (cd. scientific advice) (412 giorni) nonché per i farmaci sottoposti a valutazione accelerata (216 giorni), che impiegano oltre 8 mesi in meno rispetto al tempo medio standard. Viceversa, il processo si allunga per i farmaci presentati dalle imprese di minori dimensioni, a causa dell'allungamento dei tempi di risposta alle richieste dell'Agenzia.

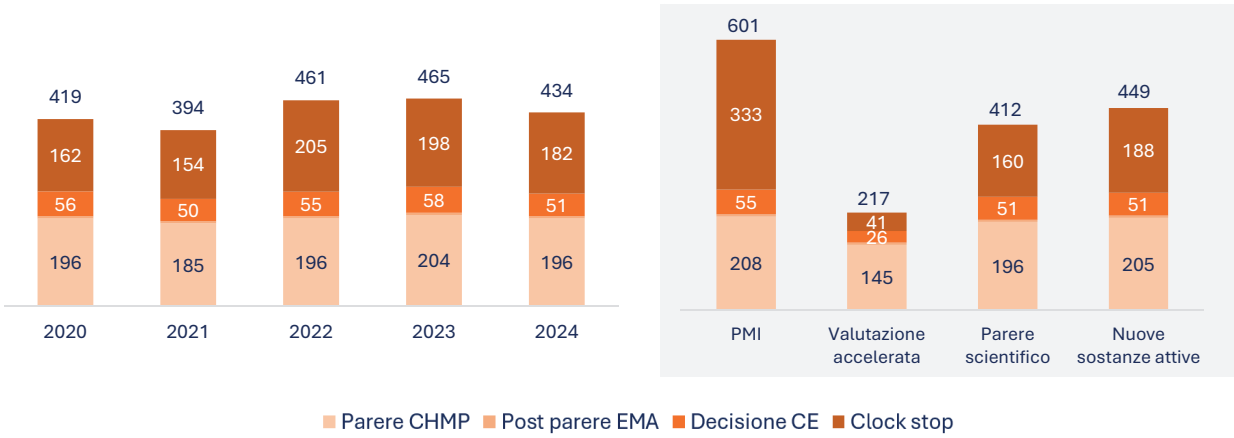


Figura 15. A sinistra: tempi per la valutazione della richiesta di AIC centralizzata per fase (giorni), 2020-2024. A destra: tempi per la valutazione della richiesta di AIC centralizzata in casi specifici (giorni), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2025

Dopo l'approvazione al livello europeo, il nuovo farmaco deve essere autorizzato anche a livello nazionale. In Italia, le aziende farmaceutiche possono presentare domanda di rimborsabilità di un medicinale dopo la Decisione della Commissione Europea o, per i soli farmaci orfani, di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale e ospedalieri, dal parere positivo del CHMP.

43 EMA (2025), "Annual Report 2024".

44 Durante l'iter, il Comitato per i medicinali per uso umano può sollevare quesiti scientifici o richiedere dati integrativi, determinando un'interruzione temporanea ("clock stop") per consentire all'azienda di fornire le risposte necessarie.

Dalla presentazione della domanda ad AIFA alla Determina con cui l'Agenzia comunica all'azienda le proprie determinazioni dovrebbero intercorrere 180 giorni, oppure 100 giorni per i farmaci orfani e, per i farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale e ospedalieri cosiddetta (cd. Procedura dei 100 giorni, introdotta dalla L. 189/2012).

I dati sull'accesso dei pazienti ai farmaci autorizzati tramite procedura centralizzata in Europa[45] nel 2024 confermano una strategia di prezzo e rimborso nazionale competitiva nel contesto europeo, con l'Italia al secondo posto (dopo la Germania) tra i Paesi UE-13 e l'Inghilterra in termini di numero di farmaci resi accessibili ai pazienti sul territorio nazionale sul totale dei farmaci approvati a livello europeo e ai primi posti (terza dopo Germania e Inghilterra, se si considerano i più popolosi) per il tempo medio di accesso. Nell'ultimo biennio si registra tuttavia un lieve aumento del tempo medio che intercorre tra l'approvazione del farmaco a livello europeo e la determina di rimborsabilità per l'Italia (+ 15 giorni rispetto ai 424 del 2023) e soprattutto per i principali Paesi europei (+ 53 giorni rispetto ai 432 del 2023).

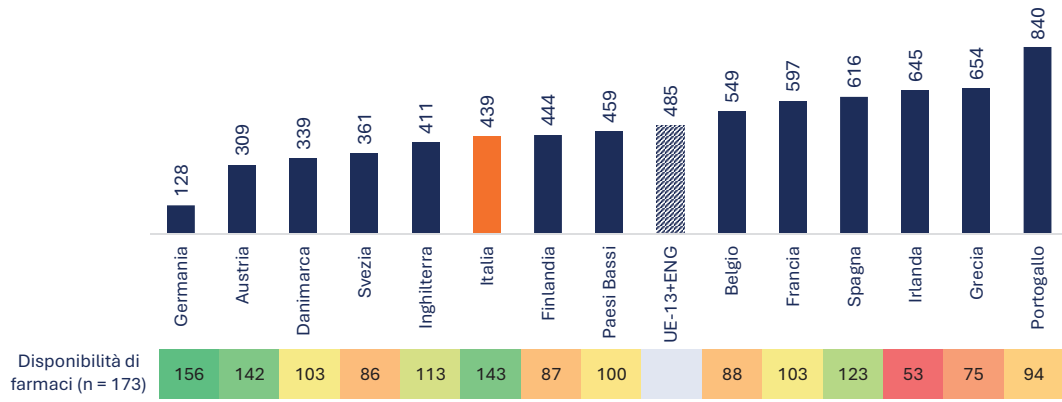


Figura 16. Tempo medio che intercorre tra l'approvazione del farmaco a livello europeo e la rimborsabilità a livello nazionale nei Paesi UE-13+ Inghilterra (giorni) e farmaci rimborsati (numero), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2025

Come evidenziato dall'analisi di Meridiano Sanità presentata nel XIX Rapporto[46], coerente con i dati AIFA[47], buona parte del tempo tra la presentazione della domanda di (ri)classificazione e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Determina di rimborsabilità era speso tra il parere della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) di AIFA e quello dell'allora Comitato Prezzi e Rimborso (CPR).

Con la Riforma di AIFA, e l'istituzione della CSE che incorpora le competenze di CTS e CPR, questo intervallo di tempo è destinato a ridursi sensibilmente, velocizzando l'accesso ai farmaci rimborsati dal SSN da parte dei cittadini. Dai primi dati del monitoraggio uscito a gennaio 2025[48], si rileva infatti una riduzione della durata delle procedure di ammissione alla rimborsabilità del SSN sottoposte alla valutazione della Commissione unica. In particolare, i tempi trascorsi dall'apertura della pratica all'esame in CSE si sono quasi dimezzati (-48%), passando da 262 giorni circa nelle prime 3 sedute della neonata Commissione (aprile-maggio 2024) a 136 nelle ultime 3 sedute (novembre 2024-gennaio 2025), con un trend in costante miglioramento.

45 EFPIA, 2025.
46 The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità". L'analisi ha riguardato un campione di 61 farmaci contenenti nuove sostanze attive che hanno ricevuto il parere positivo del CHMP di EMA nel corso del 2021.
47 AIFA (2023), "Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel periodo 2018-2022".
48 AIFA (2025), "Monitoraggio della durata delle procedure di ammissione alla rimborsabilità da parte del SSN sottoposte alla valutazione della Commissione Scientifica ed Economica".

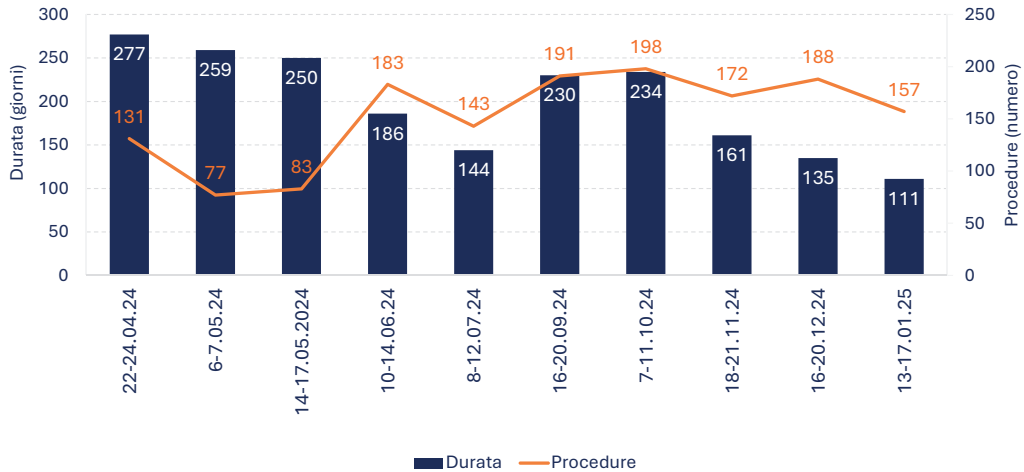


Figura 17. Durate mediane delle procedure al momento della trattazione in CSE (giorni e numero), aprile 2024-gennaio 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Come emerge dallo stesso Report, è corretto sottolineare che "alla durata complessiva del procedimento negoziale concorrono anche alcuni fattori esterni, oltre a quelli strettamente connessi alle valutazioni in CSE, quali ad esempio: le tempistiche di sottoscrizione degli atti negoziali, di predisposizione dei provvedimenti di classificazione ai fini dell'ammissione alla rimborsabilità da parte degli uffici competenti e di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale".

I farmaci autorizzati da EMA e quindi da AIFA, che ne ha definito la classe di rimborsabilità e il prezzo, per essere dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale devono essere recepiti dalle Regioni. Le (poche) analisi disponibili sul tema[49], inclusa la citata analisi di Meridiano Sanità, sono accomunate dall'elevata variabilità regionale.

6.5.1 Gli schemi di early access

I differenti processi e schemi adottati dai Paesi europei per valutare e determinare il prezzo dei farmaci incidono direttamente sulla tempistica di accesso da parte dei pazienti, dato che nella maggior parte degli Stati Membri il rimborso viene concesso solo al termine dell'intera procedura di prezzo e rimborso[50].

49 Il primo contributo sul tema appartiene a: Russo P, Mennini FS, Siviero PD e Rasi G (2010), "Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care providers". Annals of Oncology.
Altri riferimenti sono: Bortolami A, Jommi C, Bresciani F, Piccoli L, Sangiorgi E e Scroccaro G (2024) "Prontuari Terapeutici Regionali in Italia: Stato dell'arte e prospettive future". Glob Reg Health Technol Assess.
Mantuano M, Daniel F, Urbinati D (2016), "Regional time to market of innovative drugs in Italy. PHP70". Value Health.
Prada M, Ruggeri M, Sansone C et al (2017), "Timeline of authorization and reimbursement for oncology drugs in Italy in the last 3 years". Med Access @ Point Ca.

50 È il caso di Francia, Spagna e Italia, dove le decisioni di rimborsabilità seguono una valutazione clinica e una successiva negoziazione del prezzo. In Inghilterra tali decisioni si basano invece su una valutazione economica, senza una vera e propria negoziazione di prezzo a livello di singolo farmaco: il prezzo è stabilito direttamente dall'azienda farmaceutica, con la possibilità di modificarlo nel corso della valutazione, e il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fornisce al NHS una raccomandazione basata sulla costo-efficacia; in Germania, i farmaci sono rimborsabili subito dopo l'AIC, al prezzo fissato dall'azienda, con valutazione e negoziazione del prezzo in un secondo momento.

Per garantire al contempo un accesso rapido a un farmaco e per la verifica della sicurezza e dell'efficacia del farmaco stesso, diversi Stati hanno introdotto programmi di accesso anticipato rimborsato – si parla comunemente di Early Access Schemes (EAS) - che consentono ai pazienti di accedere a un farmaco gratuitamente prima che ne sia stata autorizzata la commercializzazione e/o la rimborsabilità da parte dell'autorità regolatoria nazionale, o comunque per indicazioni diverse da quelle per cui un determinato farmaco è stato autorizzato.

In Italia, l'accesso anticipato rimborsato è regolato da un'ampia gamma di strumenti normativi: la Legge 648/1996 (uso off-label), la Legge 326/2003 (Fondo Nazionale AIFA 5%) e il DM 07/09/2017 (uso compassionevole); inoltre, è possibile accedere al trattamento con un medicinale regolarmente in commercio ma per una indicazione diversa da quella per cui è stato autorizzato (Legge 94/98), anche in presenza di alternative terapeutiche regolarmente autorizzate[51].

Negli altri Paesi europei, con l'eccezione della Francia, non esistono programmi strutturati di accesso precoce, se non programmi di uso compassionevole per pazienti senza alternative terapeutiche, in cui però i farmaci sono a carico dell'industria[52].

Paese	Programma	Mancanza alternativa terapeutica	Documentazione scientifica a supporto	Tipo richiesta	Contributo al costo della Terapia
Italia	Uso off-label (Legge 648/1996)	Sì	Pubblicazioni scientifiche, studi fase I e II, qualità e sicurezza medicinale, trial in corso	Per indicazione	SSN
	Fondo AIFA 5% (Legge 326/2003)	Non esplicitato	Relazione clinica del paziente	Nominale	AIFA (contributo aziende)
	Uso compassionevole (DM 7/9/2017)	Sì	Pubblicazioni scientifiche, studi fase I e II, qualità e sicurezza medicinale, trial in corso	Per indicazione o nominale	Azienda farmaceutica
	Altre indicazioni (Legge 94/1998)	Sì	Almeno risultati studi di fase II, positivamente conclusi	Nominale	Cittadino (azienda ospedaliera se ricovero)
Francia	Accès précoce	Sì	Dati preclinici e clinici; dossier per ANSM e HAS	Per indicazione o nominale	Assurance Maladie + payback
	Accès compassionnel	Sì	Presunzione razionale di efficacia e sicurezza	Nominale	Assurance Maladie
	Accès direct	Sì	SMR ≥ "importante" + ASMR ≥ IV	Per indicazione	Assurance Maladie
Spagna	Acceso en situaciones especiales (Real Decreto 1015/2009)	Sì	Documentazione scientifica a supporto dell'indicazione	Nominale	Azienda o SNS a seconda del caso
Inghilterra	Early Access to Medicines Scheme	Sì	Dati preclinici e clinici; scientific opinion da MHRA	Nominale o per indicazione	Azienda (pre-AIC), MHRA (post-AIC)
Germania	Uso compassionevole	Sì	Documentazione scientifica; base clinica razionale	Nominale o per indicazione	Azienda (pre-AIC), GKV (post-AIC)

Legenda: ANMS = Agence nationale du médicament et des produits de santé; HAS = Haute Autorité de Santé; MHRA = Medicines and Healthcare products Regulatory Agency; GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

Figura 18. Schemi di early access nei principali Paesi europei

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

51 Anche se non rientra tra gli schemi di accesso precoce in senso stretto, che sono associati a una fase di pre-commercializzazione, si segnala la classificazione dei farmaci nella sezione della classe C dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità, definita classe C non negoziata – C(nn) – e prevista dalla Legge 189/2012. La C(nn) consente alle aziende produttrici di vendere il farmaco in Italia, anche se il costo del suo acquisto non è coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (post-commercializzazione ma pre-rimborsabilità). La Legge prevede che AIFA emetta il provvedimento di classificazione in C(nn) automaticamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione della sintesi della Decisione della Commissione europea nella Gazzetta Ufficiale dell'UE di nuove AIC.

52 Popoli P, Giuliani G, Cavaliere A, Jommi C (2024), "Accesso precoce ai farmaci: una proposta di riforma per il Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess. Per un approfondimento sugli schemi di accesso precoce si rimanda inoltre a The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità". Per approfondire:
Tarantola A, Otto MH, Armeni P, Costa F, Malandrini F, Jommi C (2023), "Early access programs for medicines: Comparative analysis among France, Italy, Spain, and UK and focus on the Italian case". Journal of Pharmaceutical Policy and Practice.
Delcroix-Lopes S, Amer N, Chaignot C, Pelletan C (2025), "Early access to medicines with added therapeutic value: Measuring and comparing time to medicines access in England, France, Germany, Italy and Spain". Health Policy.

Il ruolo degli schemi di accesso precoce nel facilitare l'introduzione dei farmaci innovativi, in particolare in ambito oncologico, è stato suggellato dalla letteratura scientifica, oltre che dall'evidenza empirica.

La Francia può essere considerata una pioniera in materia, avendo definito un framework normativo per le Autorizzazioni Temporanee d'Uso già nel 1994[53]. Un'analisi del 2021[54] evidenzia che il sistema di accés prècoce francese, che prevede una piena copertura da parte del corrispondente SSN, consente ai pazienti di accedere ai farmaci oncologici prima della loro autorizzazione in commercio in Europa ma anche negli Stati Uniti[55].

Con riferimento all'Italia, uno studio del 2024[56] ha stimato le conseguenze cliniche ed economiche dei ritardi nell'accesso ad alcuni farmaci oncologici innovativi, rimarcando il ruolo strategico degli EAS nel ridurre i costi associati alla progressione della malattia e nel garantire trattamenti precoci a beneficio dei pazienti. Secondo lo studio, dall'acquisto anticipato dei farmaci da parte del SSN ne deriverebbe un risparmio potenziale per il sistema sanitario di circa 50 milioni di euro per i soli pazienti con carcinoma mammario[57].

Questi schemi, come premesso, sono particolarmente diffusi (e necessari) nei Paesi in cui il rimborso nazionale è subordinato a valutazioni di Health Technology Assessment e a negoziazioni sul prezzo, ossia nei quali c'è un disallineamento tra l'autorizzazione e la rimborsabilità di un farmaco.

Un'analisi del 2025[58], parte del progetto di monitoraggio annuale dei tempi di accesso ai farmaci in Europa avviato in Francia dalla Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) con il supporto dell'Haute Autorité de Santé (HAS), ha esaminato i tempi di accesso a 50 molecole con un miglioramento terapeutico significativo per i pazienti nei principali Paesi europei (Inghilterra, Francia, Germania, Italia e Spagna) tra il 2017 e il 2023.

L'analisi non solo ha confermato le disparità nei tempi di accesso tra i diversi sistemi sanitari evidenziate anche dai dati EFPIA[59], ma ha messo in luce che gli schemi di accesso anticipato sono particolarmente diffusi laddove i tempi di accesso tendono a essere più lunghi, come in Francia, Spagna e in misura minore Italia e Inghilterra.

La Francia ha concesso uno dei suoi schemi di accesso precoce a 42 farmaci dei 50 farmaci analizzati, in 32 casi attraverso schemi di popolazione[60], l'Italia a 30 farmaci, di cui 24 per indicazione, mentre la Spagna ha concesso un accesso anticipato di tipo nominale a quasi tutti i farmaci (45 su 50). Al contrario, nel Regno Unito solo 8 farmaci hanno avuto accesso a schemi di accesso precoce, mentre in Germania nessun farmaco tra quelli inclusi nel campione ha avuto accesso ai programmi di finanziamento pubblico equiparabili agli EAS[61].

53 Per approfondire: The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".

54 Jacquet E, Kerouani-Lafaye G, Grude F, Goncalves S, Lorence A, Turcry F, Brunel L, Belgodere L, Monard A, Guyader G, Boudali L, Albin N (2021), "Comparative study on anticancer drug access times between FDA, EMA and the French temporary authorisation for use program over 13 years". Eur J Cancer.

55 Risultati sono stati confermati da uno studio più recente, condotto in 6 Paesi tra cui l'Italia. Per approfondire si rimanda a: Vancoppenolle JM, Franzen N, Koole SN, Retèl VP, van Harten WH (2024), "Differences in time to patient access to innovative cancer medicines in six European countries". Int J Cancer.

56 d'Errico M et al (2024), "Advancing early access policies for innovative cancer drugs: a scoping review and explorative analysis in the Italian setting". Journal of pharmaceutical policy and practice.

57 Nell'analisi di d'Errico et al (2024) si sottolinea però che l'impatto effettivo dell'accesso anticipato a questi farmaci dipende dall'esito del processo negoziale. Il calcolo dei costi evitati grazie all'accesso anticipato è basato sui costi associati alla progressione della malattia, tuttavia, ciò non implica necessariamente un risparmio equivalente per il SSN: il SSN pagherebbe un farmaco in anticipo, ipoteticamente al prezzo fissato dall'industria – come avviene in Germania – che potrebbe però differire da quello negoziato successivamente.

58 Delcroix-Lopes S, Amer N, Chaignot C, Pelletan C (2025), "Early access to medicines with added therapeutic value: Measuring and comparing time to medicines access in England, France, Germany, Italy and Spain". Health Policy.

59 In Germania, dove i farmaci possono essere immessi sul mercato immediatamente dopo l'AIC a un prezzo libero, il tempo mediano di accesso è il più breve (38 giorni), mentre negli altri Paesi i tempi si allungano sensibilmente a causa dei processi dei processi di HTA, rimborsabilità e prezzo.

60 Si tratta dei cosiddetti schemi per indicazione, rivolti a una specifica coorte di pazienti o alla popolazione generale, contrapposti agli schemi nominali, rivolti a un singolo paziente.

61 In Germania, nei rari casi in cui i farmaci non sono rimborsati al momento dell'AIC, le singole Krankenkassen, le assicurazioni che gestiscono l'assicurazione sanitaria obbligatoria (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) possono includere questi trattamenti nella propria copertura prima che venga definito il rimborso, operando di fatto alla stregua di schemi di accesso anticipato pubblicamente finanziati. Prima dell'AIC, i farmaci possono essere resi disponibili ai pazienti attraverso programmi di uso compassionevole finanziati dalle aziende farmaceutiche.

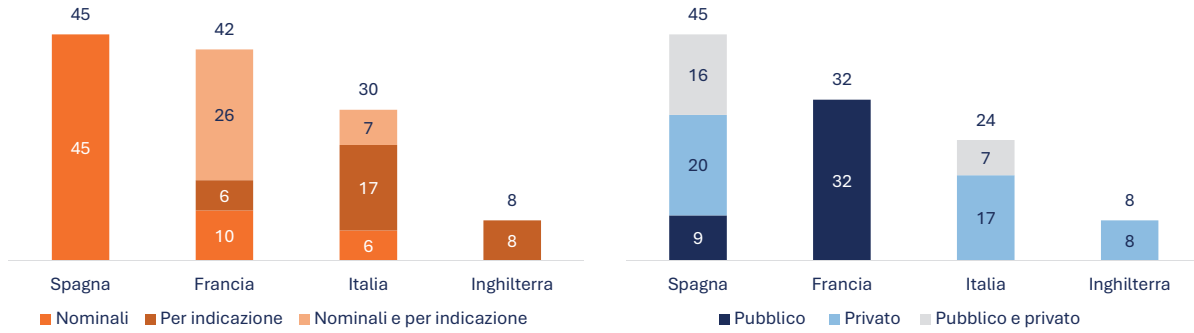


Figura 19. A sinistra: Farmaci che hanno avuto accesso a schemi di accesso precoce nei principali Paesi europei per tipo di richiesta (numero).
A destra: Farmaci che hanno avuto accesso a schemi di accesso precoce nei principali Paesi europei per tipo di contributo

Fonte: TEHA Group su dati Delcroix-Lopes S et al (2025), 2025

La Francia è l'unico Paese ad aver finanziato interamente con fondi pubblici tutti i programmi di accesso anticipato, mentre il Regno Unito si affida completamente al finanziamento da parte dell'industria. In Italia e Spagna, gli EAS sono per lo più finanziati dall'industria oppure attraverso modelli ibridi che combinano contributi pubblici e privati.

Il quadro europeo mostra come gli schemi di accesso precoce possano contribuire a colmare i ritardi e a favorire un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. Rafforzarne l'implementazione, anche in Italia, appare dunque prioritario per garantire una reale equità di accesso e una piena valorizzazione dell'innovazione terapeutica.

6.6 IL VALORE SOCIALE DELL'ACCESSO AI FARMACI

Oggi l'Italia è ai vertici europei per aspettativa di vita alla nascita e con una crescente quota di persone che trascorrono la propria vita in buona salute; inoltre, negli ultimi 3 anni la vita media è cresciuta di un anno, recuperando il calo determinato dalla pandemia da COVID-19[62].

Questo risultato è attribuibile all'appropriatezza delle cure, alla qualità del SSN e, non ultimo, alla ricerca. Come è stato più volte ricordato nel Capitolo, la ricerca e l'innovazione in campo medico-scientifico comportano benefici che vanno ben oltre il miglioramento degli esiti clinici individuali: il suo valore sociale si misura nella capacità di generare salute, equità e sostenibilità anche economica per il sistema sanitario e per la collettività.

Prendiamo ad esempio l'epatite C, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità punta a eradicare entro il 2030. Una simulazione condotta su 696 pazienti con epatite cronica e cirrosi trattati presso Humanitas Research Hospital nel triennio 2017-2019 ha mostrato che, nell'arco di vent'anni, i nuovi antivirali ad azione diretta contro l'epatite C hanno consentito di prevenire 472 decessi legati al fegato, 175 casi di epatocarcinoma, 90 episodi di cirrosi scompensata e 84 trapianti di fegato nei prossimi 20 anni; l'investimento iniziale di 3,9 milioni di euro per i farmaci si è tradotto in un risparmio cumulato di 5,5 milioni di euro in vent'anni, grazie alla riduzione delle complicanze e del ricorso a monitoraggi e cure successive[63].

62 Farmindustria (2025), "Indicatori farmaceutici". Per maggiori informazioni si rimanda al Capitolo 1 del presente Rapporto.
63 ALTEMS, 2019.

Anche il beneficio delle gliflozine (o SGLT2i), farmaci innovativi con una lunga storia nella cura del diabete recentemente indicati anche per il trattamento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e malattia renale cronica, è comprovato e dimostrato da numerosi studi randomizzati. Una stima fornita dalla Società Italiana di Nefrologia ha dimostrato che, a 3 anni, grazie all'utilizzo degli SGLT2; (che hanno dimostrato una riduzione del 31% del rischio di mortalità da tutte le cause), sia possibile risparmiare circa 200 milioni di dollari, di cui 14 in ospedalizzazioni per scompenso cardiaco e 182 in trattamenti dialitici grazie alla possibilità, in quest'ultimo caso di ritardare l'ingresso in dialisi di oltre 15 anni nei pazienti con malattia renale allo stadio 3[64].

Un ulteriore esempio è rappresentato dal Virus Respiratorio Sinciziale (RSV), tradizionalmente associato alle infezioni nei neonati, che costituisce una minaccia anche per gli adulti, soprattutto per gli anziani e i fragili[65]. Secondo i dati pubblicati in Italia nel 2024, con una copertura del 56,7%[66] tra gli over-75, si possono prevenire oltre 277.000 infezioni e 33.000 ricoveri, con un risparmio stimato di 158 milioni di euro[67].

Questi casi dimostrano che l'innovazione terapeutica, se ben governata, può trasformarsi in un volano di salute e sostenibilità, restituendo valore al paziente, al sistema sanitario e alla società nel suo complesso. Tuttavia, non tutti i pazienti hanno accesso tempestivo ai farmaci. Al netto dei fattori demografici ed epidemiologici, le iniquità esistenti dipendono dalle modalità con cui i sistemi sanitari regolano e organizzano l'accesso al mercato (market access) e l'accesso al paziente (patient access), tra i quali spesso vi è un disallineamento.

Dall'analisi delle tempistiche di accesso dei farmaci a livello regionale riportata nel XIX Rapporto Meridiano Sanità[68], oltre alla già richiamata difformità territoriale per quanto concerne il tempo mediano da pubblicazione in GU della determina di riclassificazione / regime di P&R al 1° acquisto a livello regionale da parte di almeno una struttura sanitaria, emerge una forte variabilità anche in termini di disponibilità dei farmaci e utilizzo effettivo.

Le variabili che contribuiscono a generare questa incertezza sono molteplici, dalla presenza o meno di schemi di early access (già richiamati nel precedente paragrafo) alle modalità di prescrizione e distribuzione dei farmaci.

64 The European House – Ambrosetti (2024), "Vero un nuovo paradigma per la gestione della spesa per la cronicità - Un focus sulla spesa relativa al paziente con patologia cardio-nefro-metabolica".

65 Per approfondire si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.

66 È il tasso di vaccinazione contro l'influenza nella stagione 2022-2023 negli adulti di età pari o superiore a 65 anni; Questo valore è stato utilizzato come proxy, poiché si prevede che il vaccino adiuvato venga somministrato annualmente insieme alla vaccinazione contro l'influenza stagionale in Italia.

67 Calabrò GE et al. (2024), "Health Technology Assessment del vaccino ricombinante adiuvato contro il virus respiratorio sinciziale". J Prev Med Hyg.

68 L'analisi di Meridiano Sanità si basa sulla considerazione che la possibilità per il paziente di beneficiare di un farmaco è determinata da più fattori e si può declinare in tre dimensioni. Oltre al tempo di accesso ai farmaci e alla disponibilità dei farmaci stessi, intesa come il numero dei farmaci per cui è stato rilevato almeno un consumo a livello regionale sul totale dei farmaci, due dimensioni già considerate dalla letteratura, esiste anche un tema di utilizzo effettivo dei farmaci acquistati dalle strutture del SSN. Per approfondire si rimanda a: The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".

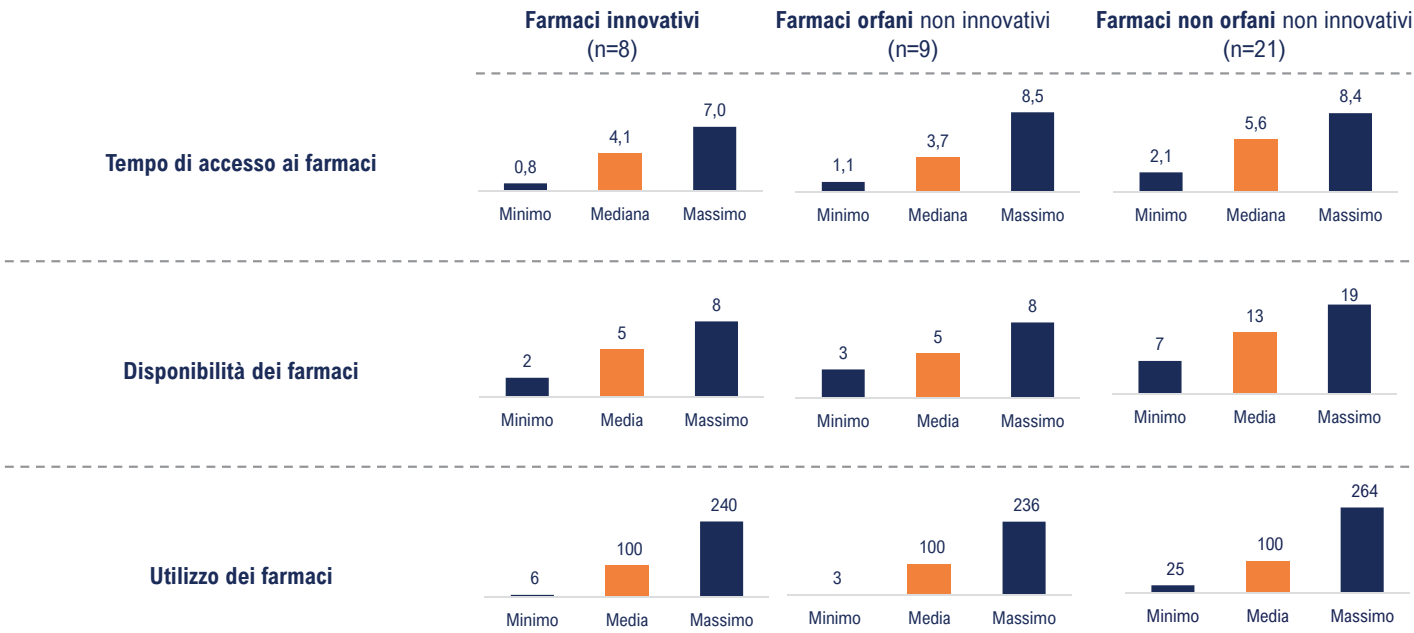


Figura 20. In alto: Tempo mediano (mesi) da pubblicazione in GU della determina di riclassificazione / regime di P&R al 1° acquisto a livello regionale da parte di almeno una struttura sanitaria.
Al centro: Farmaci disponibili a marzo 2024 (numero rispetto al campione farmaci approvati da EMA nel 2021).
In basso: Utilizzo medio a 12 mesi dal primo acquisto (somma UMF acquistate per milione di abitanti; media = 100)

Fonte: TEHA Group su dati XIX Rapporto Meridiano Sanità, AIFA, dati aziendali, 2025

Alla base delle difformità regionali, ci sono sistemi di accesso differenti. L'eventuale ulteriore attività istruttoria di HTA, la definizione dei Centri prescrittori (se richiesto dalla Determina di prezzo e rimborso) e la programmazione dei fabbisogni, alla base delle procedure di acquisto da parte delle centrali di committenza regionali, sono solo alcuni degli step necessari sui quali manca una linea nazionale condivisa.

Un'indagine condotta nel 2024[69], alla quale hanno partecipato 19 Regioni e Province Autonome, ha rilevato che in 17 di esse i servizi farmaceutici svolgono un'attività istruttoria strutturata. Ciò significa non solo analizzare criticamente le informazioni fornite dalle aziende, ma anche raccogliere autonomamente dati a supporto delle decisioni: dalla stima dei pazienti potenzialmente eleggibili alle nuove terapie, alla valutazione dei costi associati, fino alla definizione del place-in-therapy.

Tuttavia, il principale elemento che alimenta ritardi e disomogeneità nell'accesso regionale ai farmaci rimane la variabilità delle procedure di gara utilizzate per l'acquisizione dei fabbisogni e l'acquisto dei nuovi farmaci. Tali differenze organizzative generano ulteriori complessità e amplificano le disuguaglianze regionali e locali nell'accesso all'innovazione.

69 Bortolami A, Jommi C, Bresciani F, Piccoli L, Sangiorgi E, Scroccaro G (2024), "Prontuari Terapeutici Regionali in Italia: stato dell'arte e prospettive future". Global Reg Health Technol Assess.

Ad alimentare le differenze nell'accesso regionale c'è anche la discrezionalità nell'individuare i Centri prescrittori, che può comportare un ulteriore ritardo dal momento dell'autorizzazione del farmaco a livello nazionale, e nell'estendere la prescrivibilità di determinati farmaci a diversi specialisti o anche ai Medici di Medicina Generale. La Campania, ad esempio, è stata una delle prime Regioni italiane a estendere all'ambito ambulatoriale la prescrivibilità dei PCSK9i, anticorpi monoclonali in grado di ridurre di circa il 60% i valori del colesterolo LDL con conseguente riduzione molto significativa (20%) di morte cardiovascolare, stroke e infarto miocardico[70].

L'istituzione, a gennaio 2025, del "Tavolo Tecnico di Coordinamento AIFA-Regioni" può contribuire a evitare duplicazioni di procedure e ottimizzare i tempi. Il tavolo è nato infatti per favorire un confronto continuo e strutturato sull'accesso ai farmaci e la loro rimborsabilità, a partire dalla condivisione anticipata delle informazioni sui medicinali di prossima autorizzazione da parte dell'Agenzia e di proprie analisi e/o valutazioni tecniche sull'appropriatezza prescrittiva e sulla rimborsabilità dei medicinali. In questa stessa direzione va il nuovo "Regolamento di funzionamento e ordinamento del personale", approvato da AIFA il 7 ottobre 2025, con cui l'Agenzia si è riorganizzata, superando la frammentazione delle attività tra gli Uffici e rafforzando le funzioni di HTA, per assicurare un accesso sempre più rapido alle terapie, garantendo al contempo sostenibilità economica e sicurezza dei pazienti.

In Italia, pur all'interno del perimetro del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT), le Regioni hanno anche la possibilità di decidere se collocare determinati farmaci in distribuzione diretta oppure in distribuzione per conto (DPC) presso le farmacie territoriali. Questa modalità presenta diversi vantaggi, tra cui la scontistica analoga a quella della diretta e la prossimità di accesso per il cittadino, ma anche alcuni svantaggi, come la difficoltà di instaurare un monitoraggio dell'aderenza alla terapia, perché l'assistito può rivolgersi a qualsiasi farmacia per ritirare il farmaco.

Se la scelta di una Regione di inserire o meno in DPC alcuni farmaci può dar luogo a iniquità, la riclassificazione dei farmaci dalla distribuzione diretta alla convenzionata da parte di AIFA rappresenta una alternativa valida. A luglio 2025 il Consiglio Direttivo di AIFA ha approvato l'aggiornamento della Nota 100, previsto dalla Legge di Bilancio 2024, e con esso il passaggio alla distribuzione in farmacia e l'abolizione dei piani terapeutici per le citate gliflozine e per le gliptine, aprendo alla prescrizione da parte dei medici di famiglia.

Una più ampia dispensazione dei medicinali sul territorio contribuisce a realizzare migliori esiti di salute, aumentando l'aderenza e l'appropriatezza prescrittiva, ma anche a ridurre i costi sociali a carico di pazienti e caregiver e del sistema: nel caso delle gliptine, ad esempio, i primi dati di AIFA confermano che la riclassificazione non ha beneficiato soltanto gli assistiti ma anche il SSN: tra maggio a novembre 2024, rispetto allo stesso periodo del 2023, le farmacie del territorio hanno dispensato oltre 2 milioni di confezioni di gliptine, con un risparmio per il SSN di 9,7 milioni di euro[71].

In questo senso, anche la proposta della cosiddetta "ricetta aperta" annunciata nell'ambito della stesura del Testo Unico della legislazione farmaceutica rappresenta un passo avanti per migliorare l'accesso e l'aderenza. Se oggi molti pazienti cronici devono recarsi periodicamente dal MMG per il rinnovo delle prescrizioni, la ricetta aperta permetterebbe loro di accedere direttamente in farmacia grazie a una validità estesa a 24 mesi. Questo porterebbe, da un lato, ad alleggerire il carico burocratico dei MMG e a semplificare l'accesso al farmaco per i pazienti. Dall'altro, grazie al sistema Tessera Sanitaria, i farmacisti potranno individuare i pazienti che non ritirano regolarmente i farmaci prescritti, migliorandone l'aderenza terapeutica e contribuendo alla sostenibilità del sistema.

70 The European House – Ambrosetti (2023), "Malattie cardio, cerebro e vascolari – una priorità di sanità pubblica. L'importanza e l'urgenza di avere un Piano Nazionale".
71 AIFA, 2025. Il risparmio deriva principalmente dalla nuova remunerazione delle farmacie.

7. DIVARI SOCIO-ECONOMICI E DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

La salute è determinata da una complessa rete di fattori. Il livello di istruzione, le condizioni abitative, il reddito familiare, l'accesso a spazi verdi, la qualità dell'ambiente di lavoro, le reti di sostegno sociale e gli stili di vita quotidiani contribuiscono in modo decisivo a determinare lo stato di benessere di una persona e di una comunità.

Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC), come già sottolineato nel Capitolo 5 di questo Rapporto, i comportamenti individuali (fattori di rischio) pesano per il 50% sugli esiti di salute, seguiti dal contesto socioeconomico e ambientale (20%) e da fattori biologici come la genetica e l'età (20%); l'accesso e la qualità dei servizi sanitari incidono infine per il 10% sugli esiti di salute della popolazione.

Questi fattori influenzano non solo la possibilità di ammalarsi o guarire, ma anche le opportunità di condurre una vita lunga, attiva e soddisfacente. Riconoscere che la salute è il risultato di tutti questi elementi interconnessi significa promuovere politiche integrate capaci di ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità della vita delle generazioni presenti e future.

Negli ultimi anni è emersa con forza dalla letteratura scientifica l'importanza di agire sui determinanti socioeconomici. Questi determinanti, che includono il reddito, l'istruzione, le condizioni lavorative, le condizioni abitative e l'inclusione sociale, si riferiscono alle condizioni, dettate prevalentemente da forze esterne come le politiche sociali ed economiche, nelle quali le persone nascono, crescono, lavorano e invecchiano. Affrontare questi determinanti è importante non solo per migliorare la salute delle persone, ma anche per agire sul contesto di riferimento e ridurre le condizioni di disparità, un impegno prioritario per l'agenda europea e nazionale.

Il nesso tra salute e condizioni socioeconomiche si manifesta attraverso il cosiddetto gradiente sociale, con gli outcome di salute che seguono un andamento lineare lungo l'asse delle disuguaglianze sociali ed economiche. Queste differenze hanno radici lontane: recenti studi[1] dimostrano come fin dallo sviluppo del feto le condizioni socioeconomiche materne possano incidere sulla salute futura del bambino attraverso meccanismi epigenetici di "programmazione fetale". Queste disuguaglianze vengono poi perpetuate lungo l'arco della vita delle persone attraverso l'accumularsi di svantaggi materiali, educativi e occupazionali.

Il problema non riguarda solo le differenze di salute all'interno dei Paesi, ma anche tra Paesi. Secondo l'OMS[2], tra il 2000 e il 2023, la mortalità materna globale è diminuita del 40%, ma il 94% dei decessi continua a verificarsi nei Paesi a basso e medio reddito. A queste disuguaglianze si sommano nuovi fattori di rischio sistemici, come il cambiamento climatico, che secondo le stime potrebbe portare fino a 135 milioni di persone in povertà estrema entro il 2030, con impatti drammatici sulla salute.

Anche all'interno dell'Unione Europea, le disuguaglianze sanitarie seguono i divari socio-economici. Un recente rapporto della Commissione europea[3] evidenzia come l'aspettativa di vita sia mediamente più bassa di 5-7 anni nei gruppi socialmente svantaggiati rispetto a quelli più abbienti. L'accesso ai servizi sanitari rimane critico per le fasce a basso reddito, soprattutto nei Paesi dell'Europa meridionale e orientale, dove la rinuncia alle cure è più diffusa.

1 Lacagnina S (2019), "The Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)". American Journal of Lifestyle Medicine.
2 OMS (2025), "World report on social determinants of health equity".
3 Commissione Europea (2025), "The Role of Healthcare in Reducing Inequalities and Poverty in the EU".

7.1 LA SITUAZIONE NORD-SUD E NELLE AREE INTERNE

L'Italia rappresenta un esempio emblematico di crescita e persistenza delle disuguaglianze di salute. Nonostante i progressi complessivi nella speranza di vita e nella qualità delle cure, il divario tra territori e gruppi sociali rimane molto ampio, tanto da configurarsi come uno degli elementi più critici per l'equità del SSN.

Un primo indicatore significativo riguarda l'aspettativa di vita alla nascita, che varia sensibilmente da un'area all'altra del Paese: si passa dagli 81,5 anni registrati nella provincia di Napoli agli 85 anni nella provincia di Lecco, con un gradiente a favore delle Regioni del Nord. Ancora più marcata è la differenza negli anni vissuti in buona salute, che oscillano dai 53,4 anni in Calabria ai 69,7 nella P.A. di Trento. Anche all'interno delle stesse Regioni le differenze sono evidenti: in Lombardia, ad esempio, si registrano 2,4 anni di differenza tra la provincia di Pavia e quella di Lecco. Questo dimostra come non solo le disuguaglianze territoriali Nord-Sud costituiscano una sfida di rilievo, ma anche quelle interne alle stesse Regioni.

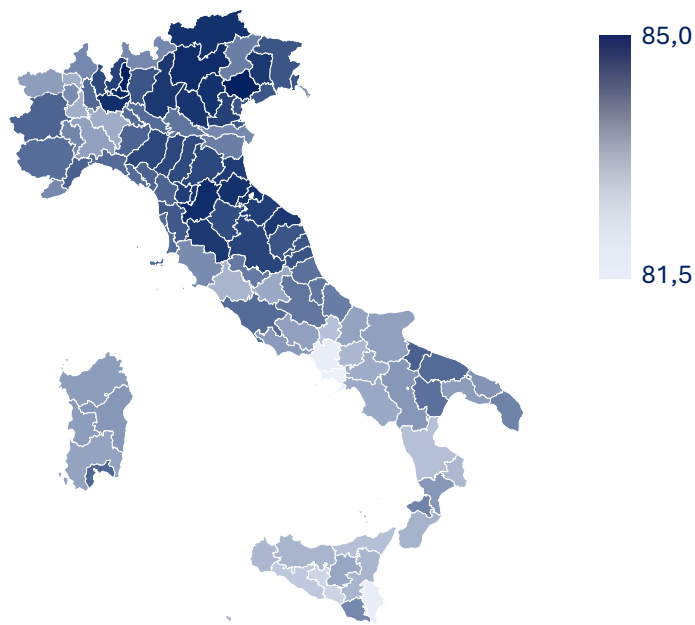


Figura 1. Aspettativa di vita alla nascita nelle Province italiane (anni), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Esiste un persistente gradiente territoriale a svantaggio del Mezzogiorno anche nella probabilità di morire per tumori, diabete, malattie cardiovascolari o respiratorie: tra i 30 e i 69 anni chi abita in queste Regioni registra un tasso di mortalità per queste patologie di 1,5 punti percentuali (p.p.) superiore rispetto al Nord Italia. Questo differenziale si è mantenuto stabile nel tempo, da 1,2 p.p. nel 2013 a un picco di 1,7 p.p. nel 2021[4].

4 ISTAT (2025), "Rapporto SDGs 2025".

Le disuguaglianze emergono con forza anche nell'accesso alla prevenzione, che rappresenta uno strumento essenziale per garantire salute e qualità di vita. I dati sugli screening oncologici organizzati mostrano divari molto ampi: la copertura dello screening mammografico varia dal 13,4% in Calabria al 78,9% in Emilia-Romagna; lo screening colorettale dal 6,3% in Calabria al 71,4% in Lombardia; lo screening cervicale dal 12,4% in Calabria al 72,9% in Umbria. Analoghe differenze si riscontrano anche nelle coperture vaccinali (per ulteriori approfondimenti si veda il Capitolo 5 del presente Rapporto).

Un altro fenomeno rilevante, che incide in maniera significativa sulle disuguaglianze di salute, è quello della mobilità sanitaria. Nel Mezzogiorno, con l'eccezione delle isole, tutte le Regioni presentano un indice di fuga[5] superiore al 10%, con un picco del 41,6% in Molise. Questa dinamica alimenta disuguaglianze su tre fronti: i cittadini sono costretti a spostarsi lontano da casa per ricevere cure, le carenze locali limitano l'accesso effettivo ai servizi e, infine, vi è un trasferimento di risorse finanziarie dai sistemi sanitari del Sud Italia a quelli del Nord.

Va inoltre sottolineato che il gradiente Nord-Sud sarebbe ancora più marcato se si tenesse conto della distinzione tra mobilità di confine e non di confine. La prima riguarda i casi in cui un paziente si cura in una Regione diversa dalla propria ma a pochi chilometri da casa, situazione frequente per chi vive vicino ai confini regionali. Nel Nord Italia l'84,8% dei ricoveri in mobilità rientra in questa tipologia, contro il 67% del Centro e appena il 25,8% del Sud[6]. Ciò significa che la mobilità "effettiva", cioè quella che comporta spostamenti di lunga distanza e maggiori disagi, è ancora più diffusa al Sud di quanto indichino i dati.

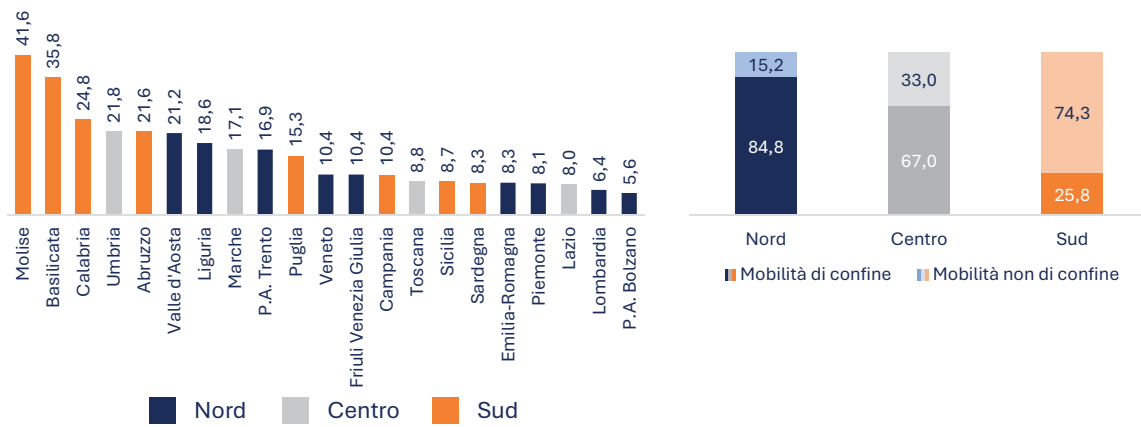


Figura 2. A sinistra: Indice di fuga nelle Regioni italiane (% dei ricoveri fuori Regione), 2024.
A destra: Mobilità di confine e non di confine (% sul totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

La mobilità sanitaria non riguarda soltanto i flussi interregionali, ma anche gli spostamenti dalle aree interne verso i centri urbani. In queste zone, dove risiede circa il 22,6% della popolazione italiana (13,3 milioni di persone)[7], l'accesso ai servizi essenziali di salute, istruzione e mobilità è reso difficile dalla distanza dai poli di offerta. Quasi 1 cittadino su 4 si trova, dunque, in una condizione strutturale di minore accessibilità alle cure di base, un fenomeno che riguarda in questo caso l'intero territorio nazionale e che comporta una difficoltà nell'accesso alle cure che può comprometterne la salute.

5 L'indice di fuga misura la percentuale di ricoveri fuori Regione rispetto al totale dei ricoveri dei residenti.
6 AGENAS (2025), "La mobilità sanitaria in Italia. Edizione 2024".
7 ISTAT, 2024.

Il Ministero della Salute[8] rileva una serie di criticità che contraddistinguono le aree interne sul fronte dell'accesso alle cure. In questi territori si osservano tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana frequentemente superiori alle medie regionali, con un eccessivo ricorso al ricovero per condizioni che potrebbero essere trattate a livello territoriale. Contestualmente, la quota di anziani seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) risulta spesso bassa e il numero medio di accessi per paziente inferiore alla media regionale. Si registrano inoltre lunghe attese dei mezzi di soccorso in caso di emergenza sanitaria e una scarsa disponibilità dei professionisti di riferimento.

Alla radice di tali disuguaglianze vi è un intreccio complesso di fattori socioeconomici, ambientali e di accesso ai servizi. Si tratta di elementi difficilmente separabili, che tendono a rafforzarsi reciprocamente. Ad esempio, i gruppi sociali con redditi più bassi presentano in media tassi più elevati di esposizione a fattori di rischio come fumo, cattiva alimentazione o lavori usuranti, condizioni che a loro volta incidono negativamente sulla salute e aumentano la probabilità di sviluppare malattie croniche.

Il legame tra determinanti socioeconomici e disuguaglianze di salute è particolarmente evidente. Solo il 58% delle persone con la sola licenza elementare dichiara di godere di buona salute, contro il 75,1% dei laureati; parallelamente, la prevalenza di due o più patologie croniche scende dal 34% tra chi ha un livello di istruzione elementare al 15,1% tra i laureati. Inoltre, la distribuzione dell'aspettativa di vita nelle Regioni mostra una chiara correlazione con il PIL pro capite, per cui a redditi superiori corrisponde un'aspettativa di vita maggiore.

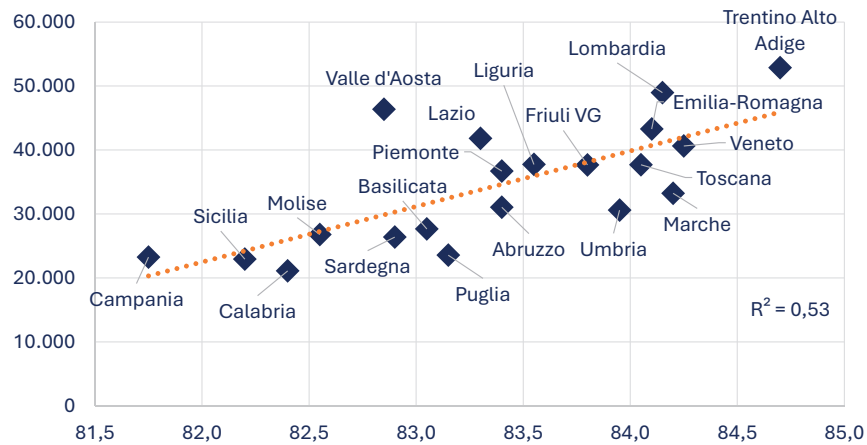


Figura 3. Correlazione tra PIL pro capite (asse y, in euro) e aspettativa di vita (asse x, in anni) nelle Regioni italiane, 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Uno degli effetti più drammatici delle disuguaglianze sociali ed economiche è quello della rinuncia alle cure, già introdotto nel Capitolo 1 del presente Rapporto. L'indice di rinuncia alle cure degli anziani rimane elevato, con forti differenze economiche e territoriali: secondo l'ISS, nel biennio 2023-2024 la quota di over-65 che dichiara di aver rinunciato a prestazioni necessarie scende al 18%, ma raggiunge il 23% nel Mezzogiorno e il 40% tra chi segnala gravi difficoltà economiche. Tra la popolazione generale, la rinuncia alle cure è in forte crescita e ha coinvolto nel 2024 quasi 6 milioni di italiani, pari al 9,9% della popolazione, in forte crescita rispetto al 7,0% registrato nel 2022 e il 7,6% del 2023[9].

8 Ministero della Salute (2024), "La salute nelle aree interne".
9 ISTAT, 2025.

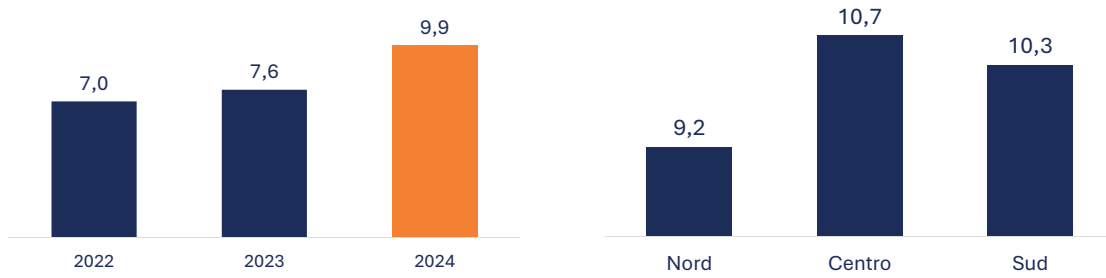


Figura 4. A sinistra: Rinuncia alle prestazioni sanitarie (% della popolazione), 2022 – 2024.
A destra: Rinuncia alle prestazioni sanitarie per macro-area (% della popolazione), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Agire sulle disuguaglianze sociali ed economiche significa intervenire alla radice del problema che genera disuguaglianze di salute. Potenziare e uniformare la capacità di erogazione di servizi sanitari su tutto il territorio nazionale e ridurre le liste di attesa – entrambi aspetti che impattano maggiormente sulla popolazione fragile dal punto di vista sociale ed economico – rappresentano quindi precondizioni fondamentali per ridurre le disuguaglianze di salute.

7.1.1 Liste d'attesa: primi segnali di inversione di tendenza

Le liste di attesa si configurano come la prima causa di rinuncia alle prestazioni sanitarie, rappresentando quindi uno dei nodi critici e più urgenti per il corretto funzionamento del SSN. Affrontare questo tema costituisce un'occasione per il SSN di consolidare ulteriormente la tutela del diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, e di rafforzare la fiducia della popolazione nella sanità pubblica. Oltre a essere un punto di attenzione per la fruizione delle prestazioni sanitarie, le liste di attesa forniscono indicazioni utili sulle aree in cui il sistema può rafforzare la propria efficienza e capacità organizzativa.

I dati più recenti sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi legati ai tempi di attesa evidenziano l'importanza di strategie mirate per migliorare l'accesso e l'efficienza delle cure. Nel 2024, il 6,8% della popolazione, pari a circa 4 milioni di persone, ha dichiarato di aver rinunciato a ricevere una prestazione per questa ragione (6,9% al Nord, 7,3% al Centro e 6,3% al Sud). Negli ultimi anni la crescita della rinuncia alle cure è stata rapida: nel 2022 il dato era pari al 3,8% e nel 2023 al 4,5%. Questo fenomeno produce conseguenze importanti anche in termini di equità, poiché le rinunce alle cure colpiscono in misura maggiore le fasce di popolazione con minori risorse economiche, le quali hanno minori possibilità di rivolgersi al canale privato per accorciare i tempi di attesa.

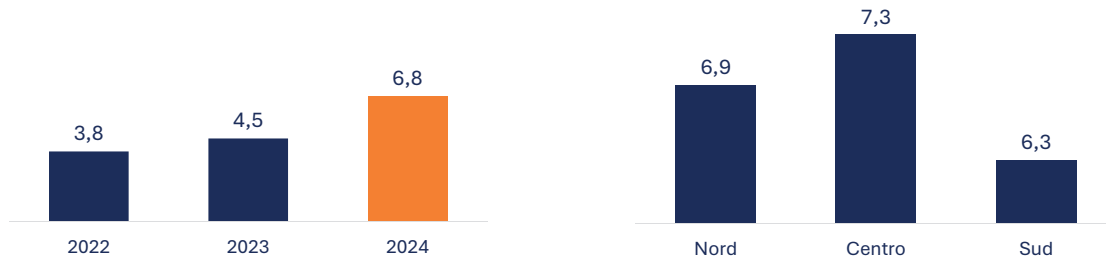


Figura 5. A sinistra: Rinuncia alle prestazioni sanitarie per lunghe liste di attesa (% della popolazione), 2022 – 2024. A destra: Rinuncia alle prestazioni sanitarie per lunghe liste di attesa per macro-area (% della popolazione), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Il tema delle liste di attesa è stato individuato dal Governo come una priorità strategica nell'ambito delle politiche sanitarie, trovando spazio nell'Atto di Indirizzo per l'anno 2025 del Ministero della Salute. Per dare risposta a una delle emergenze più sentite dai cittadini, il Governo ha approvato a giugno 2024 il Decreto Liste di Attesa[10]. Il provvedimento mira a potenziare l'efficienza del sistema sanitario attraverso un insieme di misure volte a garantire il rispetto dei tempi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Tra le innovazioni più rilevanti figurano l'introduzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), affidato ad AGENAS, per monitorare i tempi di attesa in tutte le Regioni, e la creazione di un Organismo di controllo con facoltà di intervento diretto presso le aziende sanitarie in caso di inadempienza. È inoltre previsto che ogni Regione designi un Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), con il compito di proporre interventi correttivi a seguito delle verifiche dell'Organismo.

Il decreto stabilisce anche che, qualora il servizio pubblico non sia in grado di garantire le prestazioni nei tempi di priorità stabiliti, i cittadini abbiano diritto a riceverle in regime di attività libero-professionale intramuraria o presso strutture private accreditate, corrispondendo unicamente l'eventuale ticket. Sono previste anche misure di incentivazione per il personale sanitario, come la detassazione delle prestazioni aggiuntive finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa, e disposizioni strutturali quali l'abolizione, a partire dal 2025, del tetto di spesa per le assunzioni.

Alcuni segnali incoraggianti sono già emersi: secondo i dati riferiti dal Ministro Schillaci[11], oltre 1.000 ospedali hanno registrato, in soli sei mesi, un incremento superiore al 20% delle prestazioni erogate senza ulteriori esborsi economici, un risultato che permetterebbe un'inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti e un contenimento dei tempi di attesa.

Con il DDL Prestazioni Sanitarie, è in via di approvazione un'ulteriore misura per l'abbattimento delle liste di attesa. Il disegno di legge prevede che le Regioni siano tenute ad attribuire ai direttori regionali della sanità, ai direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere obiettivi specifici di riduzione delle liste di attesa. Il raggiungimento di tali obiettivi concorre in misura significativa alla determinazione della parte variabile della loro retribuzione, in una quota non inferiore al 30%.

Tuttavia, la concreta attuazione del decreto presenta ancora elementi di criticità. Secondo i dati diffusi dal Dipartimento per il Programma di Governo, solo 3 dei 6 decreti attuativi previsti sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale. In particolare, il decreto relativo all'art. 2, comma 6, che avrebbe dovuto disciplinare modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, non è stato emanato entro il termine del 31 agosto 2024. Restano da pubblicare anche i decreti relativi alle linee di

10 Decreto legge n. 73 del 2024.
11 Interrogazione parlamentare del 25 settembre 2025, Senato della Repubblica.

indirizzo nazionali per la gestione, da parte dei CUP, di un nuovo sistema di disdetta e ottimizzazione delle agende di prenotazione, e quello sulla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN.

La piena efficacia delle misure varate dipende in larga parte dalla capacità di monitorare con continuità l'andamento delle liste di attesa. A tal fine, la già citata PNLA, gestita da AGENAS, raccoglie e armonizza i dati provenienti dalle Regioni. La piattaforma consente di disporre di un quadro aggiornato sui tempi medi di erogazione delle prestazioni, distinguendo per classi di priorità e tipi di esami o visite.

	Priorità U (entro 3 giorni)			Priorità B (entro 10 giorni)		
	1° quartile	Mediana	3° quartile	1° quartile	Mediana	3° quartile
1° visita cardiologica	1	1	2	5	8	**12**
1° visita neurologica	1	2	3	6	9	**15**
1° visita oncologica	1	2	3	3	7	**11**
1° visita ortopedica	0	1	2	6	9	**17**
1° visita gastroenterol.	1	2	**4**	6	9	**21**
Mammografia bilaterale	1	2	2	3	6	10
Ecografia dell'addome	1	2	3	5	8	**13**
RM* del bacino	2	3	3	6	9	**18**
RM* della gamba	2	2	2	4	7	**12**
TC** del braccio	3	3	3	4	7	**20**

(*) Risonanza magnetica (**) Tomografia computerizzata

Figura 6. Tempi di erogazione dei servizi sanitari secondo la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA) per visite ed esami con priorità U e B (in giorni), luglio 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

I dati relativi al mese di luglio 2025 mostrano un quadro eterogeneo. Per le prestazioni con priorità U (urgenti, da erogare entro 3 giorni), in diversi casi il terzo quartile si colloca al limite dei tempi previsti, segnalando che almeno un quarto dei pazienti non riceve la prestazione nei tempi massimi stabiliti. È il caso, ad esempio, delle visite gastroenterologiche, il cui terzo quartile raggiunge i 4 giorni, e delle risonanze magnetiche del bacino e della gamba, entrambe con valori pari a 3 giorni.

Anche per le prestazioni con priorità B (brevi, da erogare entro 10 giorni) emergono alcune criticità: se per alcune tipologie (come la mammografia bilaterale) il terzo quartile rimane entro la soglia, per altre si registrano ritardi significativi. Particolarmente rilevanti sono i dati per la visita neurologica (15 giorni), la visita ortopedica (17 giorni), la visita gastroenterologica (21 giorni) e la tomografia computerizzata del braccio (20 giorni), che evidenziano tempi oltre i limiti previsti.

Nell'arco di pochi mesi i dati del PNLA hanno tuttavia mostrato segnali incoraggianti. Rispetto a gennaio, la prima visita cardiologica con priorità U è passata da un terzo quartile di 5 giorni a 2 giorni a luglio, la prima visita oncologica da 5 a 3 giorni, e la mammografia bilaterale con priorità B da 14 a 10 giorni. In generale, si osservano progressi per la maggior parte delle visite e degli esami considerati, segno che le misure introdotte stanno producendo effetti concreti nella riduzione dei tempi di attesa.

7.2 L'EROGAZIONE DEI LEA SUL TERRITORIO NAZIONALE

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), entrato in vigore nel 2020, è il sistema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute. In un sistema sanitario decentralizzato come quello italiano, si tratta di uno strumento con la funzione valutare che i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) siano erogati su tutto il territorio nazionale in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità.

Il NSG valuta 3 macro-aree attraverso un insieme di 88 indicatori suddivisi in diverse categorie: 16 per la prevenzione collettiva e salute pubblica, 33 per l'assistenza distrettuale, 24 per l'assistenza ospedaliera 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, un indicatore di equità sociale e 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)[12].

Di questi indicatori, solo 25 rappresentano quelli cosiddetti "CORE", utilizzati per stilare la valutazione finale delle Regioni e delle Province Autonome. Nel 2023, il set CORE è stato aggiornato con l'introduzione di 5 nuovi indicatori volti a misurare in maniera più puntuale esiti clinici e qualità delle cure[13]. Questi nuovi indicatori riflettono un orientamento crescente del NSG verso la valutazione non solo delle risorse e delle prestazioni erogate, ma anche degli esiti di salute e della qualità clinica dei percorsi assistenziali. Esiste poi un set di indicatori "NO CORE", anch'essi sottoposti a monitoraggio annuale, che possono essere selezionati di anno in anno dal Comitato LEA[14] per entrare nell'alveo degli indicatori CORE.

A partire dal monitoraggio del NSG relativo al 2024, l'insieme di indicatori CORE sarà ulteriormente arricchito. Per la prima volta sarà incluso un indicatore di equità, volto a misurare la rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa o per motivi economici, e un indicatore legato ai PDTA, che valuta l'aderenza alla terapia farmacologica con betabloccanti nei pazienti con scompenso cardiaco. A questi si affiancherà l'indicatore ospedaliero sui donatori di organi in morte encefalica, che fornisce una misura della capacità di risposta e di organizzazione della rete trapiantologica.

Il monitoraggio del NSG relativo al 2023 conferma sostanzialmente il quadro già osservato nella precedente edizione: sono 8 le Regioni e Province Autonome considerate inadempienti[15], mentre 13 risultano adempienti. Nonostante questo andamento generale stabile, si osservano alcuni cambiamenti significativi. La Liguria è passata tra le inadempienti a causa di un punteggio insufficiente nell'area della prevenzione, mentre la Basilicata non ha raggiunto la soglia nell'area distrettuale. Al contrario, la Campania e la Sardegna hanno migliorato i loro punteggi e sono riuscite a collocarsi tra le Regioni adempienti.

12 Ministero della Salute (2025), "Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023".

13 In particolare, sono stati inseriti: esiti a 12 mesi dopo eventi acuti cardiovascolari e cerebrovascolari; tasso di ospedalizzazione pediatrica per asma e gastroenterite (introdotto in sostituzione del precedente indicatore relativo al tasso di ricoveri prevenibili per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco); proporzione di reinterventi entro 120 giorni per tumore maligno della mammella dopo chirurgia conservativa; autosufficienza nella produzione di emoderivati (Immunoglobuline, fattori della coagulazione, albumina) e mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico

14 Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), è un organo al quale è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA. È composto da 4 rappresentanti del Ministero della Salute 2 rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 1 rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e 7 rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

15 Con un punteggio inferiore a 60 in almeno una delle tre macro-aree.

	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
Liguria	54	85	80
Veneto	98	96	94
P.A. Trento	98	83	97
P.A. Bolzano	58	82	62
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Emilia-Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Non adempiente **Adempiente**

Figura 7. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA secondo il Nuovo Sistema Garanzie (punteggio), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

L'analisi per macro-area evidenzia come la prevenzione resti il settore più critico: 6 Regioni si collocano al di sotto della soglia di sufficienza, confermando la difficoltà di garantire accesso ai programmi vaccinali e di screening. Anche l'assistenza distrettuale mostra 5 Regioni inadempienti, segno che la presa in carico territoriale dei pazienti e l'organizzazione dei servizi di prossimità rappresentano ancora un punto debole in alcune zone. L'area ospedaliera appare invece la più solida, con una sola Regione (Valle d'Aosta) sotto la soglia della sufficienza.

La geografia dei risultati del NSG conferma un netto divario territoriale. Le Regioni del Nord riportano i migliori risultati, in particolare Veneto ed Emilia-Romagna. Nel Mezzogiorno, sebbene si registrino segnali di miglioramento, i livelli complessivi rimangono spesso inferiori agli standard richiesti dal NSG, a testimonianza delle persistenti disuguaglianze territoriali nell'erogazione dei LEA.

L'analisi della media pesata per la popolazione dei risultati NSG delle 21 Regioni conferma alcune tendenze strutturali. L'area della prevenzione, con un punteggio di 77,8, mostra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente, ma i valori rimangono inferiori a quelli registrati nel 2021.

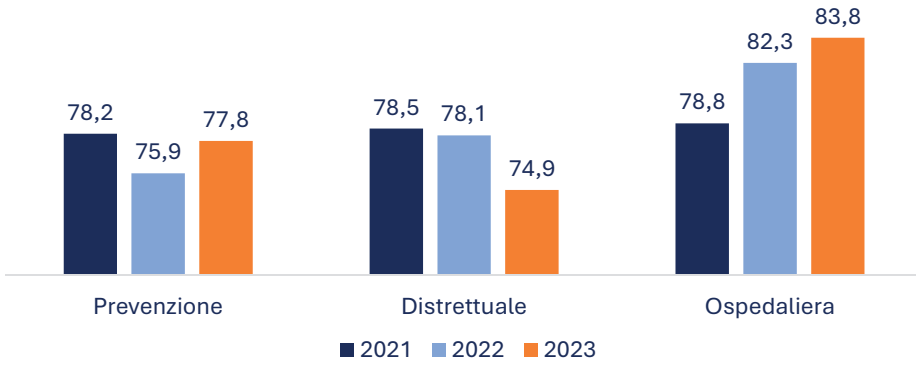


Figura 8. Punteggi medi regionali del NSG pesati per la popolazione regionale, 2021 – 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Ancora più evidente è la dinamica dell'assistenza distrettuale, che nel 2023 subisce un calo significativo rispetto agli anni precedenti scendendo a un punteggio di 74,9. Questo dato è particolarmente preoccupante poiché riguarda la capacità del sistema sanitario di garantire presa in carico territoriale, continuità assistenziale e prossimità delle cure: aspetti centrali nelle politiche di rafforzamento del SSN, soprattutto alla luce degli investimenti previsti dal PNRR.

In controtendenza, l'area ospedaliera continua a migliorare, raggiungendo livelli mai toccati negli ultimi 3 anni e confermandosi come un punto di forza del sistema, capace di assicurare risultati significativi in termini di qualità ed esiti clinici.

Il miglioramento generalizzato dell'area ospedaliera, nonché la significativa riduzione della variabilità regionale nei punteggi di questa area, è dovuto anche all'introduzione di standard nazionali con il DM 70 del 2015 e di sistemi di monitoraggio a partire dal Piano Nazionale Esiti (PNE) di AGENAS, che hanno dimostrato di contribuire al miglioramento di tutto il sistema e ridurre la variabilità regionale rispondendo all'obiettivo di uniformità ed equità di accesso per i cittadini. Considerato l'impatto che il DM70 ha avuto sulla convergenza dei risultati in ambito ospedaliero, è lecito aspettarsi nei prossimi anni un esito simile anche per quanto riguarda l'area distrettuale in seguito all'approvazione del DM77 nel 2022 e alla messa a terra delle strutture territoriali finanziate con la Missione 6 del PNRR. Occorre quindi accelerare anche nell'ambito dell'area prevenzione con la definizione di obiettivi, standard organizzativi e di personale, dopo l'istituzione del Tavolo Tecnico presso il Ministero avvenuta lo scorso anno.

7.3 IL MERIDIANO SANITÀ REGIONAL INDEX

Ogni sistema sanitario affronta una sfida più ampia e complessa: garantire alla popolazione cure di qualità, accessibili e sostenibili, ottimizzando le risorse disponibili. Valutare se questo obiettivo viene raggiunto richiede l'analisi di diverse dimensioni, tra cui efficacia clinica, equità nell'accesso, capacità di innovazione e sostenibilità nel tempo, considerando anche fattori esterni che influenzano la salute, come condizioni economiche, livello di istruzione, qualità dell'ambiente, opportunità lavorative e abitudini alimentari.

Per rispondere a questa complessità, TEHA ha ideato il Meridiano Sanità Regional Index, un indice sintetico e multidimensionale che permette di confrontare le performance dei sistemi sanitari regionali italiani. La sua costruzione si basa su un insieme circoscritto di indicatori, scelti con cura per rappresentare le aree più rilevanti nell'ambito sanitario. Questo strumento mira a individuare punti di forza e criticità, stimolare la diffusione di buone pratiche e promuovere un sistema sanitario capace di rispondere meglio ai bisogni della popolazione.

L'indice è strutturato in tre macroaree principali:

- l'Indice dello stato di salute della popolazione, che punta a valutare gli esiti di salute che i diversi Paesi sono stati finora in grado di garantire ai propri cittadini;
- l'Indice dei Determinanti della salute, volto a valutare gli impatti dei fattori individuali, socio-economici e ambientali sugli esiti di salute della popolazione;
- l'Indice di Mantenimento dello stato di salute, che fornisce una valutazione delle capacità dei sistemi sanitari di mantenere o migliorare ulteriormente, in futuro, i risultati di salute finora conseguiti.



Figura 9. Schema di analisi del Meridiano Sanità Index 2025

Fonte: TEHA Group, 2025

Il Meridiano Sanità Regional Index valuta le performance dei sistemi sanitari delle 19 Regioni e delle 2 Province Autonome monitorando 35 KPI:

- 6 KPI per l'Indice dello stato di salute;
- 11 KPI per l'Indice dei determinanti della salute suddivisi in tre aree: "Fattori individuali" (3 KPI), "Fattori del contesto socio-economico" (4 KPI) e "Fattori del contesto ambientale" (4 KPI);
- 18 KPI per l'Indice di mantenimento dello stato di salute suddivisi in tre aree: "Capacità di risposta ai bisogni di salute" (6 KPI), "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" (6 KPI) e "Risorse economiche" (6 KPI).

Il valore riportato da ciascuna Regione per ogni KPI viene convertito in un punteggio compreso tra 1 e 10, consentendo il confronto tra indicatori con unità di misura differenti. Agli indicatori possono essere attribuiti pesi uguali o diversi, in funzione della loro robustezza e rilevanza. È importante sottolineare che una discesa di posizione di una Regione rispetto alla precedente edizione non implica necessariamente un peggioramento delle performance assolute, ma potrebbe derivare da un miglioramento meno accentuato rispetto a quello delle altre Regioni.

7.3.1 Indice dello stato di salute

L'indice valuta i risultati in termini di salute che le diverse Regioni hanno fino ad oggi garantito ai propri cittadini, attraverso 6 KPI:

1. Aspettativa di vita alla nascita, che indica il numero medio atteso di anni di vita dei bambini appena nati.
2. Aspettativa di vita in buona salute, che misura il numero atteso di anni di vita alla nascita in buona salute, senza la presenza di limitazioni e disabilità.
3. Tasso di mortalità infantile, che indica il numero di bambini morti nel primo anno di vita per 1.000 bambini nati vivi nello stesso anno.
4. Mortalità standardizzato per età, che quantifica il fenomeno della mortalità al netto delle diverse strutture demografiche delle Regioni italiane.
5. Tasso di prevalenza standardizzato per patologie croniche «ad alto impatto», indice composito costruito aggregando i dati di prevalenza delle malattie cardiovascolari, del diabete, del cancro, delle demenze, della BPCO e dei disordini mentali.
6. Comorbidità, dimensione strettamente legata alla speranza di vita in buona salute, misurata attraverso la percentuale di persone con almeno 2 malattie croniche.

Nel 2024, l'Italia si classifica ancora come il Paese più anziano d'Europa, grazie ad un'età media di 46,6 anni. Tuttavia, la longevità italiana non si traduce in una vita in buona salute: infatti, nel 2024, gli anni vissuti in buona salute sono diminuiti da 59,2 a 58,1 rispetto alla rilevazione precedente (2 anni prima erano 60,1), con valori che spaziano dai 69,7 anni della P.A. di Trento ai 53,4 della Calabria.

Le differenze regionali sono strettamente correlate alla diversa prevalenza delle principali malattie croniche. Ad esempio, il tasso di prevalenza standardizzato delle patologie "ad alto impatto" su una scala da 1 a 10, varia dal valore 10 delle Marche al 3,3 del Molise e all'1,0 della Sicilia.

Anche in relazione alla mortalità infantile permangono importanti diversità tra Regioni: la Calabria, nonostante un miglioramento rispetto al passato (da 4,2 a 3,6 decessi ogni 1.000 bambini nati vivi), registra un tasso nettamente superiore alla media nazionale di 2,5 decessi ogni 1.000 bambini nati vivi; al contrario, il tasso più basso è registrato dalla Toscana con 1,4.

Sulla base di questi indicatori, la P.A. di Trento registra i valori più alti per l'Indice dello Stato di salute (9,4), distanziandosi di quasi 2 punti dalle Regioni che seguono in classifica: Veneto (7,3), P.A. di Bolzano (7,2) e Toscana (7,0). A livello macro-regionale, il Nord Italia ottiene risultati migliori in quasi tutti i KPI analizzati, ad eccezione del tasso di mortalità infantile, dove il Centro Italia presenta risultati peggiori. Tuttavia, rispetto agli anni precedenti, il Centro e il Sud mostrano un avanzamento sul fronte della prevalenza di patologie ad alto impatto e una leggera retrocessione sul tasso di mortalità standardizzato per età. L'Indice evidenzia quindi un marcato gradiente Nord-Sud, con ben 7 delle 8 Regioni del Mezzogiorno che riportano i valori più bassi in termini di salute, fatta accezione per l'Abruzzo.

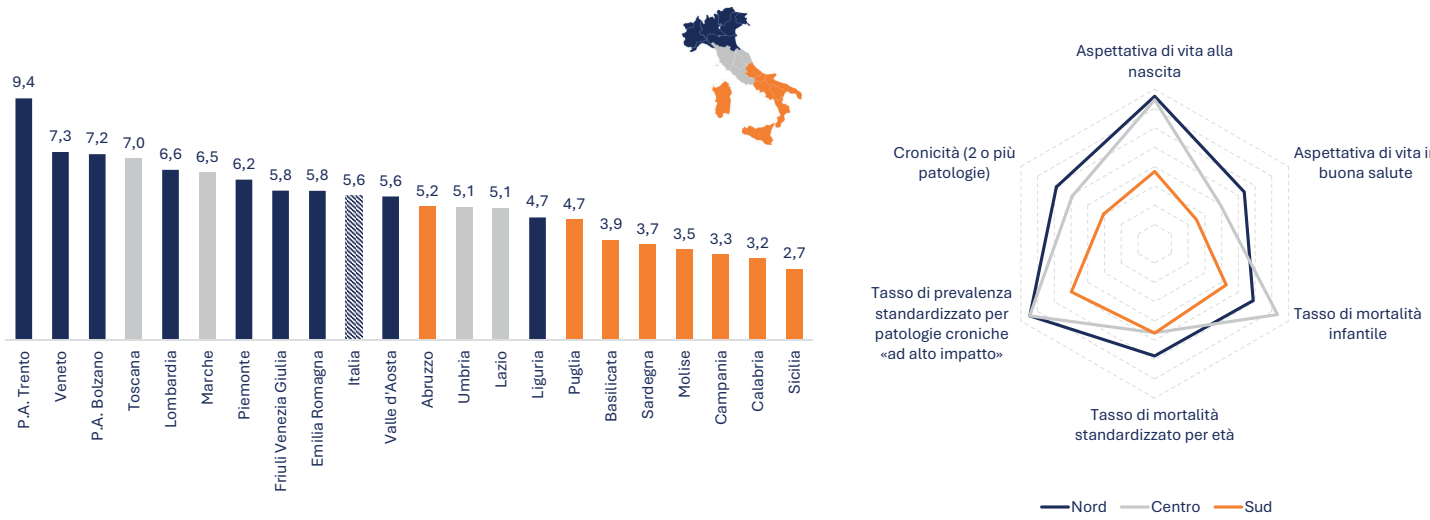


Figura 10. A sinistra: Sintesi dell'indice "Stato di salute della popolazione" (punteggio 1 = minimo, 10 = massimo), 2025. A destra: Posizionamento delle aree geografiche italiane nei KPI dell'indice «Stato di Salute della popolazione», 2025

Fonte: TEHA Group, 2025

Al netto degli spostamenti nella classifica regionale, emerge un quadro di complessivo miglioramento, anche in relazione all'indicatore delle comorbidità, con la percentuale della popolazione con almeno due malattie croniche che rimane stazionaria in tutte Regioni, nonostante l'invecchiamento della popolazione.

Allo stesso modo, i dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita segnalano un miglioramento in tutte le Regioni tranne una leggera decrescita in Valle d'Aosta (da 83,1 anni a 82,9) e un valore immutato nel Lazio (83,3 anni).

Indice dello Stato di salute della popolazione												
Indicatore	**Aspettativa di vita alla nascita** (anni, Istat)		**Aspettativa di vita in buona salute** (anni, Istat)		**Tasso di mortalità infantile** (decessi per 1.000 bambini nati vivi, Istat)		**Tasso di mortalità standardizzato per età** (decessi per 1.000 abitanti, Istat)		**Prevalenza standardizzata delle patologie croniche «ad alto impatto»** (malattie cardiovascolari, diabete, cancro, demenze, BPCO e disordini mentali) (Score 1-10, Istat e Ministero della Salute)		**Comorbidità** (% persone con almeno due malattie croniche, Istat)	
Peso dell'indicatore	**25%**		**20%**		**10%**		**15%**		**15%**		**15%**	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	83,0	**83,4**	60,1	**62,9**	1,9	**2,1**	13,2	**12,7**	5,7	**7,4**	20,4	**20,4**
Valle d'Aosta	83,1	**82,9**	64,0	**59,5**	2,6	**6,4**	12,1	**11,2**	5,9	**9,0**	20,4	**20,4**
Liguria	83,1	**83,5**	59,3	**60,1**	2,6	**2,5**	14,9	**14,3**	5,1	**6,4**	22,6	**22,6**
Lombardia	83,9	**84,1**	60,4	**59**	2,3	**2,4**	10,8	**10,4**	5,7	**8,1**	19,5	**19,5**
P.A. Bolzano	84,1	**84,6**	66,5	**59**	1,7	**2,2**	9,3	**8,5**	8,0	**6,8**	13,1	**13,1**
P.A. Trento	84,6	**84,7**	64,2	**69,7**	1,9	**2,2**	10,0	**9,5**	6,4	**9,5**	17,1	**17,1**
Veneto	83,8	**84,2**	62,3	**60,5**	2,1	**2**	11,0	**10,5**	5,1	**9,3**	18,1	**18,1**
Friuli Venezia Giulia	83,4	**83,8**	60,9	**61,9**	2,2	**2,3**	13,8	**12,2**	4,6	**5,1**	20,2	**20,2**
Emilia Romagna	83,6	**84,0**	59,1	**59**	2,5	**2,1**	12,5	**11,5**	3,4	**5,6**	21,7	**21,7**
Toscana	83,8	**84,0**	62,5	**60,4**	1,6	**1,4**	12,9	**12,1**	5,5	**9,5**	18,2	**18,2**
Umbria	83,7	**83,9**	58,6	**58,8**	1,2	**1,8**	13,3	**12,6**	3,4	**4,2**	23,8	**23,8**
Marche	83,8	**84,2**	59,7	**57,4**	1,8	**2,2**	13,2	**12**	4,9	**10,0**	19,5	**19,5**
Lazio	83,3	**83,3**	59,2	**58,4**	2,6	**2,8**	11,2	**11,2**	4,5	**6,1**	21,1	**21,1**
Abruzzo	83,0	**83,4**	60,6	**58,9**	2,3	**3**	12,7	**12,5**	5,1	**8,1**	20,9	**20,9**
Molise	82,4	**82,5**	54,9	**59,3**	3,0	**1,8**	14,7	**13,6**	4,4	**3,3**	26,5	**26,5**
Campania	81,4	**81,7**	57,1	**54,9**	3,1	**3,2**	10,8	**10,5**	4,4	**4,7**	21,1	**21,1**
Puglia	82,8	**83,1**	55,7	**55,4**	2,7	**2,8**	11,8	**11,1**	4,6	**7,0**	22,4	**22,4**
Basilicata	82,5	**83,0**	52,8	**55,2**	3,0	**2,5**	12,6	**12,4**	5,0	**4,8**	24,2	**24,2**
Calabria	82,0	**82,3**	55,4	**53,4**	4,2	**3,6**	12,2	**11,9**	4,5	**6,8**	23,8	**23,8**
Sicilia	81,8	**82,1**	56,3	**56**	3,9	**3**	12,2	**11,8**	3,6	**1,0**	23,3	**23,3**
Sardegna	82,5	**82,8**	55,6	**55,8**	2,4	**2,5**	11,7	**11,9**	4,7	**4,2**	25,3	**25,3**

Figura 11. KPI utilizzati per l'analisi dell'Indice dello "Stato di salute della popolazione"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

7.3.2 Indice dei determinanti della salute

L'indice dei determinanti di salute esamina i fattori che influenzano gli esiti di salute della popolazione, concentrandosi su tre specifiche aree: i fattori individuali, i fattori relativi al contesto socio-economico e quelli relativi al contesto ambientale.

Fattori individuali

I fattori individuali indicano le caratteristiche e i comportamenti delle persone che influenzano direttamente il loro stato di salute. Gli indicatori monitorati in quest'ambito includono:

- Fattori demografici: un indice composito che comprende l'età media della popolazione e la percentuale di persone con più di 65 anni.
- Fattori di rischio per la salute di bambini e adolescenti: un indice composito che aggrega dati sul fumo, consumo di alcol, consumo di frutta e verdura, percentuale di individui in sovrappeso e obesi e livelli di attività fisica, per la popolazione sotto i 15 anni.
- Fattori di rischio per la salute degli adulti: un indice composito che aggrega dati analoghi relativi alla popolazione con età superiore ai 15 anni.

La transizione demografica e l'invecchiamento della popolazione accomunano tutte le Regioni ma in misura diversa. A registrare le popolazioni più anziane sono le Regioni del Centro e del Nord Italia, in particolare la Liguria (29% della popolazione è over-65) e Friuli Venezia Giulia (27,1%). La Regione con la popolazione più giovane è invece la Campania, con il 20,9% della popolazione over-65 e una età media pari a 44,2 anni (contro una media nazionale di 46,6).

Tra i fattori di rischio più preoccupanti vi sono quelli che interessano bambini e adolescenti, soprattutto nel Sud Italia. Ad esempio, l'eccesso ponderale nella fascia di età 6-17 anni supera ormai un terzo della popolazione in regioni come Campania (36,5%) e Abruzzo (34,6%), mentre è significativamente inferiore in Sardegna (15,1%) e Veneto (15,3%). Notevole è anche il divario territoriale nella buona alimentazione: la percentuale di bambini tra i 3 e i 14 anni che consuma verdura almeno una volta al giorno varia dal 32,7% della P.A. di Bolzano al 59,7% del Friuli-Venezia Giulia.

Tra i KPI in cui il Sud Italia mostra risultati migliori rispetto al Nord figura il consumo di alcol, con un valore standardizzato nella popolazione adulta (percentuale della popolazione di 14 anni e più con almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol) che varia dal 9,3% in Sicilia e 11,5% in Campania, al 24,2% in Valle d'Aosta e 23% nella P.A. di Bolzano.

Considerando complessivamente i fattori individuali di rischio per la salute dei bambini e degli adulti, anche quest'anno, come già evidenziato nella rilevazione del 2024, le P.A. di Trento e Bolzano registrano i comportamenti più virtuosi per la salute. D'altro canto, tutte le Regioni meridionali risultano invece al di sotto della media nazionale, con Campania e Basilicata che registrano i valori più bassi.

Indice dello Stato di salute della popolazione						
Fattori individuali						
Indicatore	**Fattori demografici** (età media della popolazione e % popolazione over-65 anni) (Score 1-10, Istat)		**Fattori di rischio per la salute dei bambini e adolescenti** (sedentarietà, sovrappeso e obesità, alcol, fumo, basso consumo di frutta e verdura) (Score 1-10, Istat e ISS)		**Fattori di rischio per la salute degli adulti** (sedentarietà, sovrappeso e obesità, alcol, fumo, basso consumo di frutta e verdura) (Score 1-10, Istat e ISS)	
Peso dell'indicatore	33,3%		33,3%		33,3%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	3,6	**3,5**	5,9	**8,0**	7,6	**6,9**
Valle d'Aosta	5,0	**4,7**	6,8	**7,3**	7,8	**6,5**
Liguria	1,0	**1,0**	6,7	**8,1**	7,7	**7,2**
Lombardia	6,9	**6,8**	8,1	**6,8**	6,5	**6,7**
P.A. Bolzano	10,0	**10,0**	9,6	**9,0**	9,2	**8,9**
P.A. Trento	6,8	**6,6**	10,0	**10,0**	10,0	**10,0**
Veneto	5,8	**5,7**	5,1	**5,5**	6,1	**8,0**
Friuli Venezia Giulia	3,0	**2,9**	9,1	**8,6**	7,1	**6,3**
Emilia Romagna	5,6	**5,7**	6,0	**5,6**	5,4	**5,8**
Toscana	3,8	**3,7**	6,1	**8,0**	7,0	**6,2**
Umbria	3,1	**3,1**	5,0	**5,8**	5,1	**6,7**
Marche	4,0	**3,9**	4,8	**7,4**	7,9	**6,6**
Lazio	6,9	**6,9**	4,0	**5,0**	5,5	**5,4**
Abruzzo	4,6	**4,5**	5,6	**3,1**	5,7	**4,0**
Molise	3,5	**3,3**	1,0	**2,2**	2,6	**5,2**
Campania	9,7	**9,6**	2,7	**1,2**	1,2	**1,0**
Puglia	6,1	**5,9**	2,5	**2,4**	2,3	**1,8**
Basilicata	5,0	**4,6**	2,9	**1,0**	1,0	**1,1**
Calabria	6,5	**6,3**	3,9	**3,3**	3,0	**4,2**
Sicilia	7,2	**7,0**	1,5	**3,3**	1,9	**2,3**
Sardegna	3,4	**3,0**	4,8	**7,4**	6,8	**5,1**

Figura 12. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Fattori individuali"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Contesto socio-economico

Anche i fattori socio-economici, quali il reddito, l'istruzione e l'occupazione influiscono in modo significativo su quanto in salute e quanto a lungo un individuo vive. Nello specifico, gli indicatori monitorati nell'area "Contesto socio-economico", includono:

- Reddito e disuguaglianze, indice composto dal PIL pro capite e dal rapporto tra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il più basso reddito.
- Mercato del lavoro, valutato attraverso il tasso di disoccupazione.
- Livello di istruzione, valutato attraverso la percentuale di persone in età attiva (di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che ha conseguito una laurea.
- Comunità e coesione sociale, indice composito che guarda sia alla sicurezza della comunità in cui si vive che alla socialità, costruito aggregando i delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria, il numero di famiglie mononucleari, la partecipazione alla vita sociale e alle attività di volontariato.

In Italia, si registra una notevole variabilità nei determinanti socioeconomici della salute, in particolare riguardo al reddito e al livello di istruzione. Il PIL pro capite medio nazionale è di 30.613 euro, ma esistono rilevanti differenze regionali che vanno dai 18.013 euro della Calabria ai 50.618 euro della P.A. di Bolzano.

Analoga variabilità si riscontra per il livello di istruzione: nel 2024, la percentuale nazionale di laureati tra la popolazione di età compresa tra 25 e 39 anni era del 30,9%, con valori massimi del 36,4% in Emilia-Romagna e minimi del 23,4% in Sicilia.

Rispetto alla rilevazione precedente, l'Italia del Sud mostra un buon posizionamento nell'ambito della Comunità e della coesione sociale, con risultati vicini a quelli del Nord Italia, riducendo così il divario Nord-Sud in questa specifica area, sebbene le differenze restino ampie per gli altri indicatori socioeconomici.

Indice dello Stato di salute della popolazione								
Contesto socio-economico								
Indicatore	**Reddito e disuguaglianze** (PIL pro capite e disuguaglianze di reddito - Rapporto tra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il più basso reddito) (Score 1-10, Istat)		**Occupazione** (tasso % di disoccupazione, Istat)		**Istruzione** (% laureati tra i 25-39 anni, Istat)		**Comunità e coesione sociale** (delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria; famiglie mononucleari; partecipazione alla vita sociale; attività di volontariato) (Score 1-10, Istat)	
Peso dell'indicatore	25%		25%		25%		25%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	6,5	**6,6**	6,3	**5,5**	29,5	**30,7**	2,4	**3,1**
Valle d'Aosta	10,0	**8,1**	4,1	**3,9**	32,5	**30**	3,9	**4,0**
Liguria	6,5	**6,7**	6,3	**5,5**	31,2	**28,9**	1,1	**1,5**
Lombardia	5,9	**7,9**	4,1	**3,7**	35,2	**34,4**	4,6	**4,4**
P.A. Bolzano	7,7	**10,0**	2,0	**2,0**	23,0	**25,3**	9,0	**9,2**
P.A. Trento	8,2	**8,0**	3,8	**2,8**	34,1	**33,3**	10,0	**10,0**
Veneto	6,9	**7,1**	4,3	**3,0**	32,9	**34,4**	7,0	**6,9**
Friuli Venezia Giulia	5,5	**6,8**	4,7	**4,4**	31,6	**34,8**	5,6	**5,8**
Emilia Romagna	8,0	**7,7**	5,1	**4,4**	32,9	**36,4**	3,9	**3,9**
Toscana	6,9	**6,5**	5,4	**4,1**	31,3	**32,6**	3,7	**3,9**
Umbria	5,9	**5,8**	6,0	**4,9**	34,4	**35,3**	4,8	**4,6**
Marche	6,7	**6,3**	5,3	**5,2**	34,8	**33,5**	6,7	**6,3**
Lazio	3,6	**5,9**	7,3	**6,4**	38,4	**35,3**	1,0	**1,0**
Abruzzo	3,9	**4,7**	8,3	**7,2**	29,1	**32,8**	5,5	**5,5**
Molise	5,3	**3,9**	9,8	**8,1**	30,9	**30,7**	4,1	**3,7**
Campania	1,4	**1,8**	17,8	**15,9**	26,6	**25,6**	4,1	**4,3**
Puglia	4,8	**2,5**	11,8	**9,5**	22,8	**24,6**	5,5	**5,6**
Basilicata	4,0	**4,2**	7,7	**6,9**	27,8	**26,9**	5,5	**5,6**
Calabria	4,4	**1,0**	16,2	**13,4**	27,6	**25,5**	4,0	**4,1**
Sicilia	1,0	**2,1**	16,1	**13,3**	21,8	**23,4**	2,9	**2,9**
Sardegna	2,3	**3,7**	10,2	**8,5**	27,0	**25,3**	5,4	**5,0**

Figura 13. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Contesto socio-economico"
Fonte: The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2025

Contesto ambientale

L'ambiente in cui un individuo vive può impattare in maniera significativa sulla sua salute, sia direttamente che indirettamente. Gli indicatori monitorati nell'area "Contesto ambientale", includono:

- Inquinamento, indice composito che guarda all'inquinamento delle acque, dell'aria e acustico e alla produzione di rifiuti.
- Cambiamento climatico, misurato dall'aumento medio di temperatura.
- Fattori naturali, indice composito che valuta il verde urbano ma anche l'esposizione dei territori ai disastri naturali.
- Alloggi e mobilità, indice composito del tasso di popolazione che vive in condizione abitative precarie, il tasso di incidenti stradali e l'utilizzo dei mezzi pubblici.

Con riferimento all'inquinante atmosferico più nocivo per la salute, il PM2,5, l'Italia sfora i limiti stabiliti dall'OMS. Nel 2021, le Regioni del Nord hanno superato le soglie limite in modo più frequente. Nelle P.A. di Bolzano e Trento e in Veneto tutte le rilevazioni hanno riportato almeno un superamento, mentre in Lombardia questo limite è stato ecceduto nel 97% dei casi. In Sardegna, solo il 4,2% delle rilevazioni ha rilevato un superamento dei valori limite.

L'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo incidono direttamente sul cambiamento climatico, che a sua volta, come ampiamente documentato dalla letteratura scientifica, provoca effetti avversi sulla salute fisica e mentale. L'aumento della temperatura media, misurato come deviazione dalla media registrata tra il 1991 e il 2020, non è uniforme su tutto il territorio nazionale. Se a livello nazionale l'aumento è stato di 1,4°C, Emilia-Romagna e Veneto si sono fermate a un aumento di 1,0°C mentre la Toscana ha subito un aumento pari a 2,8°C.

In termini di verde urbano, le P.A. di Trento e Bolzano guidano la classifica con 400,9 e 228,4 metri quadri di verde per abitante, rispettivamente. La maggior parte delle altre Regioni italiane dispongono di meno di 40 metri quadri per abitante, con la Puglia che chiude la classifica con 10,8 metri quadri.

Sono significative anche le differenze tra Regioni in termini di percentuale degli spostamenti di terra in bus o treno, un indicatore che misura la disponibilità di mezzi di trasporto alternativi alle auto. Se in Liguria questo valore raggiunge il 25% del totale degli spostamenti via terra, in altre Regioni come il Molise (7,7%), la Sicilia (8,1%) e la Basilicata (8,3%) è ancora preponderante l'utilizzo dell'automobile.

Indice dello Stato di salute della popolazione								
Contesto ambientale								
Indicatore	**Inquinamento** (acqua, rifiuti, aria e acustico) (Score 1-10, Istat)		**Cambiamento climatico** (e aumento temperatura media) (Score 1-10, Istat)		**Fattori naturali*** (verde urbano e disastri naturali) (Score 1-10, Istat)		**Alloggi e mobilità** (condizioni abitative precarie, incidenti stradali, utilizzo mezzi pubblici) (Score 1-10, Istat)	
Peso dell'indicatore	25%		25%		25%		25%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	4,1	**4,2**	5,0	**9,3**	5,8	**5,8**	4,4	**6,5**
Valle d'Aosta	8,3	**9,6**	3,9	**3,0**	5,3	**5,3**	4,2	**8,3**
Liguria	5,3	**6,0**	4,0	**8,5**	4,6	**4,6**	10,0	**10,0**
Lombardia	4,4	**4,4**	2,8	**9,0**	5,8	**5,8**	7,9	**8,1**
P.A. Bolzano	3,8	**3,7**	5,8	**7,5**	8,1	**8,1**	7,1	**9,8**
P.A. Trento	2,2	**2,9**	4,9	**7,5**	9,1	**9,1**	6,3	**5,1**
Veneto	4,0	**3,8**	6,6	**10,0**	5,3	**5,3**	1,0	**5,9**
Friuli Venezia Giulia	4,5	**4,3**	5,9	**7,8**	5,7	**5,7**	5,5	**10,0**
Emilia Romagna	1,0	**1,0**	1,0	**10,0**	1,0	**1,0**	6,3	**7,5**
Toscana	2,4	**2,8**	4,9	**1,0**	3,9	**3,9**	7,8	**8,0**
Umbria	6,3	**6,4**	4,9	**5,8**	6,6	**6,6**	5,9	**2,6**
Marche	6,1	**6,1**	10,0	**6,0**	5,8	**5,8**	4,8	**6,9**
Lazio	6,8	**7,4**	4,6	**5,8**	5,9	**5,9**	7,2	**3,9**
Abruzzo	7,2	**7,7**	9,2	**4,3**	5,6	**5,6**	6,3	**8,1**
Molise	8,8	**9,6**	5,7	**5,0**	10,0	**10,0**	3,9	**4,5**
Campania	6,4	**6,7**	8,2	**5,5**	5,6	**5,6**	5,7	**3,4**
Puglia	6,9	**6,9**	9,2	**7,5**	5,7	**5,7**	3,2	**1,0**
Basilicata	10,0	**10,0**	7,6	**4,5**	7,0	**7,0**	2,9	**4,5**
Calabria	9,0	**9,6**	6,8	**5,0**	5,2	**5,2**	6,8	**7,3**
Sicilia	5,8	**5,7**	6,3	**7,8**	5,8	**5,8**	5,1	**2,9**
Sardegna	8,2	**8,6**	4,1	**9,0**	5,8	**5,8**	3,9	**4,0**

(*) Indicatore non aggiornato.

Figura 14. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Contesto ambientale"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Visione di insieme

Osservando il quadro di sintesi relativo all'Indice dei Determinanti di salute appare evidente come le P.A. di Trento e Bolzano mantengano la loro posizione invariata rispetto al 2024 come territori più virtuosi. Invariata rimane anche la posizione di tutte le Regioni del Sud che presentano valori più bassi della media nazionale.

Nel complesso, mentre nelle aree dei determinanti individuali e socioeconomici il Nord Italia continua a registrare risultati notevolmente migliori rispetto al resto del Paese, nell'area dei determinanti ambientali sono il Centro e il Sud Italia a mostrare risultati più favorevoli anche se in leggero calo rispetto ai dati del 2024.

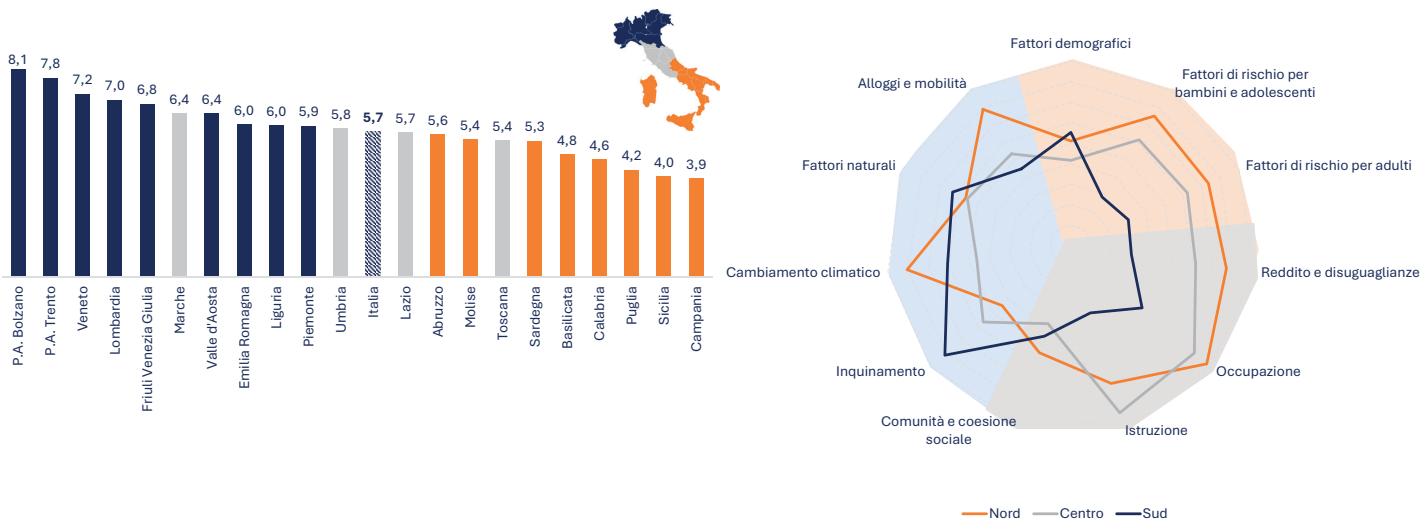


Figura 15. A sinistra: sintesi dell'indice "Determinanti della salute" (punteggio 1 = minimo, 10 = massimo), 2025.
A destra: Posizionamento delle aree geografiche italiane nelle aree dell'indice «Determinanti della salute», 2025

Fonte: TEHA Group, 2025

7.3.3 Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione

L'indice di Mantenimento dello stato di salute stima le capacità dei sistemi sanitari di migliorare nel prossimo futuro i risultati di salute raggiunti finora. L'indice si articola in 3 sotto-aree: la capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute; l'efficienza, efficacia e appropriatezza dell'offerta sanitaria e le risorse economiche investite in sanità.

Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute

L'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute" in analisi prende in considerazione la capacità dei sistemi sanitari regionali di organizzarsi per fronteggiare le sfide della prevenzione (sia vaccinale che di screening), della gestione dei pazienti (anche anziani) sul territorio, dell'accesso all'innovazione (sia tecnologica che farmaceutica). I KPI analizzati sono:

- Tasso di copertura dei programmi di vaccinazione infantile (vaccini esavalente e MPR), per adolescenti (vaccino HPV, coorte del 2012) e per gli adulti (vaccino antinfluenzale e anti-COVID-19).
- Tasso di adesione ai programmi di screening, considerando i programmi di screening al seno – per le donne di età tra i 50 e i 69 anni - alla cervice uterina – per le donne di età tra i 25 e i 64 anni - e al colon-retto - per le persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni.
- Attenzione agli anziani per valutare come i sistemi sanitari regionali stanno rispondendo alla sfida dell'invecchiamento della popolazione e della non-autosufficienza; sono stati presi in considerazione gli anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per 10.000 residenti over-65 e i posti letto in strutture residenziali per anziani (pubbliche e private).
- Disponibilità di operatori sanitari per 1.000 abitanti considerando medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri e farmacisti.
- Accesso all'innovazione farmaceutica, misurato attraverso il consumo pro capite di nuove entità farmaceutiche.
- Infrastruttura digitale misurata attraverso la quota di famiglie con sottoscrizioni a connessioni con velocità superiori al 30 Mbps[16].

Molti dei KPI dell'Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione sono stati oggetto di analisi e approfondimento in questo Rapporto.

In termini di prevenzione vaccinale, la Toscana emerge come la Regione con le coperture più elevate. In particolare, supera il target del 95% per tutti i vaccini infantili ad eccezione della vaccina anti-pneumococcica. Anche per la vaccinazione adolescenziale anti-HPV raggiunge buoni risultati con la terza copertura più alta (69,4%), dopo Lombardia (77,9%) e Umbria (77,2%). Anche tra le vaccinazioni per adulti e anziani si distingue nuovamente l'Umbria con il tasso più alto di copertura antinfluenzale (64,1%), mentre è l'Emilia-Romagna a registrare il tasso più alto di copertura anti-COVID-19 (11,4%).

In relazione alla copertura degli screening oncologici organizzati, oltre 1 italiano su 2 nelle fasce di età per le quali viene fatto il richiamo non aderisce alle campagne. Pur con significative differenze territoriali, l'adesione è particolarmente bassa per quanto riguarda lo screening colorettale (35,8% della popolazione), mentre raggiunge livelli solo parzialmente più soddisfacenti nello screening cervicale (42%) e mammografico (53,8%).

Per quanto riguarda le cure domiciliari, che garantiscono una migliore qualità della vita alle persone che hanno subìto una compromissione dell'autosufficienza, gli investimenti della Missione 6 del PNRR hanno contribuito ad aumentarne significativamente la copertura degli over-65. Nel 2024 il 10,9% degli over-65 sono stati presi in carico con le cure domiciliari, sebbene con livelli di intensità diversi, in crescita rispetto all'8,4% dell'anno precedente a al 4,7% del 2021.

Per quanto riguarda i medici specialisti, il valore più elevato si osserva in Liguria (4,0 per 1000 abitanti), seguita da Sardegna (4,0) e da Lazio e Abruzzo (entrambi 3,5). I territori con i valori più bassi risultano invece P.A. Trento (2,7) e P.A. Bolzano (2,9). Sul fronte degli infermieri, la densità più alta si registra in Friuli Venezia Giulia (8,6 per 1000 abitanti), seguita dalla P.A. di Bolzano (8,0). Al contrario, le Regioni con minore disponibilità di infermieri risultano Campania (5,9) e Lombardia (5,7).

Il consumo pro capite di nuove entità farmaceutiche mostra anch'esso una distribuzione piuttosto eterogenea sul territorio nazionale. A fronte di una media nazionale pari a 17,5 DDD/1.000 abitanti, il valore più elevato si registra in Friuli Venezia Giulia (20,1), mentre la P.A. di Bolzano (13,6) ha il consumo più basso.

Di contro, è relativamente omogenea la percentuale di famiglie con connessioni a internet ad alta velocità, che passa dal 78,5% della Calabria all'89,3% del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, con una media italiana pari all'86,2%.

16 L'accesso ad Internet veloce è infatti la base per poter accedere ai servizi sanitari digitali e proseguire con la trasformazione digitale della sanità.

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione												
Capacità di risposta ai bisogni di salute												
Indicatore	**Copertura programmi di vaccinazione** (per bambini e adolescenti: esavalente, MPR, pneumococco e HPV; per anziani: influenza; vaccini anti-SARS-CoV-2) (Score 1-10, Ministero della Salute)		**Copertura programmi di screening organizzati** (seno, utero e colon-retto) (Score 1-10, Istituto superiore di Sanità)		**Attenzioni agli anziani*** (posti letto in strutture residenziali per anziani e anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata) (Score 1-10, Istat e Ministero della Salute)		**Disponibilità di operatori sanitari** (medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri e farmacisti) (Score 1-10, Istat)		**Accesso all'innovazione farmaceutica** (consumo DDD pro capite di nuove entità farmaceutiche, AIFA)		**Infrastruttura digitale** (% di famiglie con sottoscrizioni a connessioni con velocità superiori ai 30 Mbps, AGCOM)	
Peso dell'indicatore	35%		20%		15%		10%		10%		10%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	5,9	5,4	7,3	7,2	8,2	8,2	6,5	11,9	15,5	18,5	82	85
Valle d'Aosta	6,7	6,5	7,8	9,0	5,6	5,6	3,8	11,6	13,3	16,0	77	86
Liguria	6,3	5,9	6,7	7,4	6,4	6,4	9,7	14,3	16,4	19,9	81	88
Lombardia	8,2	7,6	8,1	8,3	9,0	9,0	4,3	10,9	14,3	16,3	84	87
P.A. Bolzano	1,0	1,4	8,6	8,0	7,0	7,0	1,0	12,1	10,8	13,6	85	89
P.A. Trento	8,0	7,9	9,1	9,0	5,5	5,5	3,2	12,3	15,5	16,5	87	89
Veneto	6,4	5,9	9,0	9,1	7,9	7,9	4,3	11,6	13,9	17,5	83	89
Friuli Venezia Giulia	5,5	6,2	10,0	10,0	10,0	10,0	6,5	12,8	15,3	20,1	83	89
Emilia Romagna	9,8	9,3	9,8	10,0	8,3	8,3	7,5	12,7	14,6	17,5	82	88
Toscana	10,0	10,0	9,0	9,3	3,2	3,2	9,1	12,9	14,7	18,5	82	89
Umbria	8,4	8,5	9,7	10,0	5,2	5,2	10,0	13,6	17,2	19,6	82	85
Marche	4,7	3,5	6,2	6,5	5,5	5,5	6,9	12,3	15,9	18,4	84	85
Lazio	6,3	5,5	5,5	6,3	6,5	6,5	8,6	13,2	15,4	17,0	84	89
Abruzzo	3,8	3,7	3,8	4,4	1,7	1,7	9,6	13,0	16,7	19,4	80	83
Molise	5,4	4,5	4,2	5,3	6,5	6,5	10,0	14,3	15,6	17,6	80	81
Campania	2,4	2,0	2,1	3,0	1,4	1,4	3,9	10,7	17,0	17,9	81	85
Puglia	5,3	4,0	4,8	5,6	2,7	2,7	7,9	12,3	17,2	19,0	77	83
Basilicata	5,4	4,8	5,9	6,5	5,0	5,0	7,2	12,3	15,4	18,2	76	80
Calabria	4,1	2,7	1,0	1,0	1,0	1,0	7,6	11,1	16,6	17,2	73	79
Sicilia	2,1	1,0	5,5	5,2	1,5	1,5	7,7	11,5	13,6	16,1	79	82
Sardegna	2,6	1,9	5,4	5,3	2,1	2,1	7,4	12,8	17,2	19,4	81	87

(*) Indicatore non aggiornato.

Figura 16. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Efficienza, efficacia e appropriatezza dell'offerta sanitaria

L'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" valuta l'efficacia delle cure, l'efficienza organizzativa e gestionale e la qualità complessiva dell'offerta sanitaria. Gli indicatori (KPI) utilizzati comprendono:

- Efficacia delle cure: misurata tramite la mortalità a 30 giorni e a 1 anno dopo ricovero per infarto acuto del miocardio e ictus, e la sopravvivenza a 5 anni dal cancro.
- Mobilità sanitaria interregionale: calcolata come saldo tra mobilità passiva e attiva per ricoveri ordinari e diurni (acuti), attività di riabilitazione e lungodegenza.
- Appropriatezza delle prescrizioni: valutata attraverso il volume di antibiotici prescritti, espresso in dosi giornaliere definite.
- Appropriatezza delle prestazioni e ricoveri: monitorata tramite il tasso di ospedalizzazioni evitabili per BPCO, asma e diabete senza complicanze, e la percentuale di parti cesarei come proxy per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
- Ospedalizzazioni: misurate tramite il tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri, la degenza media standardizzata per "case mix"[17] e la durata media della degenza pre-operatoria (indicatore dell'efficienza organizzativa), ovvero il rapporto tra il totale delle giornate intercorse dal ricovero all'intervento chirurgico e il totale dei dimessi.
- Tempi di attesa per interventi chirurgici: misurati dalla frequenza di interventi entro due giorni per fratture di tibia/perone e collo del femore, e dai tempi di attesa per ricoveri oncologici non urgenti, valutati in giorni di attesa per tumori a polmone, colon-retto, utero, mammella e prostata.

La mortalità per infarto miocardico acuto (IMA) a 30 giorni e a 1 anno è un indicatore fondamentale dell'efficacia del sistema sanitario, poiché evidenzia sia la capacità di gestione dell'emergenza da parte delle strutture ospedaliere sia l'efficacia del follow-up e della continuità delle cure post-acuto sul territorio. Si rilevano significative disparità regionali: ad esempio, la mortalità a 30 giorni varia dal 4,8% in Toscana al 9,5% in Sicilia, mostrando differenze nell'efficacia del trattamento immediato. Ancora più marcate sono le differenze per la mortalità a 1 anno, con valori che spaziano dal 6,4% della P.A. di Bolzano all'11,2% della Campania.

Data la crescente importanza del tema dell'AMR è fondamentale anche il monitoraggio della prescrizione di antibiotici, in quanto valori molto elevati potrebbero essere indice di inappropriatezza. Continua la crescita del consumo di antibiotici, che ha subito una forte accelerazione passando da 13,0 del 2022 al 17,5 DDD per 1.000 abitanti die a livello nazionale nel 2023. Complessivamente, i livelli di consumo più elevati si registrano nel Sud Italia (18,1), mentre il Nord Italia sotto la media nazionale a 17,3.

Il tasso medio nazionale di utilizzo dei posti letto ospedalieri è pari al 74,2%. I valori più elevati si registrano in Valle d'Aosta (88,8%), Emilia-Romagna (82,9%), Umbria (81,7%) e P.A. Bolzano (81,5%), che evidenziano una forte pressione sul sistema ospedaliero. Al contrario, le percentuali più basse si trovano in Basilicata (65,1%) e Calabria (66,0%), dove l'uso delle strutture appare più contenuto.

17 Vale a dire il numero totale di giornate di degenza diviso per il numero di ricoveri standardizzati per patologia, per eliminare distorsioni legate alla complessità dei casi trattati.

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione												
Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria												
Indicatore	**Efficacia delle cure** (mortalità a 30 giorni e a 1 anno a seguito di IMA e ictus; sopravvivenza a 5 anni da cancro) (Score 1-10, Agenas e AIOM)		**Mobilità sanitaria interregionale*** (saldo tra mobilità passiva e mobilità attiva per attività per acuti in regime ordinario e diurno, attività di riabilitazione in regime ordinario e diurno e attività di lungodegenza) (Score 1-10, Ministero della Salute)		**Appropriatezza delle prescrizioni*** (consumo DDD per 1.000 abitanti die di antibiotici, AIFA)		**Appropriatezza delle prestazioni** (parti cesarei) **e dei ricoveri** (diabete senza complicanze, asma e BPCO) (Score 1-10, AGENAS)		**Ospedalizzazioni** (tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri, degenza media per case mix e degenza media pre-operatoria) (Score 1-10, Istat e Ministero della Salute)		**Liste d'attesa** (tempi d'attesa per intervento chirurgico e ricovero oncologico) (Score 1-10, Agenas e Ministero della Salute)	
Peso dell'indicatore	16,6%		16,6%		16,6%		16,6%		16,6%		16,6%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	4,5	4,6	4,8	4,8	13,5	13,5	8,7	10,0	7,3	6,2	8,0	8,1
Valle d'Aosta	10,0	8,7	4,4	4,4	12,8	12,8	4,0	1,0	3,4	3,4	4,7	3,9
Liguria	5,0	5,8	4,6	4,6	12,8	12,8	6,6	6,4	4,3	3,3	4,3	4,1
Lombardia	5,3	5,3	7,2	7,2	13,2	13,2	3,4	4,7	6,6	6,5	7,8	6,8
P.A. Bolzano	7,6	6,6	4,5	4,5	9,7	9,7	1,0	2,8	10,0	10,0	10,0	8,9
P.A. Trento	1,0	3,4	7,3	7,3	14	14	6,5	6,2	6,8	7,6	8,2	7,7
Veneto	6,8	6,1	6,2	6,2	12,4	12,4	6,8	6,9	6,1	5,7	9,4	10,0
Friuli Venezia Giulia	6,7	6,6	3,8	3,8	12,2	12,2	7,3	8,1	4,3	4,8	3,9	5,5
Emilia Romagna	8,4	8,6	10,0	10,0	14,9	14,9	2,1	4,7	8,4	8,5	7,0	6,8
Toscana	8,5	10,0	5,0	5,0	14,8	14,8	7,6	8,1	7,8	7,8	6,8	7,2
Umbria	7,7	8,7	4,1	4,1	18,1	18,1	5,0	7,6	6,2	5,6	3,0	3,5
Marche	5,8	5,6	4,1	4,1	17,5	17,5	9,2	9,5	7,6	7,0	7,1	6,6
Lazio	3,7	3,2	7,7	7,7	17,6	17,6	7,8	7,4	4,9	5,0	6,8	5,8
Abruzzo	1,0	3,8	3,6	3,6	20,9	20,9	6,2	7,4	7,3	7,6	1,0	3,5
Molise	1,1	1,9	4,4	4,4	17,4	17,4	10,0	9,1	3,5	3,0	3,5	6,3
Campania	2,3	1,0	1,0	1,0	22,1	22,1	5,4	5,8	6,5	5,8	4,2	4,9
Puglia	5,6	4,3	1,9	1,9	19,6	19,6	5,8	4,6	4,5	4,1	6,4	6,6
Basilicata	3,7	6,0	3,8	3,8	19,4	19,4	5,6	6,2	1,0	1,0	3,2	2,7
Calabria	3,9	4,5	1,8	1,8	20,1	20,1	5,8	6,8	3,2	2,7	1,4	3,5
Sicilia	1,5	1,5	2,8	2,8	18,8	18,8	8,5	8,3	3,3	3,0	7,1	5,4
Sardegna	3,4	5,1	3,6	3,6	14	14	6,1	6,5	2,0	1,0	4,0	1,0

(*) Indicatore non aggiornato.

Figura 17. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Risorse economiche

L'area "Risorse economiche" guarda alle risorse investite nel comparto sanità per far fronte ai bisogni di salute. Nello specifico, i 6 KPI valutati sono:

- Spesa sanitaria pubblica pro capite.
- Spesa pubblica pro capite in attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili.
- Compartecipazione del cittadino alle spese sanitarie, misurata come la spesa sostenuta da ogni singolo cittadino, a parità di potere d'acquisto, per i ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie.
- Spesa pro capite per nuove entità farmaceutiche.
- Disavanzo sanitario pro capite, calcolato come il risultato di esercizio delle Regioni prima delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi.
- Investimenti in sanità, espressi con la quota già sottoscritta in progetti di investimento delle risorse messe a disposizione dallo Stato.

Nel 2023 la spesa sanitaria pubblica pro capite ha registrato i valori più alti al Nord, nella P.A. di Bolzano e Trento e in Valle d'Aosta, con valori compresi tra 2.650 e 2.860 euro pro capite. Le Regioni che invece investono meno si trovano nel Sud Italia, Campania e Sicilia, con valori compresi tra i 2.100 e i 2.150 euro pro capite. La media italiana si attesta a 2.254 euro pro capite.

Le risorse investite in prevenzione[18], essenziali per garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario, mostrano una variabilità molto rilevante tra Regioni. Se nel 2024 il dato di investimenti pro capite in Italia è stato pari a 107 euro, alcune Regioni come il Molise hanno dedicato a questa voce di spesa cifre molto più importanti (pari a 161,9 euro), mentre altre, come il Friuli Venezia Giulia, hanno investito meno di 80 euro pro capite. Oltre a una forte disparità nel livello di investimento vi è anche una grande eterogeneità nel modo in cui queste risorse vengono ripartite tra programmi di prevenzione delle malattie infettive, delle malattie croniche, salute negli ambienti di lavoro o igiene della filiera animale.

La spesa per nuove entità farmaceutiche in Italia (in media pari a 163,1 euro pro capite) è più alta in Liguria (193,0), Molise (191,6) e Friuli Venezia Giulia (188,6), mentre i valori più bassi si registrano in P.A. Trento (125,3), Valle d'Aosta (134,8) e Sicilia (147,7). In generale, le Regioni del Centro-Sud e la Liguria presentano livelli sopra la media, mentre Province Autonome e parte del Nord mostrano valori più contenuti.

18 È qui considerata la somma della spesa in "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening nutrizionale" e "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali"

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione												
Risorse economiche												
Indicatore	**Spesa sanitaria pubblica pro capite** (euro, Ragioneria Generale dello Stato)		**Spesa pubblica pro capite in attività di sorveglianza, prevenzione e controllo di malattie infettive e croniche** (saldo tra mobilità passiva e mobilità attiva per attività per acuti in regime ordinario e diurno, attività di riabilitazione in regime ordinario e diurno e attività di lungodegenza) (Score 1-10, AGENAS)		**Compartecipazione del cittadino alle spese sanitarie*** (euro, Corte dei Conti e AIFA)		**Spesa pro capite per nuove entità farmaceutiche** (euro, AIFA)		**Disavanzo sanitario pro capite*** (euro, Ragioneria dello Stato)		**Investimenti in sanità*** (% di risorse sottoscritte su risorse destinate, Corte dei Conti)	
Peso dell'indicatore	20%		10%		15%		10%		25%		20%	
MS Regional Index	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**	**2024**	**2025**
Piemonte	2.224	2.213	3,6	2,8	34,9	34,9	144,2	170,2	4,9	4,9	64,0	64,0
Valle d'Aosta	2.705	2.585	10,0	8,0	79,4	79,4	105,1	134,8	299,9	299,9	100,0	100,0
Liguria	2.462	2.441	1,5	2,0	49,5	49,5	154,0	193	-43,1	-43,1	86,0	86,0
Lombardia	2.223	2.203	6,8	4,1	42,5	42,5	138,8	151,6	0,0	0,0	100,0	100,0
P.A. Bolzano	2.836	2.796	5,1	5,6	56,6	56,6	139,9	155,2	-558,4	-558,4	100,0	100,0
P.A. Trento	2.710	2.325	3,6	4,8	48,8	48,8	113,1	125,3	-449,8	-449,8	77,5	77,5
Veneto	2.290	2.161	5,6	3,8	54,5	54,5	133,4	150,3	1,5	1,5	100,0	100,0
Friuli Venezia Giulia	2.414	2.358	3,7	1,0	43,2	43,2	148,8	188,6	-74,9	-74,9	100,0	100,0
Emilia Romagna	2.334	2.298	8,6	5,8	48,6	48,6	153,8	173,4	-22,6	-22,6	100,0	100,0
Toscana	2.281	2.243	3,4	4,2	43,3	43,3	145,5	175,9	-20,8	-20,8	100,0	100,0
Umbria	2.333	2.308	5,4	4,1	50,0	50,0	158,5	181,9	0,0	0,0	100,0	100,0
Marche	2.190	2.159	2,2	3,2	40,0	40,0	158,6	183,6	N.A.	N.A.	99,9	99,9
Lazio	2.181	2.196	3,9	2,6	39,9	39,9	136,9	153,4	-37,9	-37,9	54,1	54,1
Abruzzo	2.185	2.190	2,7	4,8	48,4	48,4	152,1	182,7	-0,1	-0,1	36,5	36,5
Molise	2.345	2.518	5,7	10,0	49,3	49,3	147,9	191,6	-148,9	-148,9	21,5	21,5
Campania	2.115	2.084	7,0	5,4	44,7	44,7	166,5	173,5	1,4	1,4	31,1	31,1
Puglia	2.169	2.206	9,9	2,5	43,2	43,2	156,6	168,7	-37,9	-37,9	53,2	53,2
Basilicata	2.286	2.215	1,0	3,3	42,7	42,7	144,6	165,5	-18,3	-18,3	100,0	100,0
Calabria	2.041	2.182	N.A.	6,5	36,1	36,1	142,5	153,3	128,6	128,6	57,5	57,5
Sicilia	2.183	2.157	5,1	4,6	38,7	38,7	130,9	147,7	-51,3	-51,3	54,7	54,7
Sardegna	2.413	2.337	3,8	7,6	31,1	31,1	137,4	165,1	-80,8	-80,8	55,5	55,5

(*) Indicatore non aggiornato.

Figura 18. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Risorse economiche"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Visione di insieme

Il quadro di sintesi relativo all'Indice di Mantenimento dello stato di salute mostra Emilia-Romagna e Toscana tra le Regioni più virtuose, mentre tutte le Regioni del Sud presentano valori inferiori alla media nazionale.

Nei 3 indici analizzati ("Capacità di risposta ai bisogni di salute", "Efficacia, Efficienza e Appropriatezza" e "Risorse economiche") si registrano, per il primo indice, risultati migliori per il Nord Italia ad eccesione della disponibilità di personale sanitario, dove prevale il Centro Italia seguito dal Sud. In termini di efficacia, efficienza e appropriatezza è ancora una volta il Nord Italia a guidare il resto del Paese, mentre per quanto riguarda le risorse economiche vi è una significativa variabilità che vede tuttavia il Centro e il Sud Italia ottenere generalmente risultati migliori.

L'area "Risorse economiche" è quella per cui si registra la più bassa variabilità a livello regionale, anche grazie a livelli di finanziamento determinati centralmente.

Il Sud Italia rimane distanziato in tutti gli indici ma si può notare una miglior performance nella sotto-area "Risorse Economiche", in cui i gap regionali si riducono.

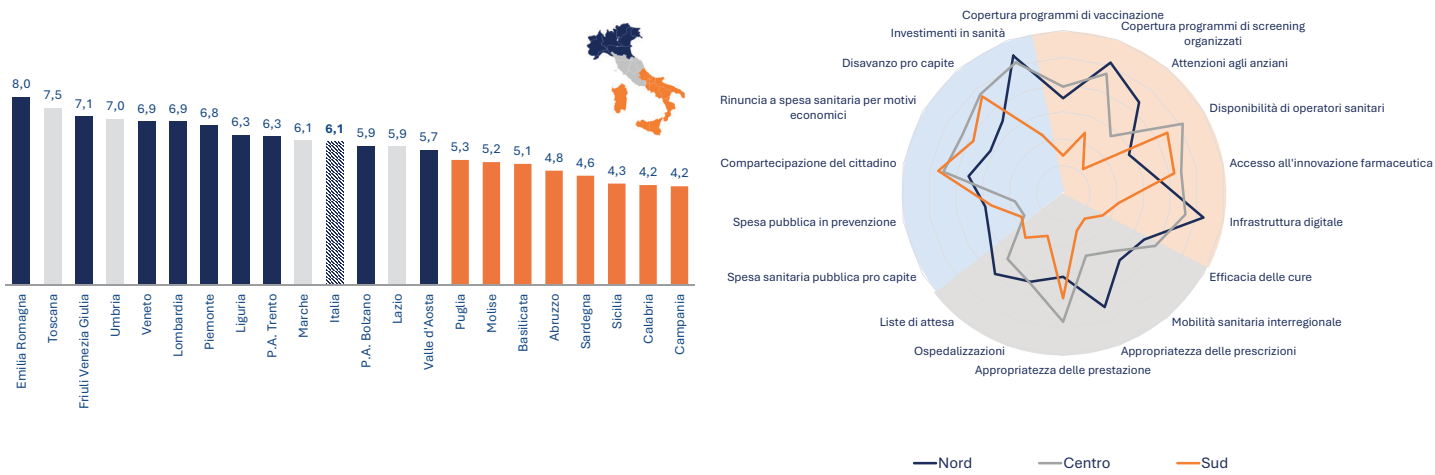


Figura 19. A sinistra: Risultati dell'Indice di "Mantenimento dello stato di salute" (punteggio 1 = minimo, 10 = massimo), 2025.
A destra: Posizionamento delle aree geografiche italiane nelle sotto-aree dell'indice «Mantenimento dello stato di salute», 2025

Fonte: TEHA Group, 2025

Mettendo infine in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali per gli Indici dei "Determinanti dello stato di salute" e del "Mantenimento dello stato di salute" emerge una relazione positiva tra le due grandezze.

In aggiunta, le Regioni che ottengono i punteggi migliori in queste aree sono anche quelle caratterizzate dai migliori risultati di salute della popolazione ("Indice dello stato di salute" - dimensione della bolla). Questa relazione mette in evidenza come, purtroppo, il divario tra Nord-Centro e Sud continui a essere significativo.

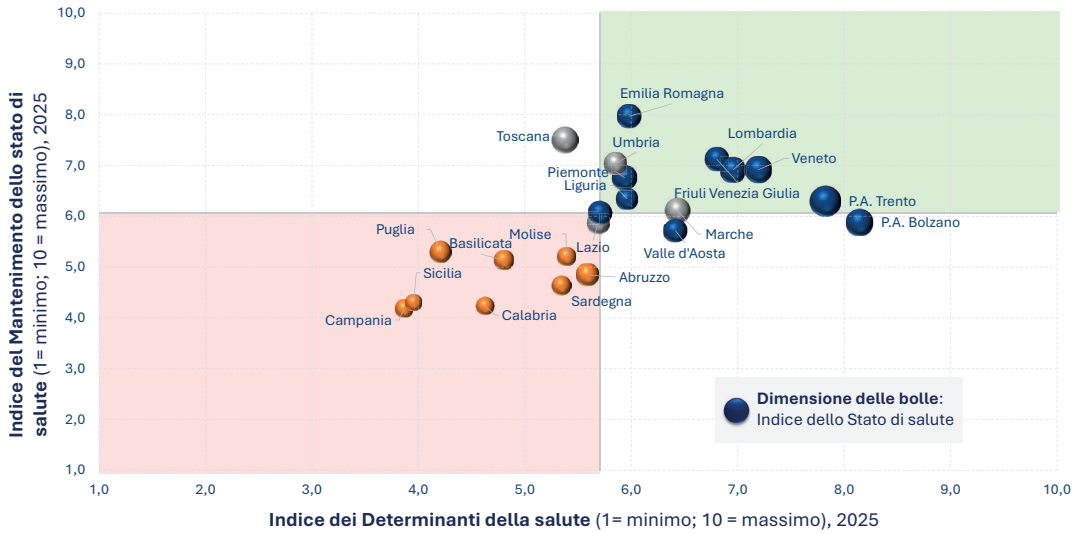


Figura 20. Matrice di posizionamento nel Meridiano Sanità Regional Index, 2025

Fonte: TEHA Group, 2025

Appare quanto mai prioritario per l'Italia dotarsi di una strategia nazionale condivisa di "Health for all policies" in cui tutti i settori – istruzione, ricerca, trasporti, lavoro, … – collaborando, possono generare co-benefici di breve e medio-lungo periodo sia di salute individuale e collettiva (riduzione di patologie ad alto impatto e dei costi socio-sanitari), sia ambientali e sociali (in primis povertà, riscaldamento globale, eventi estremi).

Questo approccio permetterebbe all'Italia di ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche che si trasformano anche in disuguaglianze di salute, nonché di raggiungere più velocemente gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite del 2030.

8. SPESA E FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ ITALIANA: STATO DELL'ARTE E SCENARI FUTURI

Negli ultimi anni, il contesto economico e demografico europeo ha imposto vincoli sempre più stringenti ai bilanci pubblici. La crescita si mantiene strutturalmente debole e più bassa sia degli USA che delle economie emergenti[1]; il debito rimane elevato e la popolazione in età lavorativa si riduce progressivamente, mentre gli over-65 saranno il 29% della popolazione entro il 2050[2].

Parallelamente, i bisogni di salute della popolazione aumentano in maniera sostenuta sull'onda del peso crescente delle malattie croniche, ma anche del riemergere delle malattie infettive. Infine, terapie di nuova generazione che promettono benefici straordinari in termini di efficacia clinica, sopravvivenza e qualità della vita, comportano un fabbisogno finanziario crescente e spesso concentrato nei primi anni di adozione, con ritorni economici e sociali distribuiti solo nel medio-lungo termine.

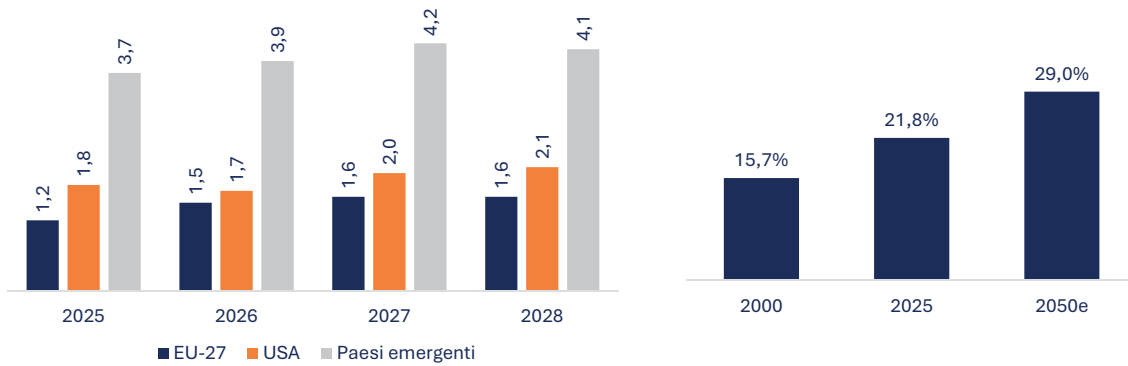


Figura 1. A sinistra: Previsioni di crescita del PIL (in %), 2025 – 2028.
A destra: Popolazione over-65 in UE (% della popolazione totale), 2000, 2025 e 2050e

Fonte: TEHA Group su dati FMI e Eurostat, 2025

Vi è inoltre, per molti Stati membri come l'Italia ma anche Francia, Spagna e Grecia, il tema di debito pubblico. Questi Paesi presentano livelli di indebitamento tra i più alti in Europa: il rapporto debito/PIL è pari al 135,3% in Italia e al 113% in Francia, valori che condizionano fortemente le scelte di politica fiscale. Un debito di tali dimensioni comporta un onere notevole in termini di interessi, che assorbono una quota crescente delle risorse disponibili e limitano la capacità di destinare spesa ad altri settori strategici, inclusa la sanità. In Italia, la spesa per interessi ammonta al 3,9% del PIL[3], una cifra che equivale a quasi due terzi della spesa sanitaria complessiva.

A complicare ulteriormente il quadro vi è un mutamento delle priorità politiche. Durante la pandemia, la sanità è stata al centro dell'agenda europea e nazionale, con risorse straordinarie mobilitate in tempi rapidi per fronteggiare l'emergenza. Per il periodo immediatamente succes-

1 Fondo Monetario Internazionale, 2025.
2 Eurostat, 2025.
3 Eurostat, 2024.

sivo alla fase acuta, inoltre, sembrava essersi consolidata una consapevolezza strutturale dell'importanza della salute pubblica. Tuttavia, la successiva crisi inflattiva e l'acuirsi dei conflitti internazionali hanno riportato la sanità in secondo piano, mentre l'attenzione delle Istituzioni si è spostata maggiormente verso la difesa, la sicurezza energetica e la competitività economica. In questo nuovo contesto, il rischio concreto è che la sanità venga considerata sempre più come una voce di spesa da contenere, anziché un investimento strategico per la resilienza sociale ed economica.

Il mutamento delle priorità istituzionali è evidente anche dall'andamento della spesa pubblica. Dopo la pandemia di COVID-19 e l'inizio del conflitto russo-ucraino è iniziato un percorso di rafforzamento degli investimenti in difesa (arrivati al 2,7% della spesa pubblica europea nel 2023) a scapito di quelli per la salute (scesi al 14,8%)[4]. Questa tendenza è destinata a rafforzarsi ulteriormente nei prossimi anni: tra il 2023 e il 2024, la spesa pubblica dei Paesi membri dell'Unione Europea per la difesa è aumentata da 279 a 326 miliardi di euro, pari a un aumento di quasi il 20% in un solo anno[5]. L'aumento del debito produce ulteriori pressioni fiscali, con il suo rifinanziamento che è arrivato a pesare per l'1,8% della spesa pubblica totale (3,8% in Italia).

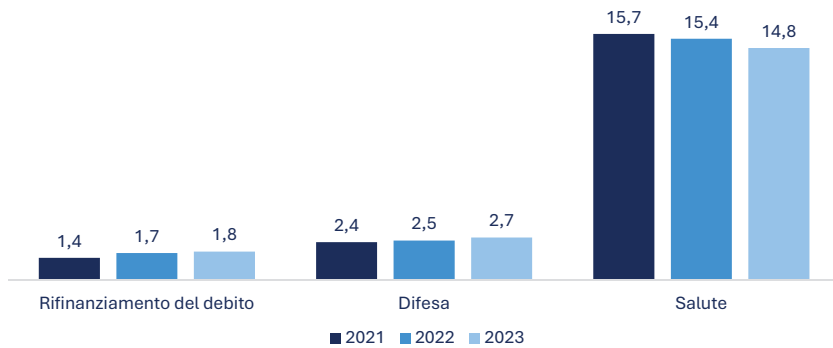


Figura 2. Spesa pubblica per il rifinanziamento del debito, la difesa e per la salute nei Paesi UE (% della spesa pubblica totale)

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2025

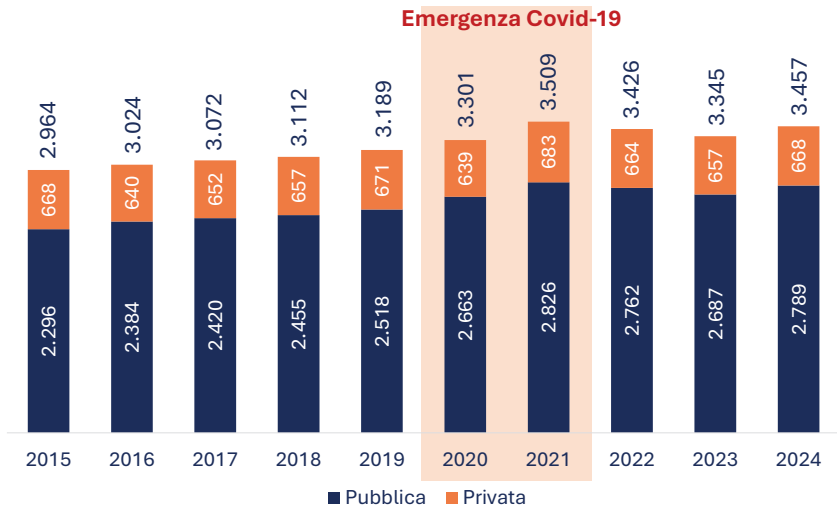
Ne emerge un quadro di particolare criticità, caratterizzato dalla concomitanza di vincoli di bilancio sempre più stringenti, di una domanda di salute in costante aumento e una riallocazione delle priorità politiche a sfavore del settore sanitario. In tale contesto, il rischio concreto è che i sistemi sanitari europei si trovino in una condizione di sottofinanziamento strutturale proprio nel momento in cui la dinamica demografica e il progresso scientifico renderebbero necessari investimenti significativi.

8.1 IL CONTESTO EUROPEO

L'evoluzione della spesa sanitaria riflette il più ampio sviluppo del contesto economico e politico. Dopo un picco di spesa durante il biennio 2020-2021, in cui si è raggiunta una spesa di 2.826 euro per abitante, nei successivi 3 anni la spesa è calata fino a 2.789 euro per abitante nel 2024 (-1,3% rispetto al picco).

4 Ibid.
5 Commissione Europea, 2025.

Al contrario, la spesa privata registra una sostanziale stabilità, e dopo alcune lievi fluttuazioni è tornata nel 2024 al livello di 10 anni prima. Questo potrebbe essere interpretato come indicatore di un contenimento della spesa diretta delle famiglie, sotto pressione in seguito alla crisi inflattiva e costrette a contenere anche la spesa sanitaria, oppure come segnale di un mancato sviluppo di strumenti integrativi o di canali alternativi di finanziamento in molti Paesi europei come l'Italia, un tema che verrà approfondito nella sezione successiva del presente Capitolo. Complessivamente, la spesa totale vede quindi un aumento del 16,6% nel decennio ma un lieve calo (-1,5%) dal suo picco nel 2021.



	Var % (2015-2024)	Var % (2021-2024)
Spesa pubblica	+21,5%	-1,3%
Spesa privata	+0,0%	-2,2%
Spesa totale	+16,6%	-1,5%

Figura 3. Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite in UE-27 (euro per abitante, prezzi costanti), 2015-2024

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2025

Vi è quindi un rischio di ciclicità della spesa sanitaria: le risorse aumentano rapidamente in fase emergenziale, per poi ridursi altrettanto rapidamente una volta rientrata la crisi. Questo andamento prociclico è in contrasto con la natura strutturale della domanda di salute, che tende a crescere di pari passo con l'invecchiamento demografico.

Va inoltre sottolineato come il mancato aumento della spesa sanitaria europea sia stato parzialmente compensata dall'afflusso straordinario di risorse derivanti dal programma Next Generation EU (NGEU), che nei 27 Paesi Membri ha abilitato circa 43 miliardi di euro in investimenti per la salute[6]. Le risorse messe a disposizione hanno sostenuto investimenti importanti, ma per la natura stessa del NGEU non si sono tradotte in un aumento stabile e duraturo della spesa corrente.

In questo contesto si colloca anche il nuovo Multiannual Financial Framework (MFF) dell'Unione Europea per il periodo 2028–2034, la cui allocazione delle risorse riflette le priorità politiche della Commissione europea. Presentato il 16 luglio 2025, il MFF propone un bilancio di quasi 2.000 miliardi di euro. Nonostante un aumento delle risorse in capo all'Unione Europea rispetto al PIL, la sanità non rientra tra le priorità europee: accanto alla coesione e alla transizione verde e digitale, emergono con forza nuove direttrici di spesa, tra cui la difesa, la sicurezza, la competitività industriale e l'autonomia strategica dell'Unione.

6 Parlamento Europeo (2023), "Health-related measures in the national recovery and resilience plans".

Un'attenzione particolare è riservata al rafforzamento della competitività europea, tramite misure volte a garantire la sicurezza delle catene di approvvigionamento, incentivare l'innovazione e promuovere la leadership dell'Unione nello sviluppo di tecnologie sostenibili. Infine, la proposta introduce un pacchetto equilibrato di nuove risorse proprie, volto ad assicurare entrate adeguate a finanziare le priorità comuni.

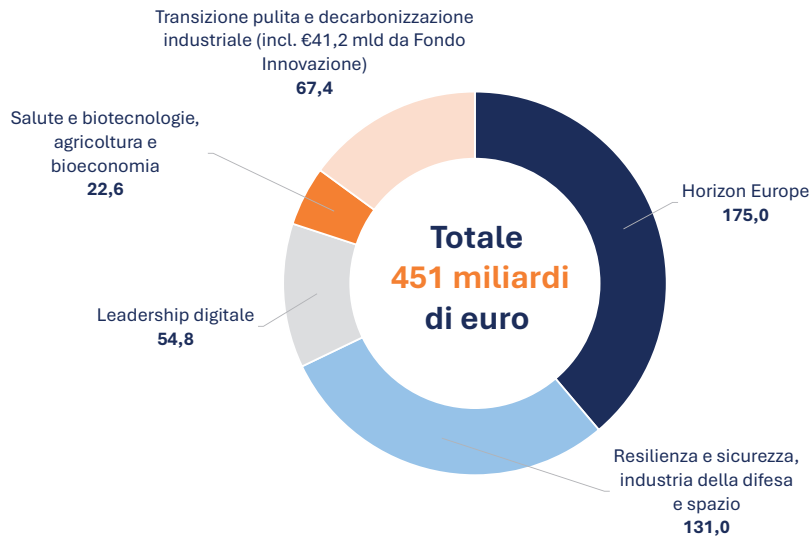


Figura 4. Distribuzione del Fondo della Competitività per area tematica (% su totale), 2025

Fonte: TEHA su dati Commissione Europea, 2025

Nel complesso, si registra una progressiva marginalizzazione dell'area salute, che – dopo il potenziamento di EU4Health[7] durante il periodo pandemico – vede ridimensionato il proprio peso nel nuovo bilancio. Il Programma EU4Health non figura tra le priorità del nuovo European Competitiveness Fund (ECF), un fondo cardine del MFF 2028–2034 che assorbe molteplici strumenti degli anni precedenti e si propone come principale leva per rafforzare la resilienza economica, l'innovazione e la capacità produttiva dell'Unione nei settori strategici. L'ECF sarà dotato di circa 451 miliardi di euro, e se da un lato è positiva l'inclusione tra le sue linee di intervento del sostegno all'industria farmaceutica e delle tecnologie sanitarie, dall'altro la logica sottostante è prettamente orientata alla competitività e meno alla salute pubblica nella sua accezione più ampia.

La proposta della Commissione ha suscitato reazioni contrastanti. Il mondo della sanità pubblica, rappresentato da reti come la European Public Health Alliance, ha espresso preoccupazione per la riduzione degli investimenti sulla salute. Anche la European Cancer Organization ha criticato la mancanza di una voce dedicata alla lotta contro il cancro, a dispetto degli impegni assunti con il Piano europeo contro il cancro. Tuttavia, non mancano letture più favorevoli: EFPIA, che rappresenta l'industria farmaceutica europea, ha accolto positivamente l'enfasi su competitività, ricerca e capacità industriale.

Un elemento da considerare è che la proposta della Commissione costituisce solo l'inizio del percorso negoziale. Il MFF richiede l'unanimità in Consiglio e l'approvazione del Parlamento europeo, e sarà quindi oggetto di ampie trattative tra gli Stati membri, con una possibile conclu-

7 EU4Health è il programma dell'Unione Europea per il periodo 2021-2027 volto a rafforzare i sistemi sanitari, migliorare la preparazione alle crisi e sostenere la prevenzione e la promozione della salute a livello europeo.

sione nel secondo semestre del 2026. Come evidenziato da diverse analisi, i Governi nazionali si divideranno su più fronti: dalla dimensione complessiva del budget, alla ripartizione tra diverse priorità, fino alle risorse proprie[8] dell'Unione. I "Quattro Frugali"[9] Austria, Paesi Bassi, Svezia e Danimarca chiedono un contenimento della spesa e un migliore utilizzo delle risorse esistenti, mentre altri – tra cui Francia, Italia e Polonia – spingono per rafforzare la capacità fiscale dell'UE e mantenere un ruolo centrale per le politiche di coesione e di investimento. In questo scenario complesso, gli investimenti riservati alla salute saranno determinati dalla capacità degli attori istituzionali, scientifici e civili di riaffermarne il valore strategico per la crescita, la resilienza e la competitività europea.

8.1.1 La spesa in prevenzione come investimento: il nuovo quadro fiscale europeo

Il MFF 2028–2034 si inserisce in un quadro più ampio di riforma della governance economica europea. Il New Economic Governance Framework (NEGF), adottato nel 2024, ha introdotto regole più flessibili in termini di sostenibilità fiscale, lasciando agli Stati membri maggiore libertà nel definire i propri Piani di aggiustamento pluriennale[10], allungandone l'orizzonte temporale da 4 a 7 anni, purché questi contengano investimenti in almeno una delle quattro aree prioritarie definite dalla Commissione europea: transizione verde, transizione digitale, difesa, resilienza economica e sociale. Quest'ultimo è un concetto ampio, all'interno del quale si posiziona anche la prevenzione sanitaria, aprendo una finestra importante per il rilancio degli investimenti in salute.

In questo senso, la prevenzione sanitaria, se correttamente valorizzata, potrebbe essere inserita nelle Leggi di Bilancio[11] come area di investimento, favorendo approcci di health-in-all-policies e rafforzando la resilienza dei sistemi sanitari senza compromettere la stabilità finanziaria. L'Italia, per esempio, avendo ottenuto di allungare a 7 anni la propria traiettoria di rientro verso i parametri di Maastricht[12], può sfruttare lo spazio fiscale aggiuntivo per investire in immunizzazione, screening e stili di vita salutari.

Oltre a rappresentare un importante beneficio in termini di salute per la popolazione, un aumento degli investimenti in prevenzione può abilitare un risparmio significativo per i costi futuri dei sistemi sanitari europei, contribuendo così alla sostenibilità economica della sanità pubblica.

Prendendo l'esempio dell'immunizzazione, un recente Rapporto[13] pubblicato nel 2024, ha evidenziato come, in 10 Paesi europei, 4 programmi di immunizzazione per adulti generino benefici più che sufficienti a compensarne i costi, generando in molti casi anche un risparmio nel medio periodo. Considerando tutti i Paesi e i programmi analizzati, tali interventi restituiscono un valore pari a 19 volte l'investimento iniziale quando si monetizza l'intero spettro dei benefici e fino a 33 volte nel caso della vaccinazione antipneumococcica. Lo stesso vale anche per interventi di incentivazione all'adozione di stili di vita corretti e per le campagne di screening: a fronte di un investimento iniziale, tali misure producono ritorni rilevanti in termini di riduzione della spesa sanitaria, aumento della produttività e miglioramento complessivo della qualità della vita.

8 Per "risorse proprie" si intendono le entrate fiscali dell'Unione Europea al netto dei trasferimenti da parte degli Stati Membri.
9 Gruppo informale di Stati membri dell'Unione Europea che si distinguono per una posizione rigorista in materia di finanza pubblica.
10 National medium-term fiscal-structural plans (MTPs).
11 Le Leggi di Bilancio rappresentano la declinazione annuale degli interventi in materia fiscale delineati nei Piani di aggiustamento pluriennali.
12 Rapporto del debito pubblico rispetto al PIL inferiore al 60% e rapporto del deficit pubblico rispetto al PIL inferiore al 3%.
13 Steuten, H. E. B., et al. (2024), "Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes".



Figura 5. Legame tra investimenti in prevenzione e sostenibilità economica del SSN (illustrativo)

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

È dunque evidente la necessità di un cambio di paradigma nell'approccio alla spesa sanitaria. Continuare a considerarla esclusivamente come un costo da contenere, relegandola in secondo piano tra le priorità politiche e istituzionali, significa sottovalutare il suo ruolo strategico per la salute collettiva e per la tenuta economica del sistema. Accanto al tema della spesa sanitaria nel suo complesso, vi è poi quello altrettanto rilevante della sua destinazione.

Tra le varie voci di spesa, la prevenzione ha dimostrato infatti una particolare efficacia sia in termini di riduzione dell'incidenza e della gravità delle malattie, ma anche di generazione di ritorni economici tangibili e misurabili. In questa prospettiva, ogni risorsa allocata a programmi di immunizzazione, screening o promozione di stili di vita sani rappresenta un capitale investito che produce benefici significativi per la società, contribuendo a costruire un sistema sanitario resiliente, un'economia prospera e una popolazione in saluto.

In Italia, il principio della prevenzione intesa come investimento ha ricevuto riconoscimento anche a livello parlamentare: la risoluzione sul Documento di Finanza Pubblica, approvata da Camera dei Deputati e Senato nell'aprile 2025, sottolinea l'importanza di considerare la prevenzione – in particolare attraverso immunizzazioni e programmi di screening – come un vero investimento, rafforzando l'urgenza di politiche dedicate e di finanziamenti adeguati.

8.2 LA SPESA SANITARIA IN ITALIA E IL FINANZIAMENTO DEL SSN

L'Italia si caratterizza da tempo per un livello di spesa sanitaria, nonostante una popolazione mediamente più anziana, strutturalmente inferiore rispetto alla media europea. Nel 2024, la spesa sanitaria complessiva pro capite, misurata a parità di potere d'acquisto, si è attestata sui 3.198 euro, rispetto a una media europea[14] prossima ai 4.300 euro. Livelli superiori di spesa si sono registrati in Germania (5.800 euro), Paesi Bassi (5.225 euro) e Austria (5.203 euro)[15]. In Francia e Spagna la spesa sanitaria complessiva è stata pari rispettivamente a 4.555 e 3.311 euro.

Guardando all'andamento della spesa sanitaria degli ultimi dieci anni, tra il 2015 e il 2024, la crescita reale della spesa italiana è stata pari al 7,1%, rispetto a una media europea del 16,6%; Germania e Francia hanno registrato rispettivamente una crescita del 20% e del 6,8%.

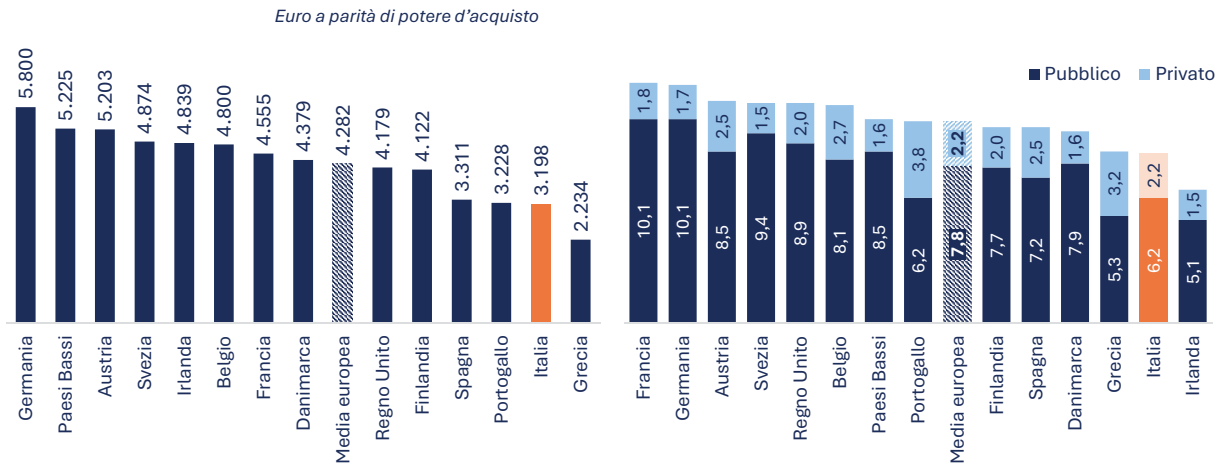


Figura 6. A sinistra: Spesa sanitaria complessiva pro capite (euro PPP a prezzi correnti), 2024.
A destra: Spesa sanitaria complessiva nelle componenti pubblico e privata (in % PIL), 2024

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2025

Oltre al livello complessivamente basso, l'Italia si distingue anche per la sua composizione della spesa sanitaria tra settore pubblico e privato. Nel 2024, la componente pubblica si è attestata al 6,2% del PIL, contro una media europea superiore al 7,8%, mentre la quota privata ha raggiunto il 2,2%, risultando in questo caso in linea con la media europea e superiore ai principali Paesi europei, come Germania (1,8%) e Francia (1,7%). Pur mantenendo una prevalenza del finanziamento pubblico, l'Italia presenta quindi un mix pubblico-privato relativamente più sbilanciato verso la spesa privata, e in particolare quella "out-of-pocket". In termini assoluti, la spesa pubblica pro capite italiana è pari a 2.673 euro contro 3.588 euro della media europea[16].

14 Nel paragrafo si fa riferimento alla media dei Paesi UE-13 e del Regno Unito.
15 OCSE, 2025.
16 Ibid.

Diversi sono i fattori che concorrono a spiegano un livello di spesa sanitaria pubblica inferiore.

I redditi da lavoro dipendente assorbono il 31% della spesa sanitaria corrente e gli stipendi dei professionisti sanitari italiani sono tra i più bassi in Europa: medici e infermieri guadagnano mediamente molto meno rispetto ai colleghi all'estero, come approfondito nel Capitolo 11 di questo Rapporto. Salari più bassi se da un lato consentono nel breve periodo di contenere i costi, dall'altro rappresentano un rischio significativo per la sostenibilità futura del SSN. Remunerazioni poco competitive alimentano infatti un flusso crescente di trasferimenti di medici e infermieri verso altri Paesi europei. Si tratta di un fattore che non solo indebolisce la capacità del sistema di trattenere talenti, ma che rischia di acuire le già presenti carenze di personale, compromettendo nel medio periodo la qualità e l'universalismo delle cure.

Guardando al mercato farmaceutico, comprensivo sia dei farmaci erogati in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero, si evidenzia che l'Italia ha prezzi inferiori a Belgio (+85,9%), Germania (+77,9%), Austria (+33,2%), Svezia (+20,3%), Spagna (+7,1%) e Regno Unito (+4,2%). Contestualmente il prezzo dei farmaci in Italia la spesa farmaceutica totale vale l'1,6% del PIL, rispetto all'1,3% della Germania[17]: questo implica che il nostro Paese riesce a trattare un maggior numero di persone.

Anche per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, l'Italia, pur avendo un sistema DRG ben strutturato, presenta tariffe mediamente più basse: un esempio è la tariffa per ricovero ordinario per interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza complicanze che in Italia è pari a 10.500 euro mentre in Francia si aggira sui 14.795 euro.

Nonostante, quindi, un livello di spesa sanitaria sensibilmente inferiore rispetto a quello degli altri Paesi europei, la popolazione italiana presenta migliori livelli di outcome di salute. L'aspettativa di vita alla nascita è pari a 84,1 anni, la più elevata nell'Unione insieme alla Svezia, mentre la mortalità evitabile si attesta a 176,7 decessi per 100.000 abitanti, seconda soltanto alla Svezia e nettamente migliore della media europea (257,8).

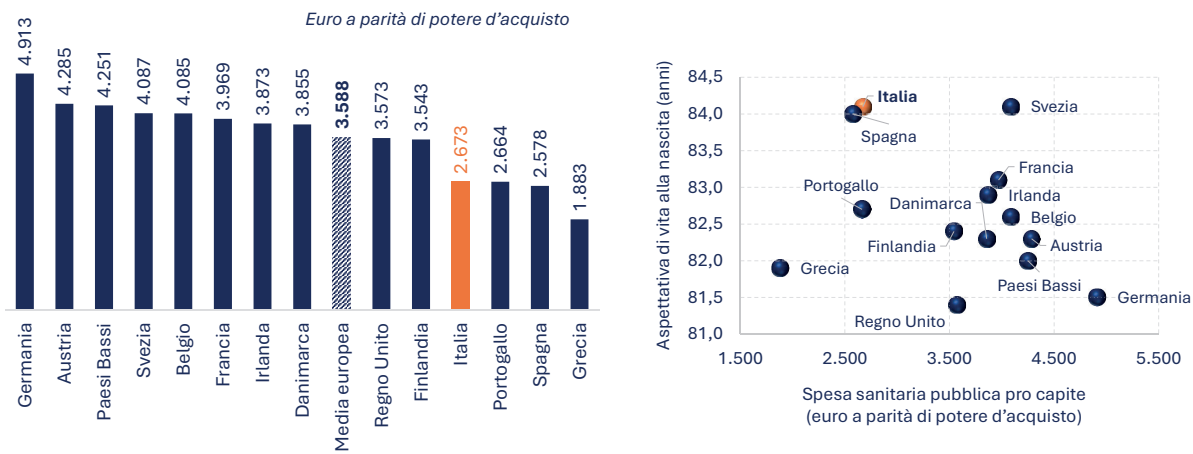


Figura 7. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite (euro a parità di potere d'acquisto a prezzi correnti), 2024.
A destra: Relazione tra spesa sanitaria pubblica (euro PPP a prezzi correnti) e aspettativa di vita alla nascita (anni), 2024

Fonte: TEHA Group su dati OCSE e Eurostat, 2025

17 AIFA (2024), "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale. Anno 2023".

Negli ultimi anni si è registrata una rinnovata disponibilità da parte delle Istituzioni a rafforzare il finanziamento del SSN. Tra il 2022 e il 2024, la spesa sanitaria è passata da 131,3 a 138,3 miliardi di euro, con un incremento di 7 miliardi. Le previsioni per i prossimi anni delineano un'ulteriore crescita significativa, fino a 144,0 miliardi nel 2025, 149,9 miliardi nel 2026 e 151,7 miliardi nel 2027[18].

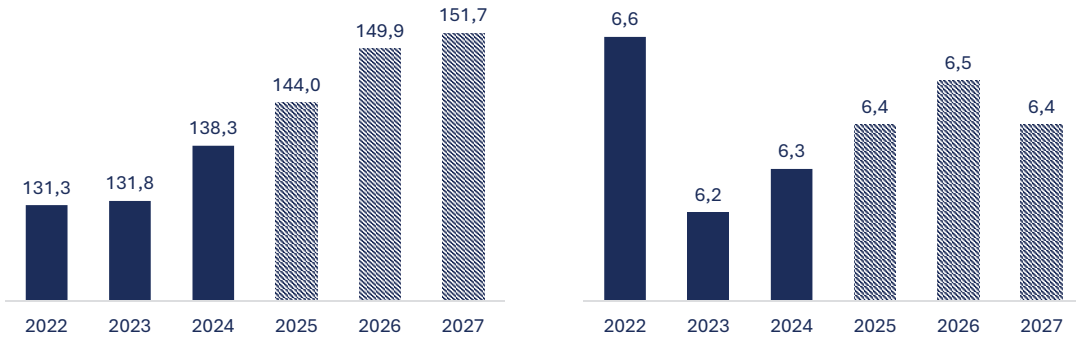


Figura 8. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica in Italia (in miliardi di euro), 2022 - 2027e.
A destra: Spesa sanitaria pubblica in Italia (in % del PIL), 2022 – 2027e

Fonte: TEHA Group su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2025

Se l'analisi della spesa in termini assoluti riflette il volume di beni e servizi sanitari erogabili alla popolazione, la spesa sanitaria in rapporto al PIL rappresenta un indicatore della priorità politica attribuita alla sanità. Sotto questo profilo, dopo il 6,2% registrato nel 2023, si è osservato un lieve incremento al 6,3% nel 2024, con un'ulteriore crescita attesa al 6,5% nel 2026[19]. Pur rimanendo quindi su livelli inferiori rispetto a quello dei principali Paesi europei, la stabilizzazione della spesa sanitaria rispetto al PIL su valori superiori rispetto a quelli prepandemici rappresenta un fattore positivo e una base di partenza sulla quale costruire una sanità sempre più in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

La crescita della spesa deve però essere accompagnata da un parallelo aumento del finanziamento ordinario.

A partire dal 2016 si è verificato un crescente disallineamento tra queste due variabili, evidenziando una situazione di sottofinanziamento del SSN. Questo divario ha raggiunto il massimo nel 2022, quando la differenza tra spesa e finanziamento ha superato i 9,6 miliardi di euro. Negli ultimi 2 anni, il divario si è leggermente ridotto (4,3 miliardi nel 2024), anche se per il triennio 2025-2027 si prevede un ritorno alla crescita della differenza tra spesa e finanziamento. Con previsioni di spesa sanitaria in forte crescita, è tuttavia fondamentale che anche il finanziamento ordinario segua la stessa traiettoria.

18 Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2025.
19 Ibid.

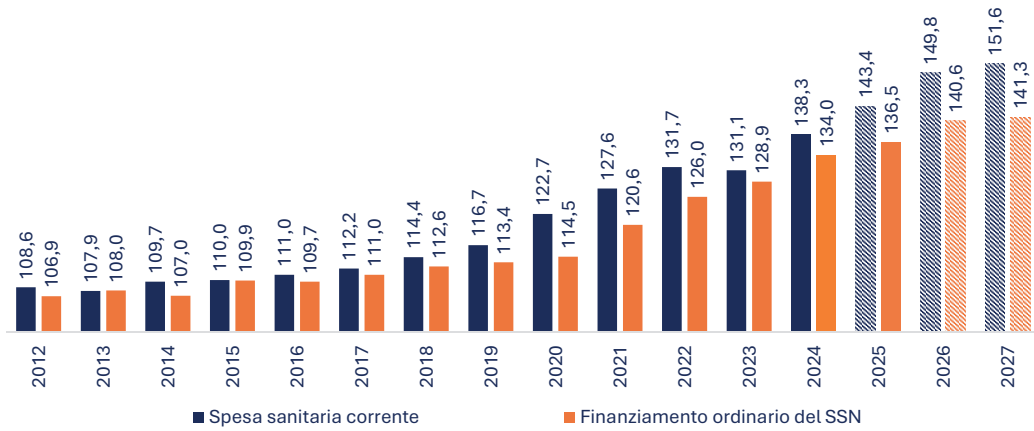


Figura 9. Finanziamento ordinario del SSN e spesa sanitaria corrente (in miliardi di euro), 2012-2027e

Fonte: TEHA Group su dati Corte dei Conti e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2025

In vista della prossima Legge di Bilancio, il Governo ha intenzione di incrementare le risorse destinate alla sanità per 2,5 miliardi di euro, che si aggiungono ai 4 aggiuntivi già stanziati per il 2026, portando così l'aumento complessivo a 6,5 miliardi di euro. Le nuove risorse saranno indirizzate principalmente al Piano straordinario di assunzioni, con la previsione di inserire entro il 2028 circa 2.000 medici e 25.000 infermieri per ridurre la carenza di personale. Sono inoltre previsti 1 miliardo di euro per potenziare la prevenzione, 700 milioni di euro per l'assistenza domiciliare e la stabilizzazione della "farmacia dei servizi", che riceverà un finanziamento strutturale di 70 milioni di euro annui. Sul fronte della spesa farmaceutica, si prevede infine un innalzamento del tetto della spesa diretta, per un valore di circa 700 milioni di euro.

Per comprendere più nel dettaglio come queste dinamiche di spesa si siano riflesse sui conti sanitari nazionali, è utile analizzare l'andamento della spesa nel 2024 e le previsioni per il 2025. Come anticipato, nel 2024 la spesa sanitaria complessiva ha raggiunto i 138,3 miliardi di euro, con un incremento del 4,9% rispetto all'anno precedente. La dinamica è stata sostenuta da diversi fattori, tra i quali l'aumento della spesa per gli stipendi dei dipendenti del SSN, cresciuti del 5,6% e pari a 43,3 miliardi di euro. Dopo anni in cui la scarsità di risorse destinate al personale sanitario ha inciso pesantemente sulla capacità del SSN di attrarre e trattenere professionisti, l'incremento delle retribuzioni e l'avvio di nuove politiche contrattuali rappresentano un passo importante per rafforzare la sanità italiana. In particolare, l'aumento delle indennità in aree specialistiche critiche, come la medicina di emergenza-urgenza, e la maggiore remunerazione per il lavoro straordinario, utile anche per ridurre le liste di attesa, sono misure che rispondono a problemi concreti e strutturali. A questo si aggiunge il rinnovo del CCNL Sanità 2022–2024, siglato il 18 giugno 2025, che produrrà ulteriori effetti espansivi sulla spesa per il personale. In questo senso, la crescita delle retribuzioni non rappresenta un costo, ma un investimento necessario per dotare il SSN delle competenze necessarie a garantire qualità ed equità delle cure.

Un'altra voce di spesa rilevante nella dinamica 2024 riguarda i consumi intermedi, pari a 46,3 miliardi di euro, cresciuti del 7,5% rispetto al 2023. All'interno di questa voce, la spesa per farmaci e dispositivi ha registrato un incremento significativo (+8,4%), riflettendo da un lato l'aumento dei prezzi legato all'inflazione, dall'altro l'introduzione di nuovi farmaci innovativi ad alto beneficio. Tale dinamica segnala una pressione crescente sulla componente farmaceutica, che rimane condizionata da strumenti regolatori come il payback. Nel 2024-2025, infatti, il quadro della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici è stato influenzato dalle rettifiche e compensazioni connesse ai meccanismi

di ripiano, che continua a rappresentare un elemento di incertezza per gli operatori del settore. Il risultato complessivo, in questo caso, è una spesa che cresce più per effetto di dinamiche esogene – aumento dei prezzi, utilizzo di farmaci innovativi, aggiustamenti regolatori – che per una scelta esplicita di espansione dell'offerta.

Diverso il caso delle prestazioni sociali in natura e dei servizi di assistenza territoriale, che nel 2024 sono aumentati solo dell'1,6%, raggiungendo 43,2 miliardi di euro. Si tratta di una crescita più contenuta rispetto ad altre componenti della spesa, che riflette la persistente difficoltà a riequilibrare il sistema verso il territorio e la prevenzione. Nonostante il PNRR e le misure introdotte per rafforzare l'assistenza di prossimità, la dinamica della spesa mostra come la parte più orientata alla prevenzione continui a crescere con fatica. Tuttavia, con la piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale (DM77 del 2022) e l'entrata in funzione delle strutture territoriali previste dalla Missione 6 "Salute" del PNRR, è probabile che si verificherà una riallocazione della spesa sanitaria verso questa voce di spesa[20].

Per il 2025, la spesa sanitaria è prevista attestarsi sui 143,3 miliardi di euro (+3,6%). Anche in questo caso, la dinamica è trainata soprattutto dall'aumento dei redditi da lavoro dipendente, stimati in crescita del 3,7%, grazie all'attuazione delle misure previste dal nuovo CCNL e alla prosecuzione degli interventi volti a rendere più attrattive le professioni sanitarie. A ciò si aggiungono gli incrementi previsti per i consumi intermedi (+1,4%), trainati in particolare dalla spesa farmaceutica e per dispositivi medici, e per le prestazioni sociali in natura (+3,3%), riflettendo sia l'aumento della domanda di servizi territoriali sia il maggiore ricorso a fornitori privati accreditati.

È utile analizzare la spesa sanitaria anche a livello regionale, considerato che la sanità rappresenta la principale voce di bilancio delle Regioni. Pur in presenza di un finanziamento centralizzato attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), la spesa regionale mostra una significativa eterogeneità, riconducibile sia ai criteri di riparto – che destinano maggiori risorse alle Regioni con popolazioni più anziane o con livelli più elevati di deprivazione economica, oltre a prevedere una quota premiale pari allo 0,5% del FSN – che all'impiego di risorse proprie da parte dei singoli sistemi sanitari regionali.

Le differenze emergono chiaramente in termini di spesa pro capite: la P.A. di Bolzano registra il valore più elevato, con 2.860 euro per abitante, mentre la Campania presenta il livello più basso, pari a 2.098 euro pro capite[21]. In generale, le Regioni del Centro-Nord mostrano livelli di spesa più alti rispetto a quelle del Mezzogiorno[22].

20 A completare il quadro vi sono poi altre componenti di spesa per 4,9 miliardi di euro con un incremento del 6,4 per cento rispetto all'anno precedente.
21 Corte dei Conti, 2025.
22 Non sono disponibili i dati per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento e e Venezia Giulia.

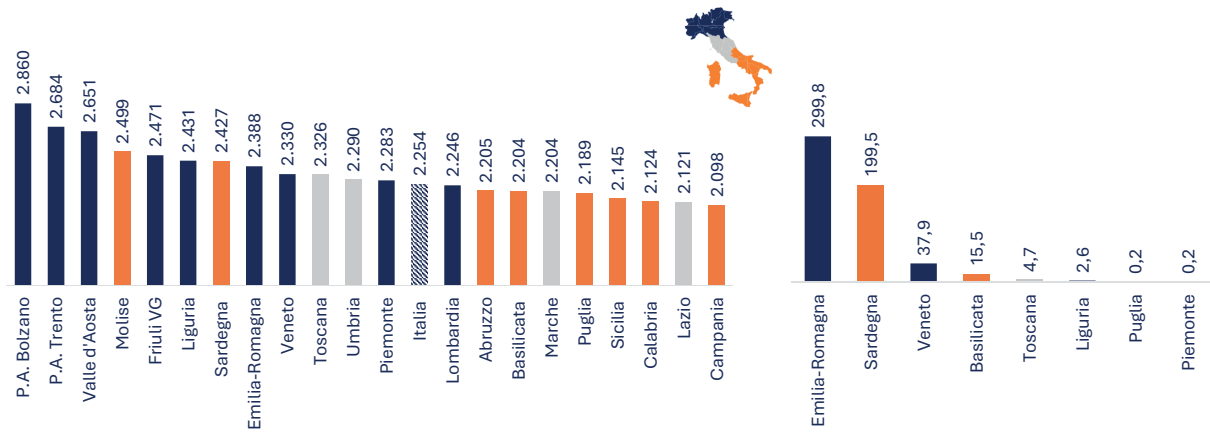


Figura 10. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite (in euro), 2023.
A destra: Finanziamento regionale aggiuntivo per la sanità (in milioni di euro), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato e Corte dei Conti, 2025

8 Regioni, inoltre, integrano la loro quota del FSN con risorse proprie per finanziare attività extra-LEA[23]. Tra queste spiccano l'Emilia-Romagna, che aggiunge circa 300 milioni di euro (pari al 2,5% della spesa sanitaria complessiva regionale), e la Sardegna, che contribuisce con quasi 200 milioni di euro (4,9%). A seguire, il Veneto e la Basilicata destinano rispettivamente circa 38 e 16 milioni di euro aggiuntivi, mentre stanziamenti di entità minore si registrano in Toscana, Liguria, Puglia e Piemonte[24].

I fattori dietro l'aumento dei costi sanitari, già descritti, portano in alcune Regioni a disavanzi di bilancio sempre più significativi. Si tratta di un fenomeno in rapida crescita: se nel 2019 la somma dei disavanzi regionali era di poco superiore al miliardo di euro, nel 2023 il disavanzo è stato di quasi 2 miliardi di euro. Pur trattandosi di valori inferiori a quelli registrati in passato – nel 2006, ad esempio, il disavanzo complessivo era stato di circa 6 miliardi di euro – la crescita costante solleva preoccupazione sulla capacità delle Regioni di garantire la programmazione LEA nell'attuale contesto demografico ed epidemiologico.

Al livello di singole Regioni sono le due Province Autonome a registrare i disavanzi più significativi, pari a rispettivamente 361,6 milioni di euro per Bolzano e 281,0 milioni di euro per Trento. Dall'altro lato, dai bilanci di Friuli Venezia Giulia (112,1 milioni di euro) e Lazio (90,6 milioni di euro) emerge un importante avanzo di bilancio. Un sostanziale pareggio di bilancio, indice di una corretta gestione delle risorse finanziarie, è stato conseguito in Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Sicilia, Veneto, Campania e Lombardia.

23 Per attività extra-LEA si intendono prestazioni e servizi sanitari non ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè in quell'insieme di prestazioni garantite uniformemente a tutti i cittadini sul territorio nazionale. Le Regioni possono decidere di finanziare con risorse proprie ulteriori servizi o agevolazioni, che variano da territorio a territorio e riflettono scelte di politica sanitaria locale.
24 Corte dei Conti, 2025.

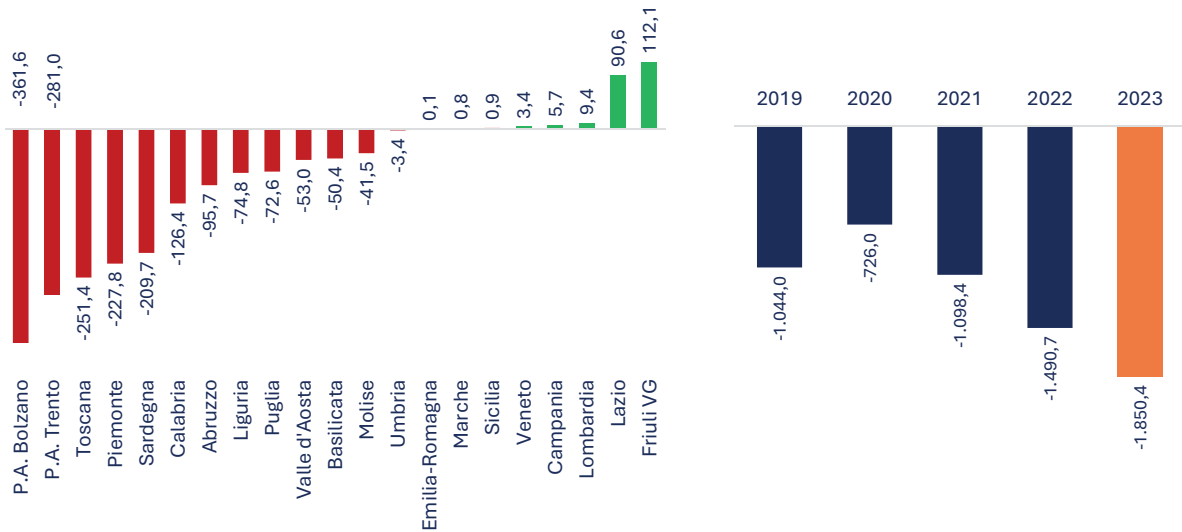


Figura 11. A sinistra: Utile o perdita di esercizio nelle Regioni italiane senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Province Autonome e Regioni a Statuto Speciale (in milioni di euro), 2023.
A destra: Utile o perdita di esercizio a livello nazionale, (in milioni di euro), 2019-2023

Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2025

Un aspetto che incide in misura significativa sugli equilibri economici dei sistemi sanitari regionali è quello della mobilità sanitaria, che si verifica quando i pazienti scelgono o sono costretti a spostarsi al di fuori della propria Regione di residenza per ricevere prestazioni sanitarie. In base al principio della compensazione, le Regioni dalle quali i pazienti si spostano devono rimborsare quelle che erogano i servizi sanitari per i costi sostenuti nel fornire cure ai loro residenti. Questo meccanismo implica una significativa riallocazione di fondi del FSN, arrivata nel 2023 al massimo storico di 2,9 miliardi di euro.

La mobilità sanitaria può essere distinta in tre tipologie: apparente, quando riguarda persone che non hanno aggiornato la residenza; casuale, che interessa chi si trova temporaneamente in una Regione diversa da quella di residenza al momento del ricovero; ed effettiva, quando i cittadini scelgono consapevolmente di curarsi in un'altra Regione. È quest'ultima la componente davvero significativa, perché rappresenta circa l'80% della mobilità complessiva e riflette la percezione, da parte dei cittadini, che il proprio Servizio Sanitario Regionale non sia in grado di garantire cure adeguate.

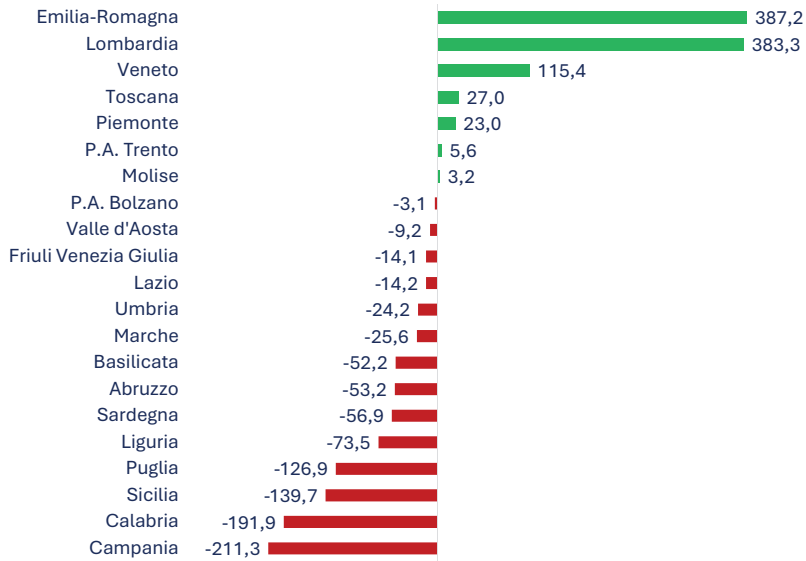


Figura 12. Saldi economici di mobilità sanitaria ospedaliera nelle Regioni (in milioni di euro), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Agenas, 2025

Le conseguenze economiche sono rilevanti: si genera un forte trasferimento di risorse dal Sud al Nord del Paese. Nel 2023 le principali Regioni beneficiarie sono state Emilia-Romagna (+387,2 milioni di euro), Lombardia (+383,3 milioni) e Veneto (+115,4 milioni). Al contrario, le Regioni che hanno visto i propri cittadini rivolgersi più spesso a strutture fuori dai confini regionali sono state Campania (-211,3 milioni), Calabria (-191,9 milioni) e Sicilia (-139,7 milioni)[25].

Questi saldi economici rispecchiano strettamente l'Indicatore di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI), che misura la capacità di ciascun SSR di rispondere ai bisogni di salute della propria popolazione. L'Emilia-Romagna, ad esempio, nel 2023 ha registrato un ISDI pari a 1,13: questo significa che la sua capacità di erogare servizi è superiore del 13% rispetto a quanto necessario per i propri residenti, rendendola attrattiva anche per cittadini di altre Regioni. La Calabria, invece, presenta un ISDI di 0,81, segno che il suo sistema sanitario non riesce a coprire il fabbisogno di cure della popolazione, costringendo una quota rilevante di cittadini a spostarsi altrove per ricevere prestazioni adeguate.

8.2.1 La spesa farmaceutica e il meccanismo del payback

All'interno del quadro complessivo della spesa sanitaria, un ruolo di crescente rilievo è assunto dalla spesa per farmaci e dispositivi medici. Negli ultimi anni tale voce ha registrato incrementi significativi, riconducibili principalmente a due fattori strutturali: da un lato, l'invecchiamento della popolazione, che accresce il fabbisogno di cure farmacologiche croniche; dall'altro, l'innovazione terapeutica, con l'introduzione

25 La somma dei saldi economici è diversa da 0 perché una parte della mobilità attiva è assorbita dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che è formalmente sotto la giurisdizione dello Stato del Vaticano.

sul mercato di farmaci rivoluzionari e spesso salvavita, in particolare in ambiti ad alta complessità come l'oncologia e le malattie rare. Questi progressi, pur determinando un incremento immediato della spesa, generano benefici straordinari per i pazienti e, nel medio-lungo periodo, anche per il SSN[26].

Nel 2024, la spesa farmaceutica pubblica complessiva ha raggiunto i 23,7 miliardi di euro, registrando uno scostamento di 3,3 miliardi di euro rispetto alle risorse complessivamente disponibili (20,4 miliardi di euro). L'incidenza sul Fondo Sanitario Nazionale 2024 è stata pari al 17,8%.

Per contenere la pressione esercitata dalla spesa farmaceutica sui conti del SSN, a partire dal 2008 sono stati introdotti specifici tetti di spesa relativi ai diversi canali di erogazione: farmaceutica convenzionata, farmaceutica per acquisti diretti (ospedaliera) e gas medicinali. Le eccedenze rispetto ai tetti sono soggette a meccanismi di ripiano (payback): nel canale convenzionato, l'onere del ripiano grava integralmente sulle aziende farmaceutiche, proporzionalmente alle vendite effettuate ai Servizi Sanitari Regionali; nel canale degli acquisti diretti, invece, la ripartizione è pari al 50% a carico delle aziende e al 50% a carico delle Regioni.

Negli anni, il sistematico avanzo della spesa convenzionata e il persistente disavanzo della spesa per acquisti diretti hanno portato a una ridefinizione delle soglie, al fine di riflettere meglio l'evoluzione dei fabbisogni. Dal 2024 i tetti sono così ripartiti:

- 6,8% del FSN per la spesa farmaceutica convenzionata;
- 8,3% del FSN per la spesa farmaceutica per acquisti diretti;
- 0,2% del FSN per la spesa per i gas medicinali.

La spesa farmaceutica convenzionata – ovvero quella relativa ai farmaci distribuiti attraverso le farmacie aperte al pubblico – nel 2024 ha raggiunto gli 8,1 miliardi di euro, pari al 6,28% del Fondo Sanitario Nazionale, collocandosi quindi al di sotto del tetto fissato al 6,8%. Tuttavia, il quadro regionale evidenzia una situazione più articolata: 8 Regioni hanno infatti superato la soglia, tra cui Calabria (7,09%), Lombardia (7,06%) e Basilicata (7,04%).

Va precisato che la spesa convenzionata è calcolata al netto dei meccanismi di payback che la riguardano. Nel 2024, questi hanno determinato un trasferimento complessivo di circa 214 milioni di euro dalle aziende farmaceutiche alle Regioni. La quota principale, pari a circa 165 milioni, deriva dal cosiddetto "payback 1,83%", che impone alle imprese di restituire una percentuale fissa sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA. La parte restante è riconducibile ad altri strumenti di ripiano, che contribuiscono nel loro insieme a contenere l'impatto della spesa convenzionata sui bilanci regionali.

26 A fronte di un importante costo iniziale, l'impatto economico di medio-lungo periodo è spesso positivo in termini di aumento della qualità di vita, partecipazione al mercato del lavoro e riduzione dei costi assistenziali.

Regioni	FSN	Tetto 6,8%	Spesa convenzionata	% su FSR	Scostamento assoluto
Calabria	4.209.774.958	286.264.697	292.075.528	**7,09**	**12.015.327**
Lombardia	22.402.773.177	1.523.388.576	1.485.909.075	**7,06**	**57.816.088**
Basilicata	1.221.384.742	83.054.162	88.231.767	**7,04**	**2.913.775**
Sardegna	3.531.313.146	240.129.294	252.597.457	**6,97**	**6.173.742**
Campania	12.446.533.860	846.364.302	802.027.445	**6,90**	**12.690.594**
Abruzzo	2.883.653.042	196.088.407	197.709.484	**6,90**	**2.799.165**
Molise	667.336.907	45.378.910	43.961.894	**6,85**	**354.806**
Puglia	8.805.163.900	598.751.145	572.932.489	**6,83**	**3.008.410**
Lazio	12.781.779.292	869.160.992	833.294.354	6,49	-39.314.604
Marche	3.379.163.653	229.783.128	223.397.319	6,45	-11.909.347
Sicilia	10.676.063.797	725.972.338	645.989.026	6,35	-48.398.257
Friuli Venezia Giulia	2.671.415.918	181.656.282	163.436.781	5,97	-22.144.988
P.A. Trento	1.181.988.004	80.375.184	69.994.812	5,80	-11.876.098
Umbria	1.992.652.225	135.500.351	118.326.600	5,79	-20.156.962
Liguria	3.624.103.303	246.439.025	192.788.896	5,75	-38.100.152
Piemonte	9.715.311.289	660.641.168	558.354.728	5,62	-115.080.445
Valle d'Aosta	273.562.919	18.602.278	13.809.879	5,46	-3.654.547
Toscana	8.400.546.767	571.237.180	465.572.984	5,41	-116.807.161
Emilia-Romagna	10.067.134.465	684.565.144	537.809.196	5,22	-158.720.127
Veneto	10.943.582.294	744.163.596	520.579.573	5,19	-176.506.342
P.A. Bolzano	1.132.942.591	77.040.096	46.883.751	4,45	-26.569.305
Italia	**133.008.180.247**	**9.044.556.257**	**8.125.683.040**	**6,28**	**-691.466.428**

Figura 13. Spesa farmaceutica convenzionata nelle Regioni italiane (milioni di euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Particolarmente rilevante è l'andamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti, che rappresenta la componente più consistente della spesa farmaceutica pubblica, quella con la crescita più sostenuta e al tempo stesso la più distante dai tetti programmati. A fronte di un limite fissato a poco più di 11 miliardi di euro, nel 2024 la spesa effettiva ha superato i 15 miliardi, con uno scostamento superiore ai 4 miliardi e un'incidenza pari all'11,3% del FSN. Lo sforamento, già significativo negli anni precedenti, è passato da 2,7 miliardi nel 2022 a 3,2 miliardi nel 2023, fino al livello record registrato nel 2024.

Il fenomeno è generalizzato: tutte le Regioni, dalla Sardegna (13,5%) alla Lombardia (9,4%), hanno ampiamente superato la soglia dell'8,3%. Non si tratta dunque di deviazioni eccezionali o localizzate, ma della conferma che il tetto fissato non riflette più in modo realistico l'andamento della domanda di salute. In questo senso, il problema non è tanto la spesa in eccesso, quanto la necessità di riconsiderare la definizione dei tetti, adeguandoli alla reale evoluzione dei bisogni clinici e terapeutici della popolazione.

Regioni	FSN	Tetto 8,3%	Spesa acquisti diretti	% su FSR	Scostamento assoluto
Sardegna	3.531.313.146	293.098.991	476.057.515	**13,48**	**182.958.524**
Campania	12.446.533.860	1.033.062.310	1.644.341.103	**13,21**	**611.278.792**
Friuli Venezia Giulia	2.671.415.918	221.727.521	351.253.824	**13,15**	**129.526.303**
Emilia-Romagna	10.067.134.465	835.572.161	1.251.947.863	**12,44**	**416.375.702**
Abruzzo	2.883.653.042	239.343.202	357.859.980	**12,41**	**118.516.778**
Marche	3.379.163.653	280.470.583	415.312.317	**12,29**	**134.841.734**
Liguria	3.624.103.303	300.800.574	428.730.588	**11,83**	**127.930.014**
Molise	667.336.907	55.388.963	78.562.963	**11,77**	**23.174.000**
Umbria	1.992.652.225	165.390.135	234.534.095	**11,77**	**69.143.960**
Calabria	4.209.774.958	349.411.322	493.025.105	**11,71**	**143.613.784**
Puglia	8.805.163.900	730.828.604	1.030.833.578	**11,71**	**300.004.974**
Toscana	8.400.546.767	697.245.382	977.913.717	**11,64**	**280.668.335**
Lazio	12.781.779.292	1.060.887.681	1.474.514.933	**11,54**	**413.627.251**
Basilicata	1.221.384.742	101.374.934	140.130.240	**11,47**	**38.755.306**
Piemonte	9.715.311.289	806.370.837	1.113.099.118	**11,46**	**306.728.281**
P.A. Bolzano	1.132.942.591	94.034.235	128.443.243	**11,34**	**34.409.008**
Veneto	10.943.582.294	908.317.330	1.153.183.954	**10,54**	**244.866.624**
Sicilia	10.676.063.797	886.113.295	1.121.754.929	**10,51**	**235.641.634**
Valle d'Aosta	273.562.919	22.705.722	27.523.696	**10,06**	**4.817.973**
P.A. Trento	1.181.988.004	98.105.004	116.977.981	**9,90**	**18.872.977**
Lombardia	22.402.773.177	1.859.430.174	2.114.085.639	**9,44**	**254.655.465**
Italia	**133.008.180.247**	**11.039.678.961**	**15.055.907.146**	**11,32**	**4.016.228.185**

Figura 14. Spesa farmaceutica per acquisti diretti nelle Regioni italiane (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Lo squilibrio tra il tetto di spesa per la convenzionata e quello per la diretta risulta evidente dall'analisi della dinamica delle due componenti della spesa farmaceutica negli ultimi anni. Nonostante le rimodulazioni dei tetti di spesa, che hanno aumentato quello per la diretta e abbassato quello per la convenzionata, la spesa farmaceutica diretta continua a superare il suo tetto di spesa in misura crescente. Tra il 2021 e il 2024, il deficit rispetto al tetto di spesa è quasi raddoppiato da -2,1 miliardi di euro a -4,0 miliardi di euro. Viceversa, la spesa convenzionata ha sempre registrato un avanzo significativo, che nel 2024 si è attestato intorno ai 700 milioni di euro[27].

Il meccanismo di ripiano della spesa farmaceutica sta generando un onere crescente per le imprese: il payback sulla sola spesa farmaceutica diretta è passato da 1,0 miliardi di euro nel 2021 a 2,0 miliardi nel 2024, raddoppiando in soli 3 anni[28]. Questa dinamica non si limita a comprimere i margini delle aziende, ma indebolisce la capacità del Paese di attrarre nuovi investimenti industriali e di ricerca. In un settore che costituisce uno dei pilastri dell'economia nazionale, contribuendo a export, occupazione qualificata e sviluppo tecnologico, questo rischia di compromettere la competitività nazionale nel contesto europeo.

27 AIFA, 2025.
28 Ibid.

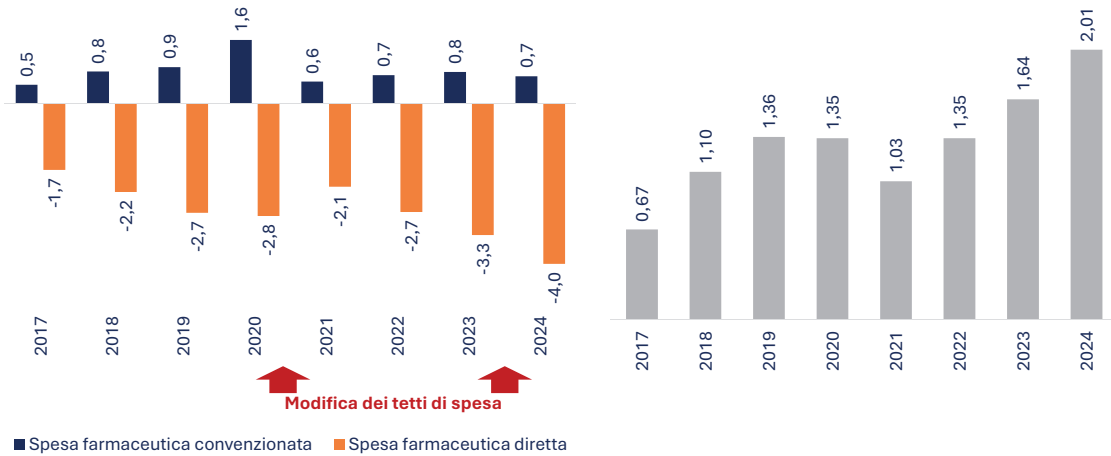


Figura 15. A sinistra: Surplus e deficit delle voci della spesa farmaceutica (in miliardi di euro), 2017-2024.
A destra: Payback a carico delle aziende per lo sfondamento della spesa per gli acquisti diretti (in miliardi di euro), 2017-2024e

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Il payback rappresenta tuttavia una fonte rilevante di entrate per i bilanci sanitari regionali e, in assenza di strumenti alternativi, le Regioni difficilmente potrebbero rinunciarvi senza mettere a rischio l'equilibrio dei conti. Una possibile soluzione potrebbe consistere nell'utilizzare l'avanzo della spesa farmaceutica convenzionata per compensare il disavanzo della spesa per acquisti diretti. In questo modo si ridurrebbe la pressione del payback sulle imprese senza diminuire le risorse a disposizione delle Regioni, garantendo al tempo stesso maggiore coerenza tra i tetti di spesa e l'effettiva evoluzione della domanda di salute.

Sul tema è intervenuto di recente anche il Ministero della Salute[29], annunciando la volontà del Governo di ridurre progressivamente la quota a carico delle imprese sulla spesa farmaceutica convenzionata, con un abbattimento dall'attuale 1,83% all'1,27% per i prossimi due anni, fino ad arrivare all'azzeramento. Per la spesa diretta, invece, sono attualmente allo studio diverse opzioni per ridurne l'impatto sulla sostenibilità economica del settore farmaceutico italiano nell'ambito del percorso che porterà al nuovo Testo Unico della legislazione farmaceutica[30]. Tra queste, vi sono le ipotesi di innalzare il tetto complessivo della spesa farmaceutica, attualmente al 15,3% del FSN, di riequilibrare le quote per la spesa convenzionata e diretta a favore di quest'ultima e di fissare un tetto massimo per il payback a carico delle aziende farmaceutiche.

In merito all'acquisto di gas medicinali, a livello nazionale la spesa è rimasta sotto al tetto di spesa fermandosi allo 0,19% del FSN, con un surplus superiore ai 16 milioni di euro e un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente. In 10 Regioni, tuttavia, la spesa ha superato il tetto dello 0,2% del FSN, in particolare in Calabria (0,33%) e Molise (0,3%).

29 Dichiarazioni del Sottosegretario al Ministero della Salute Marcello Gemmato in occasione dell'assemblea di Farmindustria il 3 luglio 2025.
30 Per approfondimenti si veda il Capitolo 12 del presente Rapporto.

Regioni	FSN	Tetto 0,2%	Spesa acquisti diretti	% su FSR	Scostamento assoluto
Calabria	4.209.774.958	8.419.550	13.943.308	**0,33**	**5.523.758**
Molise	667.336.907	1.334.674	2.032.424	**0,30**	**697.750**
Sicilia	10.676.063.797	21.352.128	30.972.368	**0,29**	**9.620.241**
Basilicata	1.221.384.742	2.442.769	3.395.330	**0,28**	**952.561**
Abruzzo	2.883.653.042	5.767.306	7.508.683	**0,26**	**1.741.377**
Valle d'Aosta	273.562.919	547.126	634.624	**0,23**	**87.498**
Piemonte	9.715.311.289	19.430.623	21.563.766	**0,22**	**2.133.144**
Puglia	8.805.163.900	17.610.328	19.480.239	**0,22**	**1.869.911**
Lazio	12.781.779.292	25.563.559	26.111.146	**0,20**	**547.587**
Sardegna	3.531.313.146	7.062.626	7.122.299	**0,20**	**59.673**
Emilia-Romagna	10.067.134.465	20.134.269	19.989.722	0,20	-144.546
Campania	12.446.533.860	24.893.068	22.484.910	0,18	-2.408.157
Umbria	1.992.652.225	3.985.304	3.101.873	0,16	-883.432
Lombardia	22.402.773.177	44.805.546	34.767.379	0,16	-10.038.167
Toscana	8.400.546.767	16.801.094	12.407.704	0,15	-4.393.390
Marche	3.379.163.653	6.758.327	4.849.559	0,14	-1.908.769
Friuli Venezia Giulia	2.671.415.918	5.342.832	3.739.596	0,14	-1.603.236
Liguria	3.624.103.303	7.248.207	3.859.116	0,11	-3.389.091
Veneto	10.943.582.294	21.887.165	10.477.397	0,10	-11.409.767
P.A. Bolzano	1.132.942.591	2.265.885	736.792	0,07	-1.529.094
P.A. Trento	1.181.988.004	2.363.976	552.117	0,05	-1.811.859
Italia	**133.008.180.247**	**266.016.360**	**249.730.353**	**0,19**	**-16.286.008**

Figura 16. Spesa farmaceutica per i gas medicinali nelle Regioni italiane (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Nessuna Regione italiana si colloca al di sotto di tutti e tre i tetti per la spesa farmaceutica. In particolare, ben 9 Regioni sforano sia il tetto di spesa sulla convenzionata che sulla diretta, tutte del Sud Italia ad eccezione della sola Lombardia. Di queste, inoltre, 6 superano anche il tetto di spesa per i gas medicinali.

È anche importante sottolineare come, nonostante l'aumento del finanziamento del SSN promosso dall'attuale Governo, a livello nazionale la spesa farmaceutica in rapporto al FSN continui ad aumentare, raggiungendo nel 2024 il 17,8% (+0,7% sul 2023). Complessivamente, sono Sardegna e P.A. di Trento a registrare l'incidenza maggiore e minore sul FSR (20,7% e 15,8%).

L'analisi dei primi quattro mesi del 2025 conferma come la spesa farmaceutica complessiva, pur in presenza di una sostanziale stabilità degli acquisti diretti (+0,1% rispetto al 2024), continui a crescere in rapporto al FSN, attestandosi al 18,1%, in linea con il dato del 2024 ma con uno scostamento assoluto superiore di circa 150 milioni di euro. Tale dinamica appare sempre più guidata dal comparto della convenzionata, che mostra una crescita della spesa netta a carico delle Regioni (+4,1%) e un incremento dei consumi (+0,8% delle dosi giornaliere dispensate), in controtendenza rispetto al rallentamento degli acquisti diretti[31].

31 AIFA (2025), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Aprile 2025".

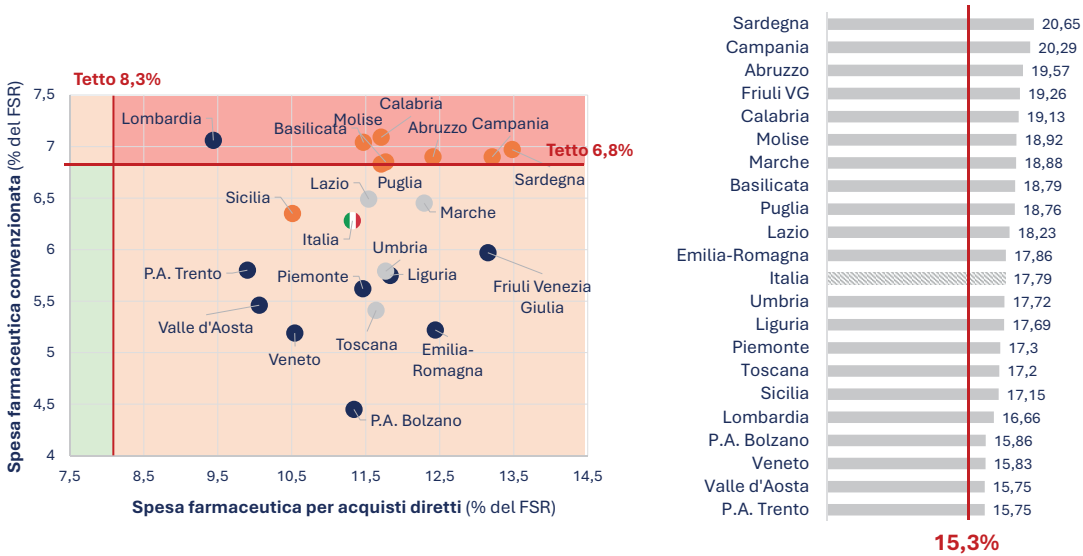


Figura 17. A sinistra: Matrice dei tetti di spesa farmaceutica nelle Regioni italiane (% del FSR), 2024.
A destra: Rispetto del budget di spesa farmaceutica (% del FSR), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Il Fondo per i farmaci innovativi nasce formalmente con la Legge di bilancio del 2017, in un contesto di riorganizzazione complessiva della spesa farmaceutica pubblica. L'obiettivo era duplice: garantire un accesso tempestivo a terapie altamente innovative e, allo stesso tempo, sottrarre queste voci di spesa ai tetti previsti per l'acquisto diretto di farmaci da parte del SSN. L'istituzione del Fondo ha implicitamente ampliato il margine di manovra della spesa farmaceutica, consentendo di finanziare in parte la spesa per farmaci innovativi senza gravare sul FSN in una fase molto complessa per la spesa del comparto sanitario.

A decorrere dal 2022, i 2 Fondi per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici, ciascuno con una dotazione di 500 milioni di euro, sono stati integrati in un unico Fondo, con una dotazione di 1 miliardo di euro annui, interamente destinato ai farmaci con innovatività piena, con un aumento di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. Con la Legge di Bilancio 2025, il fondo è stato riorganizzato in tre parti per un totale di 1,3 miliardi di euro: 900 milioni per i farmaci con innovatività piena, 300 milioni per i farmaci con innovatività condizionata e 100 milioni per gli antibiotici "reserve" o "listed".

Il bilancio, a oggi, presenta luci e ombre. Da un lato, il Fondo ha favorito l'accesso rapido a trattamenti innovativi in oncologia, malattie rare e altre aree ad alto bisogno terapeutico. Dall'altro, in attesa di testare l'efficacia del nuovo assetto, permangono alcune criticità strutturali e organizzative nella gestione del Fondo, a partire all'accreditamento dei Centri prescrittori, al monitoraggio delle risorse e alla programmazione della spesa, aggravati da procedure complesse, dati insufficienti e forti differenze tra Regioni.

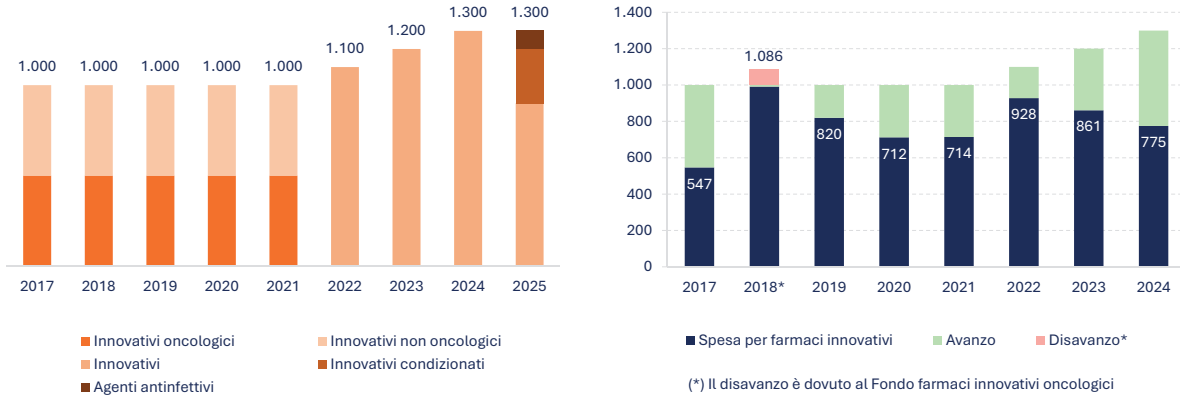


Figura 18. A sinistra: Disponibilità dei fondi per farmaci innovativi (milioni di euro), 2017-2025.
A destra: Utilizzo dei fondi per farmaci innovativi (milioni di euro), 2017-2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Nonostante il numero di farmaci che accedono al fondo sia cresciuto a seguito dell'inclusione di quelli a innovatività condizionata, la spesa ha proseguito nel 2024 un trend di decrescita ormai consolidato: se nel 2022 la spesa era stata pari a 928 milioni di euro, nel 2024 è scesa a 775 milioni di euro, appena il 60% dello stanziamento complessivo. Con l'eccezione del 2018, quando il fondo degli oncologici aveva "sforato il tetto" dei 500 milioni di euro, la spesa complessiva per i farmaci innovativi è stata sempre inferiore alle risorse stanziate.

Regioni	Ripartizione regionale del Fondo farmaci innovativi	Spesa per medicinali innovativi al netto del payback
Piemonte	97.266.957	54.477.877
Valle d'Aosta	-	972.313
Lombardia	268.120.681	143.772.835
P.A. Bolzano	-	6.884.591
P.A. Trento	-	5.872.009
Veneto	124.415.802	63.532.575
Friuli Venezia Giulia	-	17.661.770
Liguria	40.452.185	25.064.947
Emilia-Romagna	120.116.217	66.629.722
Toscana	102.133.594	58.573.189
Umbria	23.938.507	13.007.078
Marche	40.931.253	21.920.328
Lazio	134.766.213	69.938.570
Abruzzo	30.744.209	19.308.585
Molise	6.105.028	1.955.171
Campania	120.765.658	60.452.808
Puglia	93.196.142	47.782.677
Basilicata	10.162.142	5.300.613
Calabria	34.202.075	20.320.060
Sicilia	52.682.984	58.228.801
Sardegna	-	13.674.150
Italia	**1.300.000.000**	**775.330.680**

Figura 19. Ripartizione del Fondo per i farmaci innovativi tra le Regioni e spesa a consuntivo al netto del payback (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2025

Il Fondo per i farmaci innovativi italiano, pur presentando alcune caratteristiche distintive, non è un unicum a livello europeo e internazionale. Negli ultimi 15-20 anni diversi Paesi hanno scelto di adottare, con modalità e strumenti differenti, dei fondi specifici – talvolta definiti Fondi per l'innovazione – per supportare l'accesso precoce a farmaci innovativi, spesso a bassa prevalenza o ad alto costo, talvolta stanziando risorse extra-budget.

Nel Regno Unito, ad esempio, il Cancer Drugs Fund cui si ispira almeno in parte il Fondo italiano e, più recentemente, l'Innovative Medicines Fund, consentono ai pazienti l'accesso (condizionato) a farmaci in attesa di una valutazione completa da parte del NICE, agendo come fondi ponte che bilanciano urgenza clinica e necessità di evidenze consolidate. In Croazia, l'Especially Expensive Medicines Fund finanzia medicinali ad alto costo, in particolare farmaci oncologici, biologici e orfani, grazie a un budget separato e attraverso accordi di rimborso condizionati. Il Belgio, invece, ha istituito lo Special Solidarity Fund, un fondo attivabile su richiesta individuale del paziente per casi eccezionali non coperti dal sistema sanitario nazionale, in particolare per farmaci orfani.

Paese	Nome del fondo	Anno di istituzione	Budget annuale	Farmaci finanziati	Caratteristiche principali
Italia	Fondo Farmaci Innovativi	2017 (unificato 2022)	€1,3 miliardi	Farmaci con innovatività piena o condizionata o antinfettivi	Budget separato; altri benefici (esenzione da payback e sconti, accesso al mercato); accesso limitato a 36 mesi; valutazione separata da Agenzia Italiana del farmaco
Inghilterra	Cancer Drugs Fund (CDF)	2010 (riformato 2016)	£340 milioni	Farmaci oncologici	Budget separato; accesso limitato max 24 mesi; raccolta dati e HTA posticipata del NICE
	Innovative Medicines Fund (IMF)	2022	£340 milioni	Terapie salvavita per malattie gravi o rare	Budget separato; accesso limitato max 24 mesi; raccolta dati e HTA posticipata del NICE
Belgio	Special Solidarity Fund	1990 (riformato 2005)	Variabile	Farmaci orfani	Budget separato; accesso eccezionale in assenza di alternative rimborsate
Croazia	Especially Expensive Medicine Fund	2010	N.D.	Farmaci ad alto costo	Budget separato; approvazione separata da Croatian Health Insurance Fund; uso frequente di accordi di accesso condizionato

Figura 20. Fondi per l'accesso ai farmaci presenti nei Paesi europei

Fonte: TEHA Group su dati Vogler S (2022), 2025

Queste e altre esperienze evidenziano il valore del nostro Fondo farmaci innovativi e il suo potenziale nel promuovere, insieme agli altri percorsi per l'accesso precoce come ad esempio l'uso compassionevole, il Fondo 5% o la Legge 648/1996, un accesso più tempestivo alle terapie più innovative. In genere, questi strumenti rappresentano una opportunità significativa per i pazienti, i medici e il sistema, consentendo di gestire l'incertezza clinica iniziale attraverso meccanismi di accesso condizionato e la raccolta di dati real-world e supportando così valutazioni più informate da parte delle autorità regolatorie; inoltre, grazie a budget predefiniti e criteri stringenti di ammissibilità, possono promuovere un uso più equo ed efficiente delle risorse del sistema sanitario. D'altra parte, la loro costo-efficacia dipende dalla presenza di criteri definiti, governance solida e sistemi di monitoraggio accurati[32].

32 Vogler S (2022), "Payer Policies to Support Innovation and Access to Medicines in the WHO European Region".

Anche la spesa per dispositivi medici è soggetta al meccanismo del payback, introdotto con il DL 78 del 2015 che ha previsto – in linea con quanto già accadeva con la farmaceutica – un tetto di spesa fissato al 4,4% del FSN. Anche in questo caso, le imprese fornitrici sono chiamate a concorrere al ripiano dello sforamento nella misura del 50% del totale della spesa eccedente[33].

Dopo anni di stallo, il meccanismo è stato attuato a partire dal 2022 con la certificazione degli scostamenti riferiti al quadriennio 2015–2018, generando però forti contestazioni: numerosi ricorsi amministrativi hanno sostenuto l'irragionevolezza del modello, la sua retroattività e i significativi impatti economici per le imprese (circa 1 su 5 a rischio di fallimento)[34]. Queste azioni legali hanno portato alla sospensione temporanea dei pagamenti e a un rinvio alla Corte costituzionale, che nel luglio 2024 ha però confermato la legittimità della norma.

A marzo 2025 è stato istituito un tavolo tecnico di lavoro al Ministero dell›Economia e delle Finanze (MEE) che riunisce rappresentanti del MEF, del Ministero della Salute, della Ragioneria Generale dello Stato, della Conferenza delle Regioni e delle associazioni di categoria del settore, con l'obiettivo di trovare soluzioni che salvaguardino la filiera strategica dei dispositivi medici e proteggano le PMI del settore.

Nell'estate del 2025, dopo un negoziato tra il Governo e la rappresentanza del settore, si è giunti a un accordo: le aziende sono state chiamate a versare solo il 25% degli importi originariamente richiesti[35], con la contestuale istituzione di un fondo statale da 360 milioni di euro per compensare le Regioni. In questo modo, l'onere complessivo a carico dei produttori per il periodo 2015–2018 si è ridotto a circa 520 milioni di euro. Tuttavia, la questione non è stata definitivamente risolta e si ripresenterà inevitabilmente in sede di negoziazione per il payback dei quadrienni successivi.

8.3 LA SPESA SANITARIA PRIVATA

In Italia negli ultimi anni si è verificata una costante crescita della spesa sanitaria privata. L'ammontare complessivo di questa spesa ha raggiunto ormai una cifra prossima ai 50 miliardi di euro l'anno. Questo incremento è imputabile sia alle difficoltà del SSN nel garantire prestazioni in tempi adeguati, sia alla crescente propensione delle famiglie a ricorrere a soluzioni integrative. Il fenomeno rappresenta un elemento strutturale del sistema sanitario nazionale, con rilevanti implicazioni sociali ed economiche.

All'interno di questo trend, un ruolo sempre più rilevante è stato assunto dalla sanità integrativa, la cui diffusione è cresciuta in modo significativo. Se nel 2013 gli iscritti a un fondo del secondo pilastro erano 5,8 milioni, al 2022 avevano raggiunto quasi 16,3 milioni di persone[36]. Parallelamente è aumentata anche la spesa sanitaria intermediata, che nel 2024 ha superato per la prima volta i 6 miliardi di euro, quasi raddoppiando rispetto al livello di 10 anni prima. Particolarmente significativa è stata la crescita delle assicurazioni sanitarie volontarie. Se si esclude la spesa legata alla governance e gestione delle assicurazioni, a guidare la crescita sono state in primo luogo la spesa legata all'assistenza ambulatoriale (+116%) e all'assistenza per cura e riabilitazione (+102%)[37].

La rapida crescita della sanità integrativa impone misure per indirizzare queste risorse in modo da efficientare il sistema.

In controtendenza, nel 2024 è diminuita a 41,3 miliardi di euro la spesa cosiddetta "out-of-pocket" delle famiglie italiane, in parte perché assorbita dall'aumento della spesa sanitaria intermediata. Nonostante la battuta di arresto, come evidenziato dalla crescita quasi costante degli ultimi 10 anni, la tendenza di lungo periodo rimane al rialzo.

33 Confindustria Dispositivi Medici, 2025.
34 Ibid.
35 Già con il Decreto Bollette del 2023 la cifra da restituire mediante payback era stata ridotta del 52%.
36 Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali (2025), "Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2024".
37 Istat, 2025.

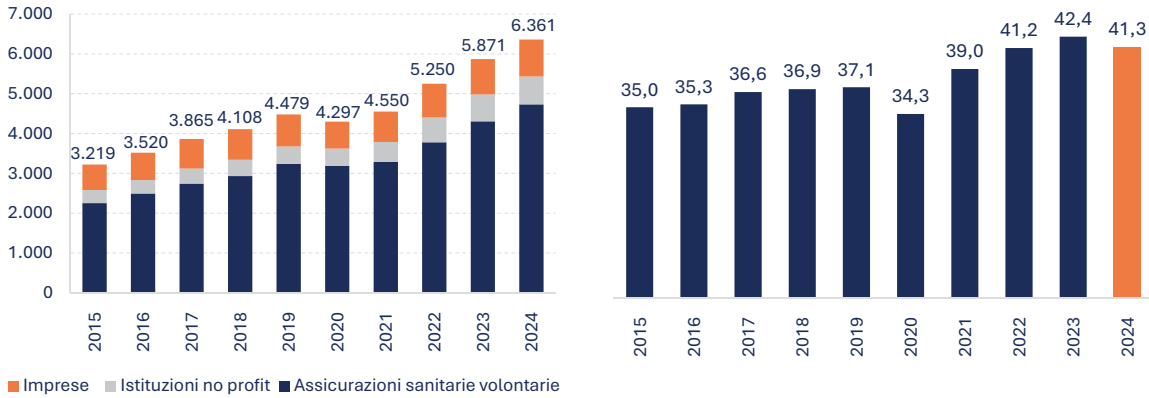


Figura 21. A sinistra: Spesa sanitaria tramite regimi di finanziamento volontari (in milioni di euro), 2015-2024.
A destra: Spesa diretta delle famiglie (in miliardi di euro), 2015-2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Analizzando la spesa sanitaria privata per funzione di assistenza emerge come la voce di costo maggiore sia rappresentata dall'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, sia per quanto riguarda la spesa diretta delle famiglie (18,9 miliardi di euro nel 2024) che la spesa intermediata (2,2 miliardi di euro).

Nel caso della spesa diretta, la seconda spesa più significativa è quella legata all'acquisto di prodotti farmaceutici (15,4 miliardi)[38], mentre per i regimi di finanziamento volontari, se si escludono le spese per la parte amministrativa e la gestione del servizio, è rappresentata dai servizi per la prevenzione, che sono arrivati nel 2024 sulla soglia del miliardo di euro (959 milioni).

Funzione di assistenza	2022		2023		2024	
	Diretta delle famiglie	Regimi di finanziamento volontari	Diretta delle famiglie	Regimi di finanziamento volontari	Diretta delle famiglie	Regimi di finanziamento volontari
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (assistenza ospedaliera in regime ordinario e di day hospital, assistenza ambulatoriale e domiciliare)	18.650	1.902	19.371	2.015	18.941	2.218
Assistenza sanitaria di lunga durata – LTC (assistenza residenziale e ospedaliera, assistenza diurna, ambulatoriale e domiciliare)	4.640	230	4.707	250	4.198	270
Servizi ausiliari non specificati per funzione	2.668	348	2.789	370	2.677	398
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	15.213	350	15.430	355	15.416	402
Servizi per la prevenzione delle malattie	68	874	67	918	67	959
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	1.546	0	1.963	0	2.114
Tutte le funzioni	41.239	5.250	42.364	5.871	41.299	6.361

Figura 22. Spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari per funzioni di assistenza (milioni di euro), 2022-2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

38 ISTAT, 2025.

Confrontando l'Italia con gli altri principali Paesi europei, emerge una spesa privata pro capite in linea con la media - 688 euro pro capite all'anno a parità di potere d'acquisto contro 685 in Europa. Tuttavia, l'Italia si distingue per una composizione della spesa privata fortemente orientata alla spesa out-of-pocket, che assorbe l'88,6% del totale. Tra i principali Paesi europei solo Grecia (88,7%) e Svezia (91,8%) hanno una maggiore propensione alla spesa out-of-pocket, mentre nel Nord Europa Irlanda, Francia e Paesi Bassi privilegiano maggiormente la spesa sanitaria intermediata.

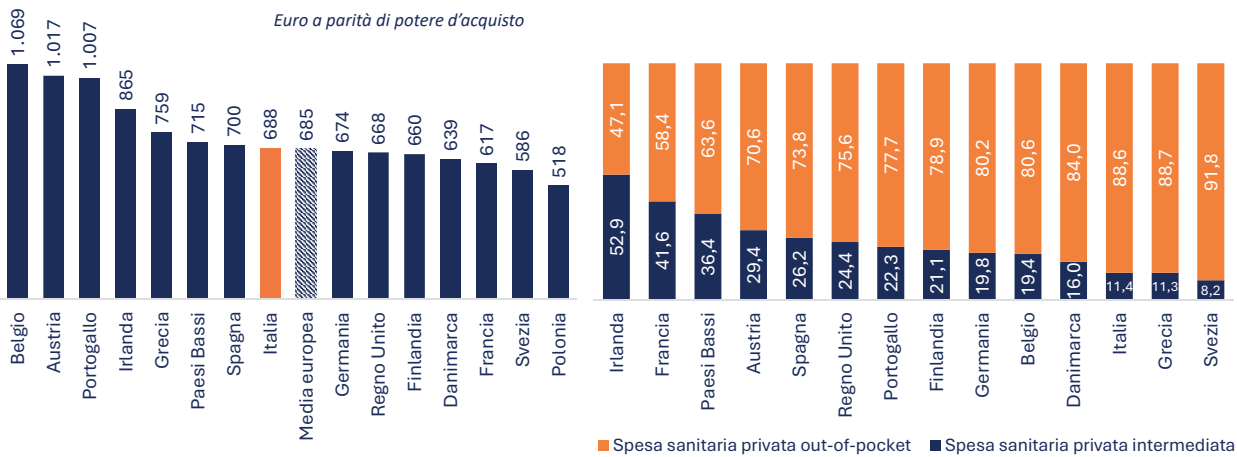


Figura 23. A sinistra: Spesa sanitaria privata pro capite (euro a prezzi correnti a parità di potere d'acquisto), 2024.
A destra: Spesa sanitaria privata per tipologia (in %), 2023 o ultimo dato disponibile

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2025

A livello regionale, il differenziale di spesa sanitaria privata è molto significativo, dagli 896 euro pro capite della Liguria ai 448 euro della Campania, e sembra essere influenzato da due variabili principali. Da un lato, il marcato gradiente Nord-Sud, che vede quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno sotto la media nazionale ad eccezione della Sicilia, sembra suggerire che la disponibilità economica della popolazione sia un determinante importante del volume di spesa privata. Dall'altra, l'età media della popolazione è probabilmente un secondo elemento importante nel determinare la spesa sanitaria privata, come suggerito dal primo posto della Liguria, che con 49,5 anni è la Regione con l'età media più alta d'Italia.

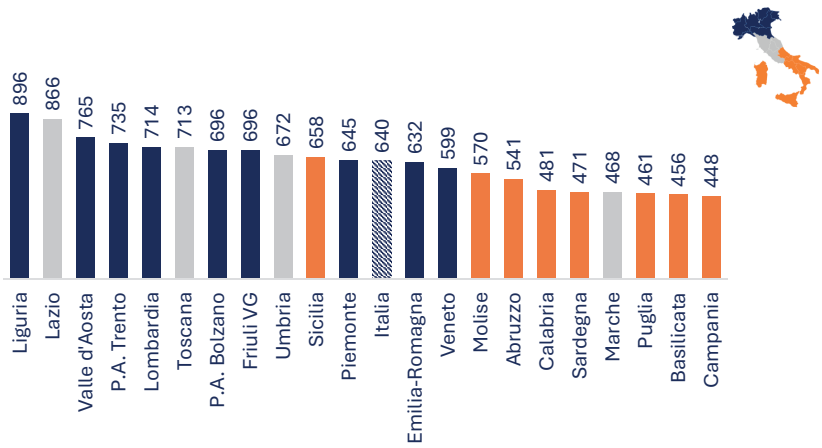


Figura 24. Spesa sanitaria privata nelle Regioni italiane (euro pro capite), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2025

Rispetto alla spesa totale delle famiglie italiane, la spesa sanitaria nel 2023 pesava per circa il 4,4% del totale, rappresentando quindi una voce di spesa importante che si aggiunge alla spesa indiretta sostenuta per finanziare il SSN tramite le imposte. L'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa totale è relativamente omogenea sul territorio nazionale, e tocca il suo massimo nella Regione più anziana, vale a dire la Liguria (5,5%) e il minimo in Sardegna e Basilicata (3,7%).

8.3.1 La sanità integrativa come strumento di promozione della sostenibilità del sistema

In Europa si sono sviluppati modelli organizzativi dei sistemi sanitari molto diversi tra loro. Ai primi esperimenti con l'assicurazione sanitaria obbligatoria introdotta in Germania nel 1883 ha fatto seguito un ampio spettro di soluzioni, tra cui il modello Beveridge nato nel Regno Unito nel 1948. Tra questi due estremi si colloca un ventaglio di modelli alternativi e ibridi, come quello italiano che, pur mantenendo nelle mani dello Stato la regolamentazione e il finanziamento, permette l'erogazione dei servizi a soggetti privati, sia a scopo di lucro che non.

Il dibattito sul ruolo dei soggetti privati nell'ambito della sanità, e in particolare della sanità integrativa, è caratterizzato da posizioni molto polarizzate: da un lato i sostenitori la vedono come uno strumento in grado di rendere i sistemi sanitari più rapidi, efficienti e innovativi, riducendo i costi a carico del settore pubblico, migliorando il servizio e offrendo maggiore possibilità di scelta a chi la sottoscrive; altri contestano con forza tali benefici, osservando che la natura stessa del mercato privato per l'assicurazione sanitaria sia vulnerabile a problemi di asimmetria informativa, genera costi amministrativi elevati sottraendo risorse alla sanità pubblica, riduce il potere negoziale rispetto ai fornitori di beni e servizi sanitari e aumenta le disuguaglianze.

L'esperienza europea dimostra tuttavia che non esiste una relazione diretta tra l'efficacia dei sistemi sanitari e il loro modello organizzativo, che sia prevalentemente pubblico, privato o misto. Il tasso di mortalità prevenibile e trattabile, che pur con alcuni limiti può essere utilizzato

come misura dell'efficacia dei servizi sanitari, mette infatti in evidenza come non vi sia una correlazione tra il modello organizzativo adottato[39] e i risultati conseguiti in termini di salute della popolazione. La loro efficacia dipende piuttosto da come vengono integrate le componenti pubbliche e private, dal grado di coordinamento tra i diversi attori e dalla coerenza del disegno complessivo del sistema. In altre parole, non è la natura pubblica o privata di per sé a determinare l'efficacia di un sistema sanitario, ma la capacità di costruire un'architettura ben studiata, in grado di garantire efficienza, equità e sostenibilità.

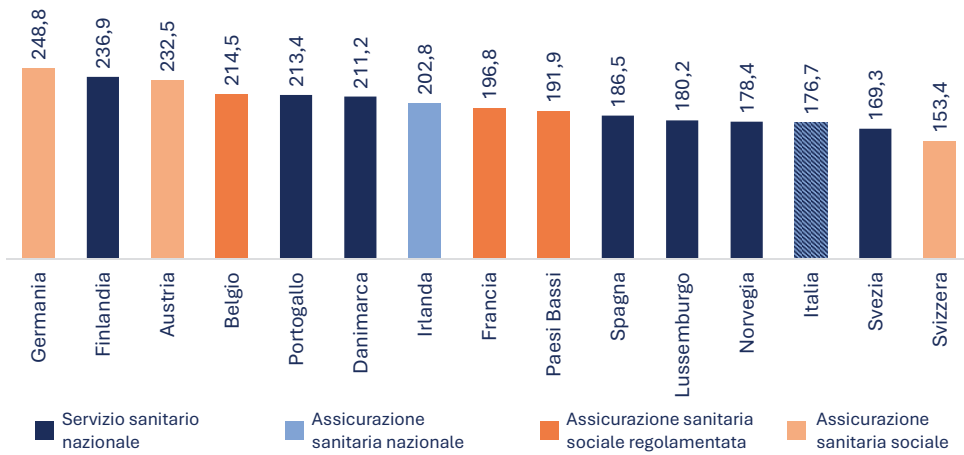


Figura 25. Tasso di mortalità prevenibile e trattabile per tipo di modello organizzativo del sistema sanitario (per 100.000 abitanti), 2022

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e Böhm K et al. (2013), "Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification", 2025

Nella definizione del modello organizzativo di un sistema sanitario, è necessario tenere in considerazione anche il più ampio contesto demografico, epidemiologico ed economico. Come già evidenziato più volte in questo Rapporto, l'attuale transizione demografica porterà nei prossimi anni a un rapido aumento della domanda di salute da parte della popolazione italiana, con un parallelo aumento dei costi. Secondo il simulatore PASH 2.0[40], l'invecchiamento della popolazione produrrà un aumento del fabbisogno di spesa pari al 18,1% nel 2050 rispetto al 2024. Questo significa che, anche senza prevedere un miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria rispetto al 2024, e senza tenere conto dei costi aggiuntivi dell'innovazione tecnologica, per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione sarà necessario aumentare la spesa da 138,3 miliardi di euro a 163,4 miliardi di euro.

Considerati anche gli effetti depressivi che l'invecchiamento della popolazione ha sul gettito fiscale, oltre agli impegni presi dall'Italia in sede europea di mantenere il tasso di crescita della spesa primaria netta entro l'1,5% annuo fino al 2029[41], i margini per intervenire con aumenti di spesa di questa portata sono molto limitati. Inoltre, già oggi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) mostra segni di difficoltà nella gestione dei

39 Nel servizio sanitario nazionale la sanità è finanziata attraverso la fiscalità generale e lo Stato garantisce direttamente i servizi, con una forte presenza di strutture pubbliche. Nel modello di assicurazione sanitaria nazionale è un sistema universalistico a finanziamento pubblico, ma l'erogazione dei servizi avviene sia attraverso strutture pubbliche che attraverso fornitori privati. L'assicurazione sanitaria sociale regolamentata si basa su casse malattia o fondi assicurativi obbligatori, finanziati dai contributi di lavoratori e imprese, ma con un forte controllo statale sulla gestione dei fondi e sulla definizione delle prestazioni. Infine, l'assicurazione sanitaria sociale prevede anch'essa casse assicurative obbligatorie finanziate da contributi, ma con maggiore autonomia e concorrenza tra i diversi fondi, mentre lo Stato si limita principalmente a funzioni di regolazione e supervisione.

40 Il Population Ageing financial Sustainability gap for Health systems (PASH) Simulator 2.0 è stato sviluppato dall'European Observatory on Health Systems and Policies insieme al Kobe Centre dell'OMS.

41 Nel contesto del New Economic Governance Framework, per spesa primaria netta si intende la spesa pubblica al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, le misure discrezionali sul lato delle entrate, la spesa per sussidi di disoccupazione e la spesa per programmi interamente finanziati dall'Unione Europea.

crescenti bisogni di salute della popolazione, pur mantenendo in molti ambiti un livello di eccellenza mondiale dei servizi di presa in carico e cura. Ne sono un esempio le liste di attesa e la rinuncia alle cure, un fenomeno che riguarda ormai 6 milioni di italiani ogni anno e che in alcune aree del Paese arriva al 13,7% della popolazione[42]. Come ricordato anche dal Ministro Schillaci[43], il SSN ha il dovere di governare le aspettative rispetto alla sua capacità di erogazione di servizi sanitari: non è possibile garantire una copertura totale a tutti senza generare costi eccessivi e liste di attesa. È quindi necessario concentrare gli sforzi per coprire i bisogni di salute fondamentali per chi ne ha bisogno.

In questo contesto, è utile considerare una evoluzione dell'attuale modello organizzativo per accompagnare la transizione demografica; l'obiettivo dovrebbe essere quello di attutirne gli impatti sulle finanze pubbliche senza compromettere la qualità del servizio, affiancando il SSN nell'erogazione di servizi di salute alla popolazione. Una delle soluzioni più promettenti è rappresentata dal cosiddetto secondo pilastro, cioè l'assicurazione sanitaria integrativa, e in particolare dalla sua corretta integrazione con il sistema sanitario pubblico. L'integrazione tra la sfera pubblica e quella privata dipende da come viene organizzato il secondo pilastro.

Secondo la letteratura scientifica[44], emergono 3 modalità con le quali il secondo pilastro si relaziona con il sistema pubblico.

In alcuni casi le polizze hanno una funzione sostitutiva, prendendo il posto della copertura statale e offrendo prestazioni che altrove sono garantite dal servizio pubblico (gli Stati Uniti sono un esempio di questo modello); si tratta di una soluzione incompatibile con il modello italiano, che si basa sull'universalismo del SSN.

In altri, l'assicurazione assume una funzione duplicativa, offrendo le stesse prestazioni già garantite dal sistema pubblico ma in contesti privati, con tempi di accesso più rapidi o condizioni di maggiore comodità. Questa forma, però, non si integra realmente con il SSN, ma lo affianca in modo disorganico generando sprechi e riducendo l'efficienza complessiva del sistema, creando 2 sanità parallele in competizione per le stesse risorse.

Infine, vi è la forma complementare, che copre ambiti non coperti dal pubblico, come l'odontoiatria, la fisioterapia o la Long Term Care, così come i ticket e i co-pagamenti per prestazioni del SSN. Quest'ultima rappresenta la formula più coerente con l'architettura del sistema italiano, perché riduce le barriere economiche all'accesso e rafforza la funzione universalistica del servizio pubblico.

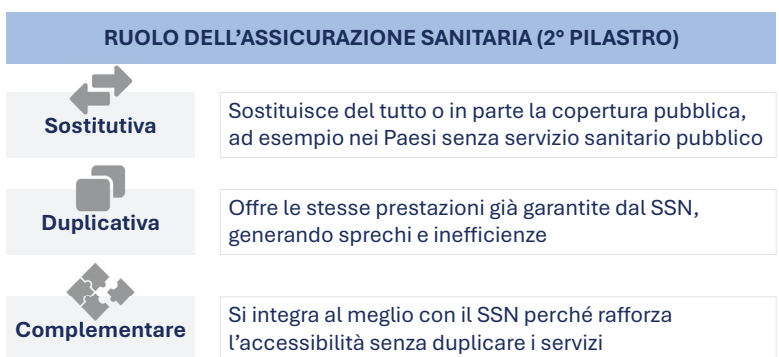


Figura 26. Ruolo dell'assicurazione sanitaria nel contesto del sistema sanitario (illustrativo)

Fonte: TEHA Group su dati OMS/Europa e European Observatory on Health Systems and Policies (2016), "Voluntary health insurance in Europe: country experience", 2025

42 ISTAT, 2024. Per approfondimenti si veda il Capitolo 10.3.
43 Interrogazione parlamentare del 25 settembre 2025, Senato della Repubblica.
44 European Observatory on Health Systems and Policies (2020), "Private Health Insurance. History, Politics and Performance".

In Italia, la forma prevalente di sanità integrativa è oggi quella duplicativa: non essendovi un quadro normativo di indirizzo, molte polizze assicurative offrono prestazioni già garantite dal SSN. Come già detto, questo modello non apporta un reale beneficio né ai cittadini né al sistema nel suo complesso.

Per rendere sostenibile il sistema nel lungo periodo, sarebbe invece utile promuovere un modello in cui il secondo pilastro svolga una funzione complementare al SSN. In questo modo, le risorse private rafforzerebbero la capacità universalistica del sistema pubblico andando a ridurre il volume di servizi richiesti al SSN e coprendo anche quelle aree ad oggi non incluse nei LEA, come l'odontoiatria. Il punto centrale non riguarda quindi il volume della spesa privata rispetto alla spesa pubblica, ma come la prima viene indirizzata.

Oggi, una parte significativa della spesa privata si disperde in modo inefficiente. Un esempio riguarda le polizze che includono screening oncologici in strutture private: gli esami effettuati in questo contesto non vengono registrati nei sistemi informativi del SSN e i cittadini che vi si sottopongono, pur generando comunque un costo per il servizio sanitario, non risultano conteggiati tra la popolazione sottoposta a programmi di screening. La questione cruciale non è semplicemente incentivare la diffusione della sanità integrativa, ma governarla e orientarla verso funzioni realmente complementari al SSN.

A questo proposito, un primo passo avanti è stato compiuto con l'indagine conoscitiva promossa dalla 10° Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato sulla sanità integrativa[45] avviata a inizio 2023. Inoltre, nel Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine 2025-2029 il Governo ha rimarcato l'impegno a riformare i meccanismi che sovrintendono questo settore al fine di favorirne la diffusione.

In questa direzione si inserisce anche la recente proposta presentata dal Presidente della X Commissione Sanità del Senato, Francesco Zaffini, che prevede l'introduzione di un modello di sanità integrativa basato su un sistema misto pubblico-privato. Questo schema mira a strutturare un "secondo pilastro" che affianchi il SSN, con il coinvolgimento dello Stato nel sostenere la parte contributiva per i cittadini non attivi nel mondo del lavoro e con un accantonamento individuale durante la vita lavorativa. Tra le prestazioni coperte figurano la Long-Term-Care, la cronicità, la diagnostica e la prevenzione, ambiti oggi particolarmente critici.

Oltre agli aspetti normativi, è importante anche predisporre strumenti per incentivare l'adesione ad aderire a fondi di sanità integrativa. Oggi, la legge prevede la deduzione dal reddito dei contributi versati a fondi sanitari fino a circa 3.600 euro annui. Inoltre, le spese mediche non rimborsate dal fondo sono detraibili al 19% oltre una franchigia di circa 129 euro. Un rafforzamento di questi incentivi fiscali, accompagnato da una riforma normativa che renda la sanità integrativa realmente complementare al SSN, consentirebbe di abilitare pienamente i benefici del secondo pilastro.

8.4 LO SCENARIO PREVISIONALE DEL FINANZIAMENTO E DELLA SPESA SANITARIA AL 2050

L'Italia, come altre economie avanzate, si trova a dover affrontare sfide di crescente complessità nel preservare un sistema sanitario universalistico, equo e di qualità. Meridiano Sanità da tempo dedica particolare attenzione all'analisi della sostenibilità economica del SSN, elaborando scenari previsionali che tengono conto dell'evoluzione demografica ed economica e delle dinamiche della spesa. La questione della sostenibilità, già oggi evidente, è resa ancora più stringente dalla concomitanza di fattori strutturali – dall'invecchiamento della popolazione al rallentamento della crescita economica – e di fattori esogeni, come i cambiamenti ambientali, le trasformazioni epidemiologiche e l'innovazione tecnologica, che rendono necessario un ripensamento delle priorità di investimento e della governance complessiva del sistema.

45 Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute.

Le più recenti analisi internazionali sottolineano come, senza interventi correttivi, la spesa sanitaria sia destinata a crescere in modo significativo: secondo l'OCSE, nei prossimi decenni essa potrebbe raggiungere livelli prossimi al 12% del PIL nelle economie avanzate, pur potendo essere contenuta attraverso politiche mirate di prevenzione, innovazione organizzativa e incremento dell'efficienza. Anche per l'Italia le prospettive di medio-lungo periodo confermano un aumento strutturale della spesa pubblica legata all'invecchiamento della popolazione. L'Ageing Report 2024 della Commissione Europea stima che, tra il 2022 e il 2070, le pressioni derivanti da sanità, assistenza a lungo termine e pensioni continueranno ad ampliarsi, configurando uno scenario in cui la spesa connessa all'invecchiamento rappresenterà un fattore critico per la tenuta della finanza pubblica. In particolare, il nostro Paese dovrà affrontare un peso crescente delle pensioni, che assorbiranno in media circa il 15,5% del PIL fino al 2050 e quasi il 40% delle entrate fiscali, limitando così gli spazi di manovra per altri settori strategici, tra cui la sanità.

Il quadro demografico aggrava ulteriormente lo scenario. L'Italia ha registrato nel 2024 un nuovo minimo storico di nascite, con circa 370.000 nuovi nati e un tasso di fertilità pari a 1,18 figli per donna, tra i più bassi in Europa e ben distante dal livello di sostituzione generazionale. Questo trend, se non invertito, accentuerà lo squilibrio tra popolazione attiva e popolazione anziana, con effetti diretti sulla capacità di finanziare in modo sostenibile il sistema sanitario e i servizi di welfare.

Accanto a questi fattori strutturali, occorre considerare le ulteriori pressioni derivanti dall'evoluzione epidemiologica, dall'aumento delle malattie croniche e dei fattori di rischio, dall'introduzione di nuove tecnologie e terapie e dalla trasformazione organizzativa dei sistemi di cura. A livello globale, si stima che entro il 2050 i nuovi casi di tumore supereranno i 35 milioni, con un incremento del 77% rispetto ai circa 20 milioni del 2022, mentre i decessi legati al diabete sono destinati a raddoppiare tra il 2005 e il 2030. Quella che l'OMS ha definito una vera e propria "bomba a orologeria" sanitaria ha un impatto tangibile anche sul piano economico: la sola mortalità prematura da malattie croniche nella popolazione in età lavorativa costa all'Unione Europea oltre 100 miliardi di euro l'anno.

La pandemia da COVID-19 ha reso ancora più evidente come la salute sia una determinante anche economica e che la sanità non debba essere considerata un costo. Come ricordava il Direttore Generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, già nel 2020, "la salute è un investimento, non un costo": un'affermazione confermata dai mesi successivi, in cui i sistemi sanitari furono messi a dura prova e dove emerse chiaramente il valore degli investimenti in prevenzione, ricerca e innovazione. Le società con popolazioni più sane hanno dimostrato una maggiore resilienza, mentre i progressi scientifici e tecnologici accumulati negli anni hanno permesso lo sviluppo e la distribuzione rapida di vaccini e terapie salvavita.

I dati confermano che investire in salute produce ritorni sociali ed economici significativi. Analisi consolidate mostrano come per ogni euro investito in salute l'Europa ne ricavi più del doppio in benefici economici, grazie alla riduzione delle giornate lavorative perse, al miglioramento della produttività, alla diminuzione delle ospedalizzazioni e al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei caregiver. Nonostante questi evidenti vantaggi, l'attuale contesto di incertezza economica esercita pressioni crescenti sugli investimenti sanitari, con il rischio che la spesa non sia più allineata ai bisogni effettivi di salute della popolazione.

Le trasformazioni in atto collocano i sistemi sanitari europei, e quello italiano in particolare, in un punto di svolta cruciale. Occorre sviluppare un approccio di policy coordinato e di lungo periodo, basato sul valore, che riconosca la salute come una leva fondamentale non solo per il benessere dei cittadini, ma anche per la crescita economica e la competitività del Paese.

Accanto a questi fattori strutturali, occorre considerare le ulteriori pressioni che derivano dall'evoluzione epidemiologica, dall'aumento delle malattie croniche e dei fattori di rischio, dall'introduzione di nuove tecnologie e terapie e dalla trasformazione organizzativa dei sistemi di cura. Questi elementi, spesso difficilmente prevedibili, rappresentano variabili "esogene" che incidono sui costi e complicano la costruzione di modelli previsionali affidabili, ma che non possono essere ignorati nelle riflessioni di policy:

A. fattori economici, quali tassi di crescita reale del PIL, PIL pro capite e spesa sanitaria pro capite per fasce d'età;
B. fattori demografici, quali la struttura e proiezione della popolazione per fasce d'età;
C. fattori epidemiologici, quali le prevalenze di alcune patologie ad alto impatto per il sistema e i principali fattori di rischio.



Figura 27. Scenario previsionale della spesa sanitaria del Think Tank Meridiano Sanità

Fonte: TEHA Group, 2025

Fattori economici

Negli ultimi anni, l'Italia e le principali economie avanzate hanno dovuto affrontare una congiuntura eccezionalmente complessa, segnata da fattori convergenti di crisi: la pandemia da COVID-19 e le sue eredità, i conflitti geopolitici ancora in corso – dalla guerra in Ucraina alle tensioni in Medio Oriente tra Israele e Palestina – e una forte pressione economica dovuta all'impennata dell'inflazione, alla guerra dei dazi, all'aumento dei costi energetici e alle interruzioni nelle catene globali di fornitura. In Italia, questi elementi si riflettono in una crescita economica debole – con un calo del PIL dello 0,1% nel secondo trimestre del 2025 – a fronte però di segnali positivi sul mercato del lavoro, dove il tasso di disoccupazione è sceso al 6%, con oltre 13 mila nuovi posti di lavoro creati a luglio. A livello europeo, l'industria manifatturiera è tornata a espandersi per la prima volta dal 2022, con l'Indice PMI in crescita, ma il quadro resta fragile, condizionato dall'incertezza geopolitica e commerciale.

In questo scenario, la relazione tra salute ed economia assume un rilievo crescente. Non si tratta più solo di considerare l'impatto delle crisi sanitarie sui costi dell'assistenza o sulla capacità dei sistemi di recuperare i livelli pre-pandemia in termini di qualità e accesso; è sempre più evidente che la salute rappresenta un motore di sviluppo, capace di incidere direttamente sulla produttività, sulla partecipazione al mercato del lavoro e, in ultima analisi, sulla crescita del PIL. La pandemia ha dimostrato con chiarezza che popolazioni più sane sono anche più resilienti, mentre anni di investimenti in ricerca e innovazione hanno consentito lo sviluppo rapido di terapie e vaccini salvavita.

Le sfide che attendono l'Italia e l'Europa sono tuttavia rilevanti. L'OCSE stima che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la spesa oncologica pro capite in Italia aumenterà del 63% tra il 2023 e il 2050. Eppure, l'adozione diffusa delle migliori pratiche di screening e trattamento consentirebbe di evitare 1 decesso prematuro su 6, allungare l'aspettativa di vita media di circa 4 mesi e aumentare la forza lavoro,

con un incremento contenuto della spesa sanitaria pari all'1,1%. Questo esempio mostra come investire in salute possa produrre benefici economici tangibili, oltre che sociali. Parallelamente, nuove minacce globali – dall'intreccio tra cambiamento climatico e salute alle trasformazioni legate all'intelligenza artificiale e alla diagnostica avanzata – stanno ridefinendo le priorità delle politiche pubbliche e richiedono un approccio strategico di lungo periodo.

Riconoscere il valore della salute e orientare le politiche verso una visione di lungo periodo significa non solo tutelare il benessere dei cittadini, ma anche rafforzare la resilienza e la competitività nazionale.

Per quantificare questi effetti, nel modello di Meridiano Sanità il tasso di crescita di medio periodo del PIL italiano è stato assunto pari al valore di convergenza stimato dall'OCSE, ovvero +0,8%. Nell'orizzonte di breve periodo, invece, sono state considerate le stime più recenti dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio di agosto 2025, con un tasso di crescita del PIL pari allo 0,5% sia per il 2025 sia per il 2026.

Uno dei parametri chiave nello scenario previsionale della spesa sanitaria è la spesa pro capite per fasce d'età. Questa risulta significativamente più alta nelle fasce estreme della vita (<1 anno e >65 anni), con un picco tra gli 80 e gli 84 anni, pari a circa 5.611 euro pro capite. Rispetto al 2019, la spesa sanitaria pro capite media degli over-65 nel 2024 è aumentata dell'11,1% (circa 514 euro), principalmente a causa di una maggiore prevalenza di fattori di rischio e dell'incremento del numero di persone affette da patologie croniche.

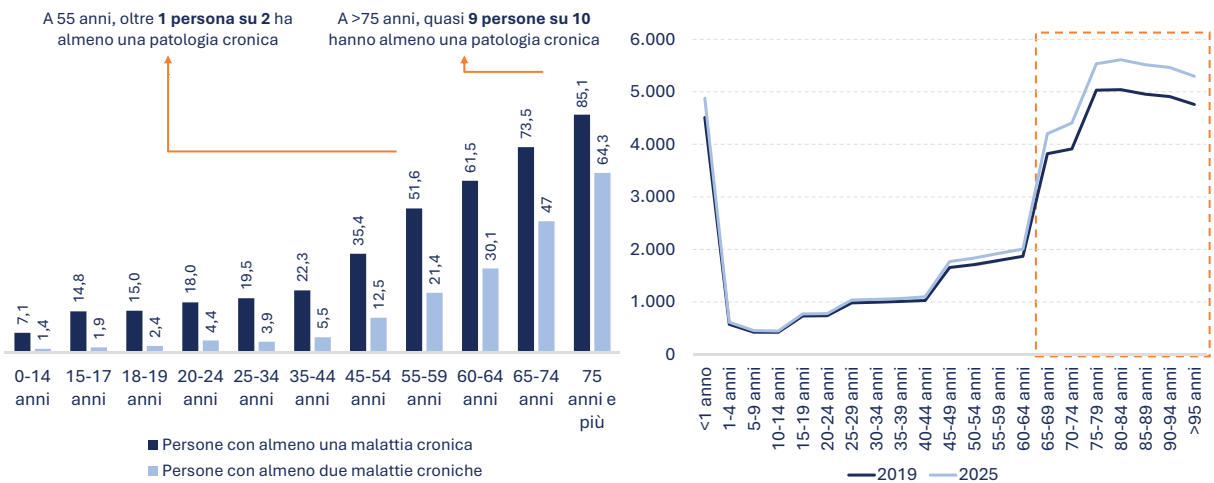


Figura 28. A sinistra: Popolazione affetta da patologie croniche (%), 2023.
A destra: Spesa sanitaria per fasce d'età (euro), 2018 e 2025

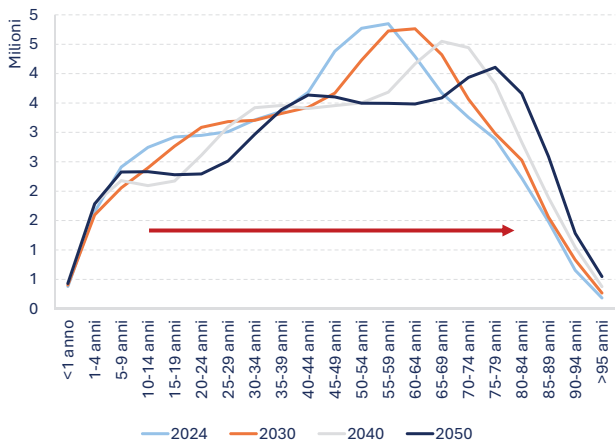
Fonte: TEHA Group su dati ISTAT e Ragioneria dello Stato, 2025

Fattori demografici

Nelle sue previsioni demografiche, ISTAT elabora 5 diversi scenari: anche nello scenario più ottimistico, la popolazione italiana è destinata a diminuire, fino a raggiungere i 56,8 milioni di persone nel 2050 (-2,2 milioni di abitanti rispetto a oggi). In questo scenario, la riduzione della popolazione italiana è meno intensa rispetto allo scenario mediano/pessimistico grazie a un leggero aumento del tasso di natalità, che dovrebbe salire da 6,3 nati per 1.000 abitanti del 2024 (record storico negativo) a 7,6 nati per 1.000 abitanti nel 2050.

Secondo questo scenario, entro il 2050 gli individui over-65 saranno 18,9 milioni (pari a circa il 33,2% del totale della popolazione), mentre gli individui in età attiva (15-64 anni) diminuiranno di 9 punti percentuali per raggiungere il 54,3% del totale della popolazione. In questo modo, l'old dependency ratio, definito da ISTAT[46] come il numero di persone over-65 rispetto alla popolazione in età lavorativa, è destinato a raggiungere un valore pari al 60%.

L'invecchiamento della popolazione causerà inoltre significativi squilibri a livello economico e sociale (riduzione del numero di persone in età lavorativa, aumento del numero di pensionati, aumento della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria) portando a un conseguente aumento della spesa pubblica, sia nella componente sanitaria che in quella di protezione sociale.



Anno	2025	2050	Variazione
Età media (anni)	46,9	49,8	**+6,2%**
Popolazione over 65 anni (%)	24,7	33,2	**+8,5 p.p.**
Aspettativa di vita (anni)	83,4	84,3	**+1,1%**
Indice di dipendenza degli anziani (%)	39,0	60,0	**+21 p.p.**

(*) È stato considerato lo scenario ottimistico di Istat, che prevede una popolazione residente in Italia di **56,8 milioni di abitanti** al 2050 (-2,2 milioni di abitanti rispetto ad oggi).

Figura 29. A sinistra: Popolazione italiana per fasce d'età (milioni di abitanti), 2024, 2030, 2040 e 2050. A destra: Principali indicatori demografici (unità di misura), 2025 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Fattori epidemiologici

Secondo le più recenti analisi del Global Burden of Disease, in Italia il peso complessivo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili supera i 19,5 milioni di DALY, rappresentando una delle principali sfide per la salute pubblica e la sostenibilità del sistema sanitario. La maggior parte di queste condizioni potrebbe essere prevenuta attraverso un'efficace azione sui determinanti di salute, a partire da 4 fattori di rischio comportamentali: il fumo, la scarsa attività fisica, l'abuso di alcol e le cattive abitudini alimentari. Questi comportamenti, infatti, sono alla base dell'insorgenza di rischi metabolici come sovrappeso, obesità, ipertensione e ipercolesterolemia, che a loro volta alimentano il circolo vizioso delle cronicità. A questi si sommano i fattori ambientali – tra cui l'inquinamento atmosferico e gli effetti del cambiamento climatico – che stanno assumendo un ruolo crescente nella determinazione dello stato di salute delle popolazioni.

46 Istat (2025), "Rapporto Annuale 2025 – La situazione del Paese".

I risultati dell'analisi[47]

Secondo il modello previsionale di Meridiano Sanità, considerando tutti questi aspetti, la spesa sanitaria a prezzi reali al 2050 potrebbe raggiungere il valore di 218,4 miliardi di euro, con un'incidenza sul PIL pari al 9,56% (+3,26 p.p. rispetto al 2025). Pur trattandosi di un incremento significativo, questo livello di spesa resterebbe comunque al di sotto dei valori oggi registrati in Francia e Germania e, soprattutto, delle stime dell'OCSE[48]. Quest'ultima, infatti, prevede che, in assenza di interventi correttivi, l'impatto della spesa sanitaria sul PIL raggiungerà in media l'11,8% entro il 2040 nei Paesi membri, trainata dall'invecchiamento della popolazione, dall'innovazione tecnologica e dalla crescente incidenza delle patologie croniche.

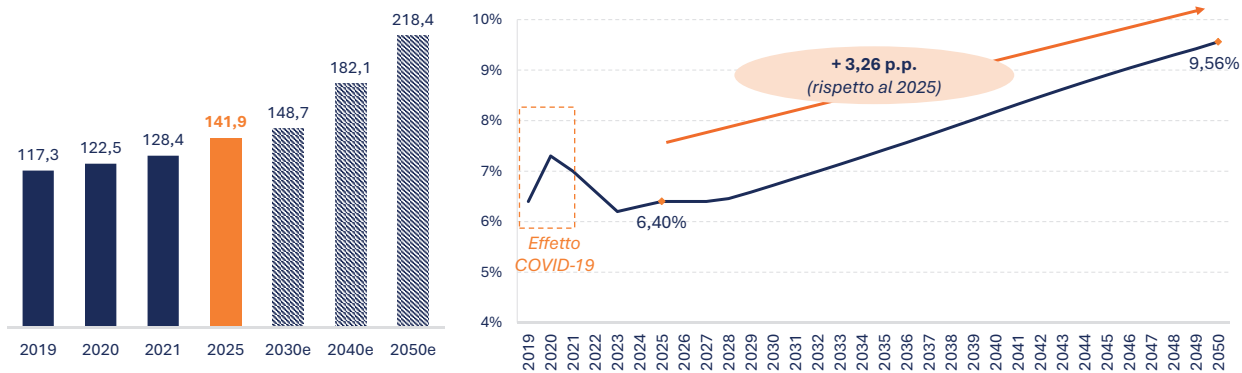


Figura 30. A sinistra: Proiezione della spesa sanitaria totale (miliardi di euro), 2019, 2020, 2021, 2025, 2030, 2040 e 2050. A destra: Proiezione spesa sanitaria totale (% del PIL), 2019 – 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria di Stato, Global Burden of Disease, 2025

L'aumento della spesa sanitaria pro capite previsto per il 2050 non sarà distribuito in modo uniforme tra le diverse fasce d'età. Nelle fasce intermedie, questo incremento sarà principalmente guidato da fattori economici. Tuttavia, a partire dalla fascia 65-69 anni, l'aumento sarà maggiormente influenzato dalla maggiore incidenza delle patologie croniche. Si osserva inoltre un cambiamento verso le fasce d'età più avanzate: se nel 2025 i costi maggiori saranno associati alla fascia 75-79 anni, nel 2050 questo costo si sposterà verso la fascia 80-84 anni. Si prevede che la maggior parte della spesa sanitaria totale (75%) sarà concentrata tra i cittadini di 60 anni e più. Al contrario, per le fasce d'età più giovani (<1 anno e 1-4 anni), pur con un aumento della spesa pro capite, non si prevede una dinamica simile, poiché il basso tasso di natalità ridurrà il numero complessivo di individui appartenenti a queste coorti.

47 Per un approfondimento sulla metodologia e le ipotesi iniziali del modello si rimanda al Capitolo 8 del 18° Rapporto Meridiano Sanità.
48 OCSE (2024), "Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?".

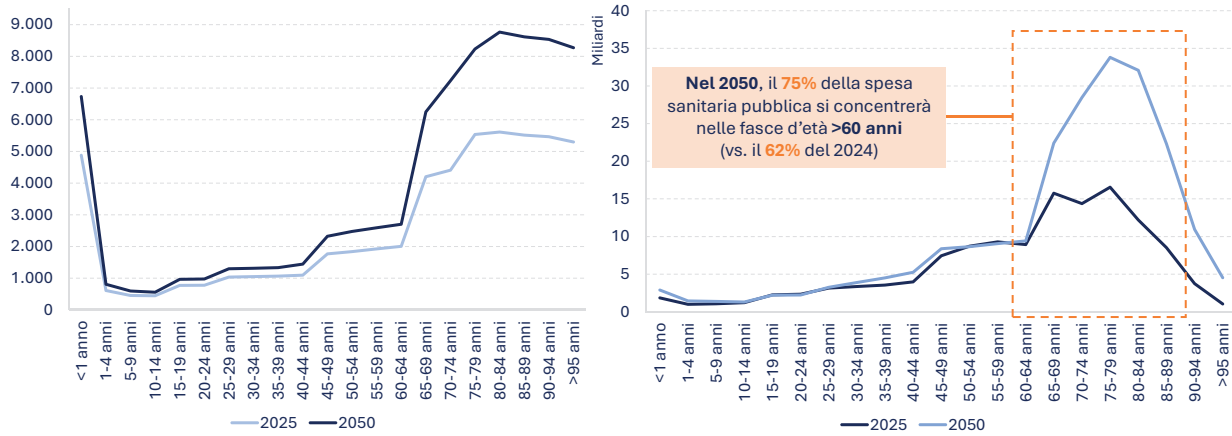


Figura 31. A sinistra: Spesa sanitaria pro capite per fasce d'età (euro), 2025 e 2050.
A destra: Spesa sanitaria totale per fasce d'età (miliardi di euro), 2025 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria di Stato, Global Burden of Disease, 2025

Tale scenario sottolinea una duplice esigenza: da un lato, rafforzare la capacità di investimento del nostro sistema sanitario, in modo da colmare il divario con i principali Paesi europei; dall'altro, governare in maniera più efficiente le dinamiche di spesa, evitando che la crescita futura si traduca in un peso insostenibile per i conti pubblici. La sfida sarà dunque quella di trovare un equilibrio tra sostenibilità e innovazione, promuovendo al contempo politiche di prevenzione e modelli di assistenza più integrati e orientati al territorio.

Per raggiungere questo equilibrio non è sufficiente intervenire esclusivamente sul versante sanitario: occorre una visione più ampia e sistemica, che intrecci salute, economia e società e riconosca la centralità del SSN come motore di sviluppo e coesione. In questo contesto, garantire la sostenibilità del SSN al 2050 richiede un approccio sistemico, coordinato e innovativo. Sarà necessario agire contemporaneamente su più leve: politiche attive per la natalità e l'invecchiamento sano, valorizzazione del capitale umano e rafforzamento del mercato del lavoro, promozione della salute e della prevenzione per ridurre l'incidenza delle patologie croniche, integrazione dei servizi sanitari e dell'assistenza a lungo termine, nonché investimenti in settori ad alta produttività e valore aggiunto come le scienze della vita e l'innovazione tecnologica.

8.4.1 Le politiche non sanitarie di sostegno alla sostenibilità del SSN

Le proiezioni di Meridiano Sanità evidenziano che, al 2050, la spesa sanitaria pubblica potrebbe raggiungere i 218,4 miliardi di euro a valori nominali, con un incremento del 53,9% rispetto al 2023. Un livello di spesa di questa entità risulta tuttavia difficilmente compatibile con il contesto demografico atteso. Attualmente la spesa sanitaria è sostenuta da 23,3 milioni di occupati, con un contributo medio pro capite di 6.080 euro.

Se ipotizzassimo condizioni costanti in termini di tasso di occupazione e di età pensionabile, le dinamiche demografiche previste porterebbero a una contrazione della forza lavoro di circa 3,8 milioni di persone (-16,6%). Di conseguenza, il carico economico a carico di ciascun lavoratore crescerebbe in maniera significativa, arrivando quasi a raddoppiare (+84,5%). Una prospettiva che solleva interrogativi cruciali sulla sostenibilità finanziaria di lungo periodo del SSN e sulla necessità di politiche in grado di riequilibrare i rapporti tra entrate e spesa.

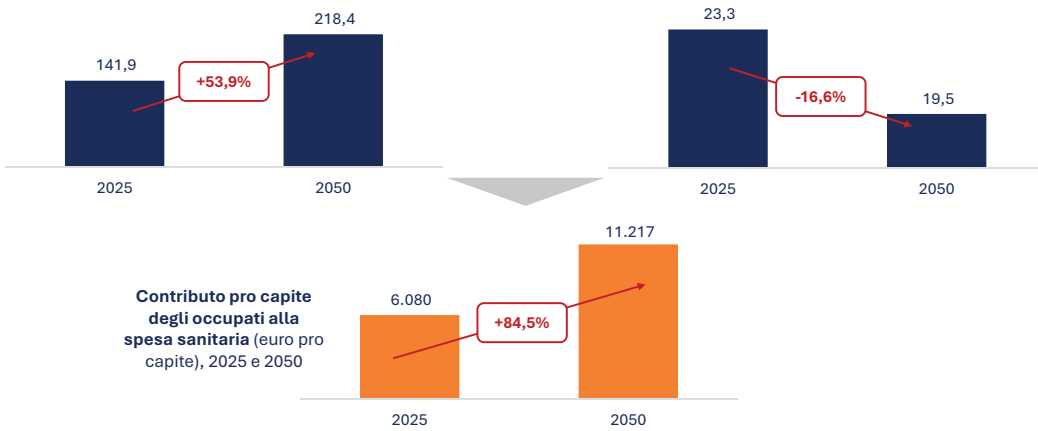


Figura 32. A sinistra in alto: Spesa sanitaria secondo lo scenario previsionale di Meridiano Sanità 2025 (miliardi di euro), 2025 e 2050.
A destra in alto: Occupati in Italia a parità di tasso di occupazione (milioni), 2025 e 2050.
In basso: Contributo degli occupati alla spesa sanitaria (euro pro capite), 2025 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria dello Stato e Global Burden of Disease, 2025

Attualmente, sostenere un contributo pro capite di 11.217 euro alla spesa sanitaria da parte di ciascun lavoratore risulta possibile solo attraverso un incremento proporzionale della tassazione. In pratica, mantenendo invariato il sistema di finanziamento, la maggiore spesa sanitaria stimata in 76,5 miliardi di euro dovrebbe essere coperta da un aumento delle entrate fiscali del 16,4%. Considerando che la pressione fiscale media sui redditi dei lavoratori, pari al 30,4%, colloca l'Italia al 5° posto tra i Paesi EU-13, tale soluzione risulta di difficile attuazione. Va inoltre ricordato che un aumento della pressione fiscale, per essere sostenibile, dovrebbe accompagnarsi a un miglioramento dei servizi offerti ai cittadini. Intervenire isolatamente sugli altri fattori che determinano il contributo degli occupati alla spesa sanitaria – come il numero di occupati o l'età di pensionamento – appare altrettanto impraticabile.

La complessità del problema richiede una strategia fortemente integrata che lavori congiuntamente su tutti i driver che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo. Tra le possibili azioni figurano:

1. la promozione di politiche di incentivazione alla natalità (in primis congedi parentali, piani asili nido, assegni unici, ecc.) da implementare sin da subito per poter contare nel 2050 su un numero maggiore di individui in età lavorativa (oggi il tasso di natalità oggi pari a 6,3 nati per 1.000 abitanti); i nati nel 2025 avranno 25 anni nel 2050;

2. la promozione di politiche a supporto di una maggiore partecipazione al mercato del lavoro (ad esempio la riduzione dello skill mismatch, la riforma dei Centri per l'Impiego, le politiche a sostegno dell'occupazione femminile) allineando i numeri dell'Italia a quegli dei Paesi best-perfomer europei (oggi il tasso d'occupazione in Italia è pari a 61,6%);

3. la promozione di politiche di attrattività di capitale umano dall'estero e sostegno all'immigrazione puntando soprattutto su settori ad alto tasso di crescita e innovazione (ad esempio farmaceutico, ICT, chimica, ecc.), caratterizzati anche da livelli retributivi maggiori, e creazione di posti di lavoro in settori qualificati, ad alta produttività e alti salari (oggi in Italia gli immigrati annui sono mediamente pari a 350.000[49], con flussi legati a situazioni di emergenza);

49 Media degli ultimi 20 anni.

4. l'adeguamento dell'età pensionabile all'evoluzione demografica (ogni 4 anni si guadagna mediamente un anno di vita), aumentando gli incentivi per le politiche di promozione della buona salute e di prevenzione con un approccio One Health (oggi in Italia l'età pensionabili è pari a 67 anni).

Un possibile mix ottimale prevede per il nostro Paese:

- un aumento, da oggi al 2050, del tasso di natalità alla media dei primi 5 Paesi europei, vale a dire 9,8 nati ogni anno per 1.000 abitanti rispetti agli attuali 6,3 (+55,5%);
- l'incremento, al 2050 l'Italia del tasso di occupazione allineandosi alla media dei primi 5 Paesi europei (dal 63% al 79%);
- l'attrazione al 2050 di 7,3 milioni di lavoratori immigrati aggiuntivi (circa 3 volte rispetto a quelli attuali);
- un'età pensionabile non inferiore a 72 anni (+ 5 anni rispetto agli attuali), valore ottenuto mantenendo costante il divario in anni tra l'aspettativa di vita, attuale e attesa, e l'età pensionabile.



Figura 33. Un possibile mix ottimale di equilibrio per rendere sostenibile la spesa sanitaria al 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria dello Stato e Global Burden of Disease, 2025

Va sottolineato che un intervento più deciso su uno dei fattori considerati comporterebbe inevitabilmente un adeguamento degli altri. Ad esempio, mantenendo invariata l'età pensionabile e ipotizzando un tasso di occupazione e di natalità pari a quello dei Paesi europei migliori (rispettivamente 82% e 11,1 nati per 1.000 abitanti all'anno), sarebbe necessario un ricorso aggiuntivo all'immigrazione quantificabile in 11,3 milioni di lavoratori stranieri, ossia 4,4 volte il numero attuale.

Solo attraverso un'azione congiunta e coordinata su tutti questi fattori è più verosimile il raggiungimento dell'obiettivo di mantenere costante, al 2050, il contributo del singolo occupato alla spesa sanitaria (6.080 euro); il sostegno all'invecchiamento attivo e in salute della popolazione e la sanità integrativa si configurano come un ulteriore strumento di promozione della sostenibilità del sistema.

9. IL PNRR E LA MISSIONE 6 "SALUTE": STATO DI AVANZAMENTO E ASPETTI RILEVANTI

A meno di un anno dalla conclusione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), prevista per il 31 agosto 2026[1], è utile effettuare un monitoraggio puntuale del suo stato di attuazione, al fine di verificare il rispetto delle scadenze, elemento essenziale per garantire l'effettivo utilizzo dei fondi europei, la cui erogazione è vincolata al raggiungimento di tutti gli obiettivi concordati.

Il PNRR rappresenta la declinazione italiana del programma europeo Next Generation EU, lanciato nel luglio 2020 dal Consiglio Europeo come risposta comune alla crisi generata dalla pandemia di COVID-19. Con una dotazione complessiva di 194,4 miliardi di euro, l'Italia è il primo beneficiario del Piano europeo con oltre un quarto delle risorse totali[2]. L'Italia ha finora raggiunto tutti gli obiettivi previsti dal cronoprogramma europeo, un passaggio necessario per l'erogazione dei fondi, e ha quindi ricevuto tutte le rate previste. Tuttavia, una parte consistente dei fondi – circa due terzi – non risulta ancora effettivamente spesa[3], evidenziando la necessità di un'accelerazione nell'attuazione degli interventi per rispettare le scadenze e garantire la piena realizzazione delle misure previste.

La piena realizzazione degli interventi previsti dal PNRR può generare impatti positivi significativi nel medio e lungo periodo. Le stime indicano che l'effetto moltiplicativo sul Prodotto Interno Lordo (PIL) potrebbe essere fino a sei volte superiore rispetto all'investimento iniziale, a condizione che gli interventi siano attuati in modo efficace e tempestivo[4].

L'eventuale perdita di queste risorse, invece, rappresenterebbe un grave danno per il sistema economico e sociale italiano. Per questo motivo, è urgente accelerare l'attuazione del Piano, rafforzando l'efficienza dei processi amministrativi, semplificando le procedure e migliorando il coordinamento tra i livelli di governo.

A inizio giugno 2025, la Commissione Europea ha ribadito che non vi è possibilità di estendere la scadenza ultima dei vari Piani nazionali oltre quella già definita[5]. Tuttavia, riconoscendo le difficoltà nell'attuazione in tempi così ristretti di un programma di riforme e investimenti di portata senza precedenti – difficoltà che si riscontrano in numerosi Paesi europei – il Parlamento Europeo ha recentemente approvato una risoluzione che chiede una proroga di 18 mesi per i progetti già avviati e considerati maturi, al fine di evitare che vengano interrotti per esaurimento dei fondi[6].

Una simile estensione consentirebbe alle Istituzioni nazionali, regionali e comunali di completare gli interventi in corso. Tuttavia, in attesa di una decisione ufficiale, è necessario continuare a operare nell'ottica della scadenza attuale.

Particolare rilievo assume la Missione 6 "Salute" del PNRR, che è trattata in questo Capitolo. La Missione prevede due riforme strutturali attese da tempo e fondamentali per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): il rafforzamento dell'assistenza territoriale e la digitalizzazione del sistema sanitario, oltre a programmi sulla formazione del personale sanitario, sulla promozione della ricerca biomedica e sull'adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere. L'attuazione di questi interventi è cruciale per migliorare l'equità, l'accessibilità e la qualità dell'offerta sanitaria in tutto il Paese.

1 La conclusione delle riforme e degli investimenti del PNRR è prevista entro giugno 2026, ma sarà possibile caricare sulla piattaforma ReGiS le certificazioni di collaudo e di regolare esecuzione fino al 31 agosto 2026.
2 Commissione Europea, 2025.
3 TEHA Group, "Osservatorio PNRR", 2025.
4 Parlamento Europeo, 2025.
5 Com(2025) 310 final.
6 Risoluzione 2024/2085.

9.1 IL QUADRO FINANZIARIO E L'AVANZAMENTO DELLE MISSIONI DEL PNRR

Con la scadenza del Piano ormai prossima, il nodo cruciale rispetto all'attuazione del PNRR riguarda la capacità di concludere i cantieri ancora aperti. L'Italia ha finora ricevuto sette rate di finanziamento, legate al raggiungimento progressivo di milestone (obiettivi qualitativi) e target (obiettivi quantitativi), per un totale di oltre 140 miliardi di euro su 194,4 complessivi del Dispositivo di Ripresa e Resilienza (RRF) – i fondi del PNRR propriamente detto. A questa dotazione si affiancano ulteriori 30,6 miliardi di euro stanziati attraverso il Piano Nazionale Complementare (PNC), finanziato con risorse nazionali, per un totale di circa 225 miliardi di euro.

A luglio 2025, all'Italia è stata erogata la settima rata dopo la verifica dell'adempimento di tutti gli obiettivi previsti dal cronoprogramma europeo per dicembre 2024[7]. Tuttavia, l'utilizzo delle risorse finanziarie non sempre procede di pari passo con l'avanzamento formale dei progetti: secondo i dati più recenti, aggiornati al 31 dicembre 2024, la spesa effettivamente sostenuta si attesta attorno a 63,9 miliardi, pari a circa un terzo della dotazione complessiva[8].

L'analisi della distribuzione della spesa tra le sette missioni del Piano[9] evidenzia un andamento differenziato. Alcune missioni, come la Missione 1 "Digitalizzazione" (47,7% della spesa già effettuata) e la Missione 3 "Mobilità sostenibile" (37,7%), mostrano un livello di avanzamento più significativo. Altre, come la Missione 6 "Salute", procedono a ritmi più graduali: a fronte di una dotazione pari a 15,6 miliardi di euro per il solo Dispositivo di Ripresa e Resilienza (DRR), la quota di spesa raggiunta si attesta intorno al 18%[10].

Seppure più bassa rispetto alla maggior parte delle altre Missioni, la spesa della Missione 6 risulta sostanzialmente in linea con il cronoprogramma finanziario, rispettando le tappe previste. Tuttavia, la concentrazione di una quota significativa delle risorse da impiegare nel corso dell'ultimo anno solleva interrogativi sulla sostenibilità operativa dell'attuazione, che potrebbe incontrare difficoltà in particolare nei contesti in cui permangono maggiori complessità amministrative e organizzative.

Missione	Importo assegnato (miliardi di euro)	% M&T raggiunti	Spesa sostenuta (miliardi di euro)	% spesa su totale assegnato
M1 – Digitalizzazione	41,4	61%	19,8	47,7%
M2 – Transizione verde	55,5	55%	20,0	36,1%
M3 – Mobilità sostenibile	23,7	56%	9,0	37,7%
M4 – Istruzione e ricerca	30,0	48%	9,5	31,8%
M5 – Inclusione e coesione	16,9	54%	2,7	13,5%
M6 - Salute	15,6	45%*	2,8	18,0%**
M7 - RePowerEU	11,2	31%	0,1	1,1%
Totale	**194,4**	**54**	**63,9**	**32,9%*** **

(*) Secondo il Ministero della Salute, a luglio 2025 è stato raggiunto il 69,6% delle M&T previste (**) In un'interrogazione parlamentare del 25 settembre 2025, il Ministro Schillaci ha riferito che, stando a dati aggiornati al 31 agosto 2025, la spesa per la Missione 6 ha superato il 40%.
(***) A marzo 2025 la spesa risultava pari al 33,8%, ma non sono disponibili dati specifici per le 7 Missioni.

Figura 1. Dettaglio e stato di avanzamento degli investimenti nelle sette Missioni del PNRR (aggiornato al 31 dicembre 2024)

Fonte: TEHA Group su dati Ministero per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, 2025

7 La settima rata, erogata a luglio 2025, è pari a 18,3 miliardi di euro.
8 Ministero per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, 2025.
9 La Missione 7 "REPowerEU" è stata aggiunta al PNRR italiano nel 2023, in seguito alla revisione del Piano richiesta dalla Commissione europea. Ha l'obiettivo di rafforzare l'indipendenza energetica dell'Europa dopo la crisi energetica causata dalla guerra in Ucraina.
10 Stando ai dati di luglio 2025 per la sola Missione 6, la percentuale è pari al 18,9%. Tenendo conto anche della spesa legata alle risorse del Piano Nazionale Complementare (PNC) la percentuale sale al 24%.

Una lettura granulare dei dati di avanzamento "fisico" dei progetti consente di cogliere alcune importanti dinamiche territoriali. Secondo gli ultimi aggiornamenti disponibili[11], riferiti a 10.100 progetti della Missione 6, a livello nazionale il 45,4% risulta già concluso[12]. Tuttavia, l'analisi regionale evidenzia forti disparità. In Veneto, la quota di progetti conclusi raggiunge il 62,3%, mentre in Molise si attesta appena al 21,6%. Al di sotto della media nazionale si collocano prevalentemente le Regioni del Sud Italia, dato particolarmente rilevante considerando che il 40% delle risorse territorializzabili[13] è loro destinato al fine di ridurre il divario territoriale e promuovere la coesione sociale ed economica.

Oltre un terzo dei progetti (36,3%) risulta attualmente in fase di esecuzione, mentre le fasi preliminari – programmazione, progettazione e affidamento – riguardano una quota residua, pari a circa il 3%. Questo suggerisce che gran parte dei progetti ha superato le fasi iniziali e si trova già in una fase operativa avanzata, anche se non ancora conclusiva. È quindi necessaria una accelerazione al fine di concludere tutti i progetti rimanenti entro giugno 2026. Si rileva inoltre che per il 5,5% dei progetti non vi sono informazioni disponibili sul loro grado di avanzamento, una percentuale che raggiunge l'11% in alcune Regioni.

Infine, i progetti di rilievo nazionale, ossia quelli non territorializzati ma di competenza centrale (come le piattaforme digitali o le riforme infrastrutturali di sistema), pari a circa il 9% del totale dei fondi, mostrano un ritmo di avanzamento meno rapido rispetto a quelli regionali. In termini di percentuale di progetti conclusi sono infatti ultimi con una quota pari a solo il 12,2%.

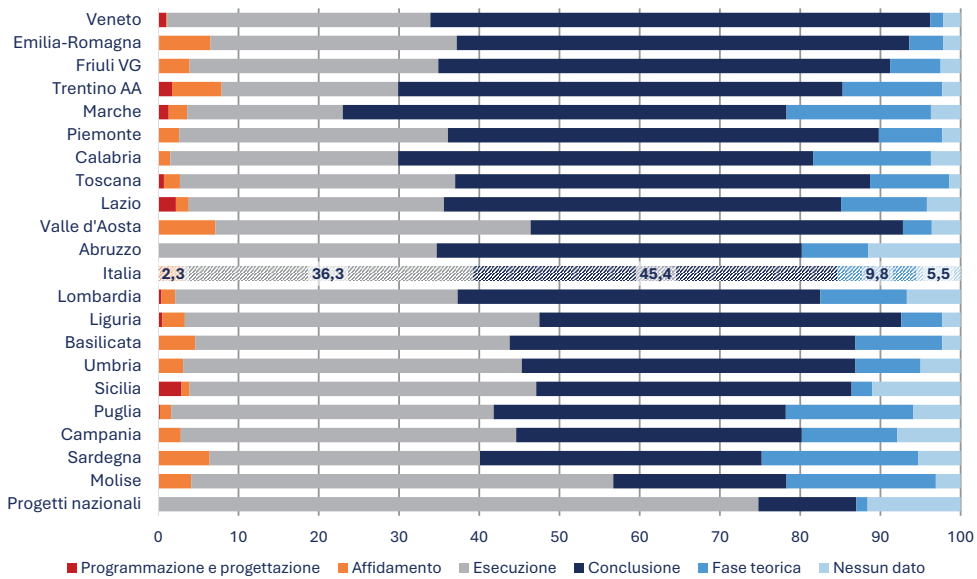


Figura 2. Stato di avanzamento dei progetti della Missione 6 "Salute" per Regione (in %), marzo 2025

Fonte: TEHA Group su dati ReGiS, 2025

11 Piattaforma ReGiS del Ministero dell'Economia e delle Finanze, marzo 2025.
12 Va tenuto presente che la contabilizzazione della spesa tende a seguire con un fisiologico ritardo l'effettivo avanzamento dei progetti, producendo un divario tra i dati sull'attuazione dei progetti e quelli sulla spesa sostenuta.
13 Ministero per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, 2025.

In termini di conseguimento delle milestone e dei target concordati con la Commissione Europea, a giugno 2025 risultavano raggiunti l'81,8% dei primi (36 su 44) e il 60,3% dei secondi (35 su 58)[14]. Nonostante le scadenze della Missione 6 siano state finora rispettate e le riforme avviate, le prossime fasi si preannunciano particolarmente impegnative, soprattutto per quanto riguarda il completamento entro la metà del 2026 dei cantieri in corso e di quelli ancora da avviare.

Un ulteriore elemento da considerare è che molti target intermedi sono stati rinviati nel tempo: il PNRR è stato infatti riprogrammato cinque volte[15], spostando più avanti diverse scadenze e concentrando una quota rilevante degli obiettivi da realizzare nell'ultimo anno disponibile, con inevitabili pressioni sui tempi e sulla capacità realizzativa.

9.2 APPROFONDIMENTO SU COMPONENTE 1 E COMPONENTE 2

All'interno della Missione 6 «Salute», le risorse complessivamente allocate – pari a circa 17,3 miliardi di euro, somma dei fondi PNRR e del Piano Nazionale Complementare (PNC) – sono distribuite in maniera equilibrata tra le due componenti principali. Alla Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sono destinati circa 8,2 miliardi, mentre alla Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" vanno 9,1 miliardi[16].

M6 «Salute»	RRF	PNC	Totale
C1 – Reti di prossimità	7.750,0	465,3	8.215,3
C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione	7.875,5	1.244,8	9.120,4
Totale	15.625,5	1.710,2	17.335,7

Figura 3. Allocazione delle Risorse del RRF e del PNC all'interno della Missione 6 "Salute" (in milioni di euro)

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Questa suddivisione riflette una duplice ambizione della Missione: da un lato, rafforzare la presenza e la capillarità dei servizi sul territorio, puntando su strutture come le Case e gli Ospedali di Comunità; dall'altro, promuovere una modernizzazione profonda del sistema, attraverso l'adozione di tecnologie digitali, investimenti in ricerca e miglioramento dell'efficienza gestionale.

Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

All'interno della Componente 1 della Missione 6, l'attenzione si concentra in particolare sul potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione di strutture di prossimità, finalizzate a garantire una presa in carico più tempestiva, integrata e continuativa dei bisogni

14 Ministero della Salute, 2025.
15 L'ultima richiesta di revisione è stata notificata dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 21 marzo ed è attualmente in fase di verifica. Si tratta del numero di revisioni del Piano più alto tra i Paesi Membri, seguito da Belgio, Cipro, Irlanda e Spagna con 4 revisioni, secondo i dati della Commissione Europea.
16 Ministero della Salute, 2025.

sanitari e sociosanitari della popolazione. Tre sono i principali pilastri infrastrutturali previsti: le Case della Comunità, concepite come punto di accesso unificato e multidisciplinare al sistema dei servizi territoriali; gli Ospedali di Comunità, strutture intermedie a gestione prevalentemente infermieristica, volte a evitare ricoveri ospedalieri impropri e a favorire una dimissione graduale e appropriata; infine, le Centrali Operative Territoriali (COT), deputate al coordinamento dei diversi attori e servizi nei vari setting assistenziali, con l'obiettivo di migliorare la continuità e l'efficienza dell'assistenza sul territorio.

Queste strutture, cardine della Riforma dell'assistenza territoriale prevista dallo stesso PNRR e varata con il Decreto Ministeriale n.77 del 2022, hanno il compito di ricucire quella frattura tra territorio e ospedale. Rafforzare le strutture di prossimità significa quindi non solo fornire una migliore assistenza ai cittadini ma anche ridurre gli accessi inappropriati all'ospedale e le liste d'attesa attraverso l'efficientamento complessivo del sistema sanitario[17].

La Riforma dell'assistenza territoriale, e in particolare l'introduzione delle Case della Comunità, rappresenta un passaggio cruciale per aumentare la capillarità della rete dei servizi sanitari e garantire un accesso più equo e tempestivo alle prestazioni, soprattutto nelle aree periferiche. L'obiettivo è quello di avvicinare i servizi al cittadino, riducendo al contempo le significative disuguaglianze territoriali – ad esempio attualmente il 32,5% della popolazione residente in aree periferiche della Basilicata vive a più di 30 minuti dalla struttura sanitaria più vicina, contro lo 0,5% in Veneto. A livello nazionale, la diffusione delle Case della Comunità permetterebbe una riduzione significativa di questa percentuale, dal 2,6% all'1,7%, frutto di un forte miglioramento soprattutto nelle aree del Paese dove ad oggi l'accesso ai servizi sanitari risulta più difficile. Nella già citata Basilicata, ad esempio, la percentuale della popolazione lontana da strutture sanitarie calerebbe all'8,4%.

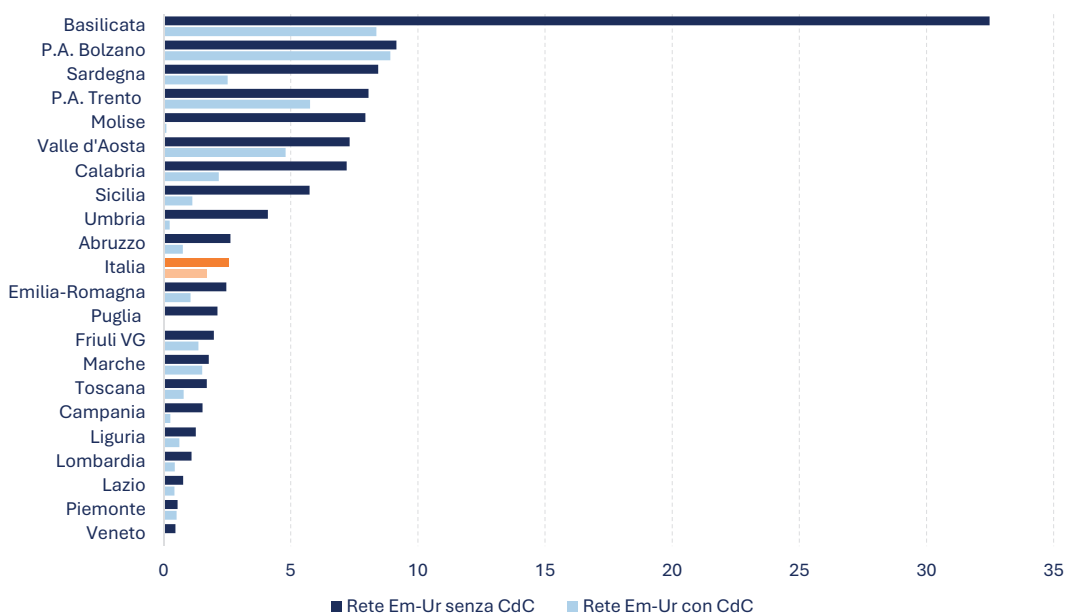


Figura 4. Popolazione residente nelle aree periferiche senza accesso alle prestazioni sanitarie entro 30 minuti prima e dopo le Case della Comunità (%)

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

17 Il tema delle liste di attesa è approfondito nel Capitolo 10.

La programmazione del Ministero della Salute prevede la realizzazione di 1.723 Case della Comunità (CdC), 592 Ospedali di Comunità (OdC) e 651 Centrali Operative Territoriali (COT). Di queste, rispettivamente 1.416, 428 e 611 sono inserite nella programmazione CIS[18], mentre 1.038 CdC, 307 OdC e 480 COT rappresentano i target quantitativi fissati a livello europeo. Stando ai dati diffusi dalla Cabina di regia "Salute" il 6 marzo 2025[19], l'attuazione risulta oggi molto differenziata: le COT, da completare entro dicembre 2024, sono state realizzate nei tempi previsti, con 638 strutture dichiarate attive, ben oltre il target europeo. Più contenuto è invece l'avanzamento delle Case della Comunità da raggiungere entro giugno 2026, con 660 strutture attive con almeno un servizio obbligatorio e 46 strutture attive con tutti i servizi obbligatori, pari al 4,4% del target europeo e al 3,3% rispetto alla programmazione CIS. Migliore il quadro per gli Ospedali di Comunità, con 153 strutture dichiarate attive, corrispondenti a circa metà del target europeo (49,8%).

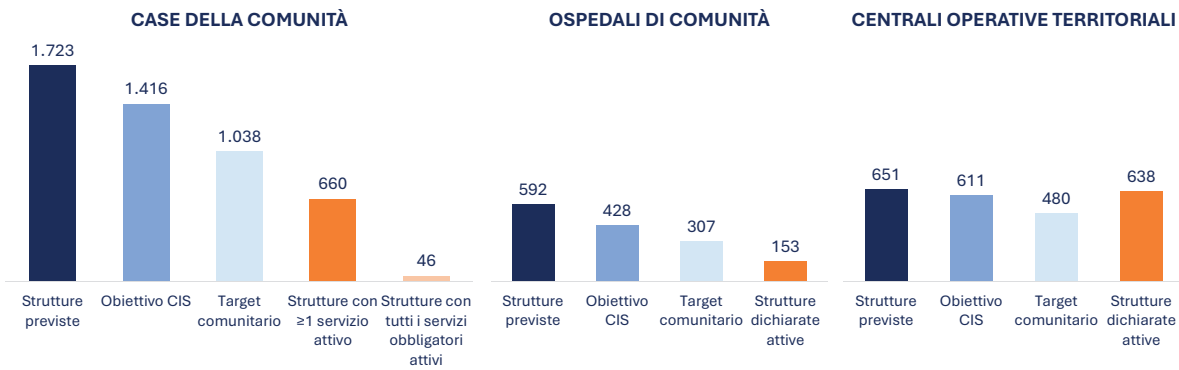


Figura 5. Programmazione e stato di avanzamento dei progetti relativi a Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (numero), giugno 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, AGENAS e Corte dei Conti, 2025

I risultati di rilievo nazionale nascondono una realtà molto eterogenea sul territorio nazionale. Rispetto agli obiettivi della programmazione CIS[20], a giugno 2025 risultavano essere attive con almeno un servizio obbligatorio (ad esempio specialistica ambulatoriale, diagnostica di base o assistenza domiciliare) il 46,6% delle Case della Comunità. A livello regionale, tuttavia, la forbice passa dal 166,7% dell'Emilia-Romagna[21] allo 0% registrato in 4 Regioni e Province Autonome.

Meno diffuse sono le Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori attivi, ovvero quelle entrate a pieno titolo in funzione. Le Regioni con un numero relativamente basso di strutture da attivare registrano uno stato di avanzamento migliore, come la Valle d'Aosta (25% del totale) e Molise (15,4%). Tuttavia, sono ben 9 le Regioni e Province Autonome del tutto sprovviste di Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori attivi. L'Emilia-Romagna e la Toscana, che potevano già contare su una rete di Case della Salute prima del varo del PNRR, si posizionano sopra la media nazionale con il 9,5% e il 9,2%, rispettivamente.

18 Le strutture inserite nella programmazione CIS sono quelle già definite nei dettagli progettuali e attuativi al momento della firma dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) tra Stato e Regioni nell'ambito del varo del PNRR nel 2020-2021. Le restanti sono state aggiunte come programmazione extra-CIS con successivi aggiornamenti.

19 La Cabina di regia "Salute" è lo strumento di coordinamento e verifica sullo stato di attuazione della Missione 6 "Salute" del PNRR, presieduta dal Ministro della Salute e dal Ministro per gli Affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, con il coinvolgimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri e della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Ha il compito di monitorare gli investimenti a regia regionale e preparare eventuali aggiustamenti da discutere con la Commissione europea.

20 È necessario valutare lo stato di avanzamento dei lavori a livello regionale secondo gli obiettivi stabiliti nei CIS in quanto gli obiettivi europei non forniscono un target in termini di numero di strutture per ogni Regione, ma solo a livello nazionale. Dal momento che gli obiettivi dei CIS sono più ambiziosi rispetto a quelli europei, l'avanzamento dei lavori risulta meno significativo rispetto a quello richiesto dal cronoprogramma europeo.

21 Il risultato anomalo dell'Emilia-Romagna è dovuto a un elevato numero di Case della Comunità in via di realizzazione con programmazione extra-CIS.

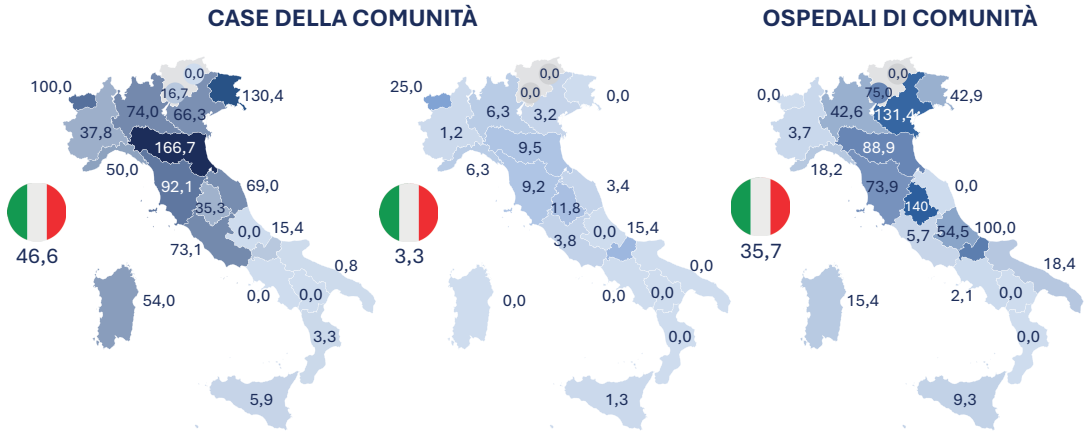


Figura 6. A sinistra: Case della Comunità con almeno un servizio attivo (% su programmazione CIS), giugno 2025.
Al centro: Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori attivi (% su programmazione CIS), giugno 2025.
A destra: Ospedali di Comunità dichiarati attivi (% su programmazione CIS), giugno 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

In merito agli Ospedali di Comunità sono 3 le Regioni che hanno raggiunto o superato gli obiettivi CIS di attivazione di queste strutture: Umbria (140%), Veneto (131,4%) e Molise (100%). Anche Emilia-Romagna (88,9%) e Toscana (73,9%) si avvicinano ai loro obiettivi. Sono invece 5 le Regioni e Province Autonome a non aver attivato ancora nessun Ospedale di Comunità.

In generale, si registra un significativo gradiente Nord-Sud, che vede le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale rispetto all'avvio dei cantieri delle Case della Comunità, mentre la situazione è solo parzialmente più equilibrata nel caso degli Ospedali di Comunità. Questo gradiente è andato ad allargarsi rispetto agli ultimi monitoraggi condotti da AGENAS, ed è quindi necessario accelerare per raggiungere gli obiettivi europei entro giugno 2026. È tuttavia possibile che i dati del monitoraggio di AGENAS per il primo semestre 2025 sconti fisiologici ritardi di trasferimenti dei dati alla piattaforma ReGiS[22] da parte delle Regioni, e che la messa a terra degli investimenti sia più avanti di quanto questi dati fanno vedere.

Oltre ai cantieri, sono in corso anche una serie di interventi per adeguare l'infrastruttura digitale gestita dal Ministero della Salute alla nuova organizzazione della sanità territoriale. Ad agosto 2025 è stato istituito il Sistema informativo per il monitoraggio delle attività degli ospedali di comunità (SIOC), uno strumento di monitoraggio e analisi dei dati sulle prestazioni erogate dagli Ospedali di Comunità. Il SIOC, che si integra nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha l'obiettivo di valutare qualità e appropriatezza dei servizi erogati da queste strutture, fornendo così informazioni utili a comprendere meglio l'impatto della Missione 6 sugli outcome di salute.

22 ReGiS è la piattaforma unica per il monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

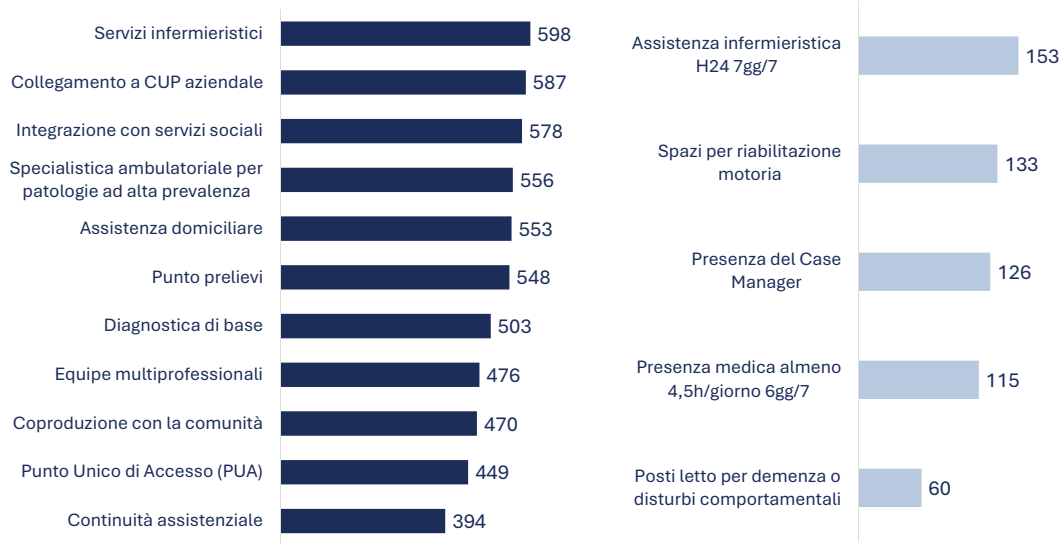


Figura 7. A sinistra: Servizi obbligatori attivi nelle Case della Comunità (numero), giugno 2025. A destra: Servizi attivi negli Ospedali di Comunità (numero), giugno 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

Le strutture di sanità territoriale previste dalla Missione 6 sono soggette alle linee guida dell'AGENAS e del DM77 per quanto riguarda la loro dotazione tecnologica e di personale, oltre che per l'attivazione di una serie di servizi obbligatori, facoltativi e raccomandati. Per quanto riguarda le Case della Comunità, tra le 660 che hanno attivato almeno un servizio obbligatorio quello più diffuso è rappresentato dai servizi infermieristici (598 CdC), seguito dal collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale (587 CdC) e dall'integrazione con i servizi sociali, per dare risposta ai crescenti bisogni in termini di non autosufficienza e disabilità (578 CdC). Tra i servizi meno diffusi vi è la continuità assistenziale, ovvero i servizi di assistenza medica di base non urgente durante la notte o nei festivi (394 CdC) e il Punto Unico di Accesso, con funzioni di orientamento ai servizi sanitari (449 CdC).

Degli Ospedali di Comunità ad oggi attivi, per un totale di 2.716 posti letto attivi[23], tutti e 153 dispongono di assistenza infermieristica di 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno. Relativamente diffusi sono anche gli spazi per la riabilitazione motoria (disponibili in 133 OdC) e i Case Manager, una figura di coordinamento del percorso assistenziale del paziente (126 OdC). Ancora poco diffusi sono i cosiddetti posti letto protetti, ovvero spazi per persone con demenza o disturbi comportamentali (60 OdC).

Passando all'ambito ospedaliero, gli 889 milioni di euro assegnati per interventi di rafforzamento antisismico in 131 nosocomi (da programmazione CIS) rappresentano un investimento importante per promuovere la resilienza del SSN nel caso di catastrofi naturali. I 131 ospedali sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, e 10 Regioni hanno avviato tutti i cantieri finanziati dal PNRR. Si registrano invece ritardi significativi in Molise, Basilicata e Sardegna, dove non risulta essere stato avviato nessun cantiere. Anche in questo caso, la scadenza prevista per giugno 2026 impone una accelerazione della messa a terra delle risorse previste[24].

23 Nel conteggio sono stati considerati anche gli Ospedali di Comunità con servizi attivi in sede provvisoria.
24 Ministero della Salute, 2025.

Un ulteriore asse strategico della Componente 1 è rappresentato dal potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). L'obiettivo di questa misura, finanziata dal PNRR con 2,97 miliardi di euro, cui si aggiungono ulteriori 1,8 miliardi di euro di risorse statali[25], è quello di garantire cure personalizzate e continuative direttamente presso il domicilio del paziente, riducendo così il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e favorendo la deospedalizzazione dei pazienti cronici e fragili. Questo intervento assume una significativa importanza alla luce dell'invecchiamento della popolazione già descritto nel Capitolo 1, che comporta un aumento delle patologie croniche e della domanda di assistenza continuativa.

A marzo 2025 risultavano spese tutte le risorse previste dal cronoprogramma europeo, pari a circa 400 milioni di euro. Entro la fine dell'anno la spesa dovrebbe, secondo la programmazione, attestarsi in un intorno di 1,1 miliardi di euro, mentre nel 2026 è prevista una spesa di 1,5 miliardi di euro[26]. Il target europeo prevede la presa in carico di 842.000 over-65 aggiuntivi rispetto a quelli che già beneficiavano di servizi relativi all'assistenza domiciliare prima del lancio del PNRR.

Ad oggi, sono stati rispettati tutti gli obiettivi intermedi di rilievo nazionale[27] e, a fine 2024, il numero di over-65 presi in carico con almeno una prestazione domiciliare ha raggiunto quota 1.547.314 assistiti, superando non solo il target 2024 (1.401.144) ma anche quello previsto per fine 2025, fissato a 1.454.417 pazienti. Anche il target europeo del 10% della popolazione over-65 assistita a domicilio entro il 2026 è stato raggiunto e sorpassato.

L'aumento dell'ultimo anno (+119,2% rispetto all'obiettivo annuale), varia significativamente a livello regionale, compreso tra il Piemonte (+186,6%) e la Sardegna (+55,3%), unica Regione in cui la crescita è stata inferiore al 100%. Nel 2024, a fronte di una media nazionale del 10,9%, la diffusione dell'ADI nelle Regioni oscilla tra il 14,3% del Piemonte e il 6,5% della Sardegna.

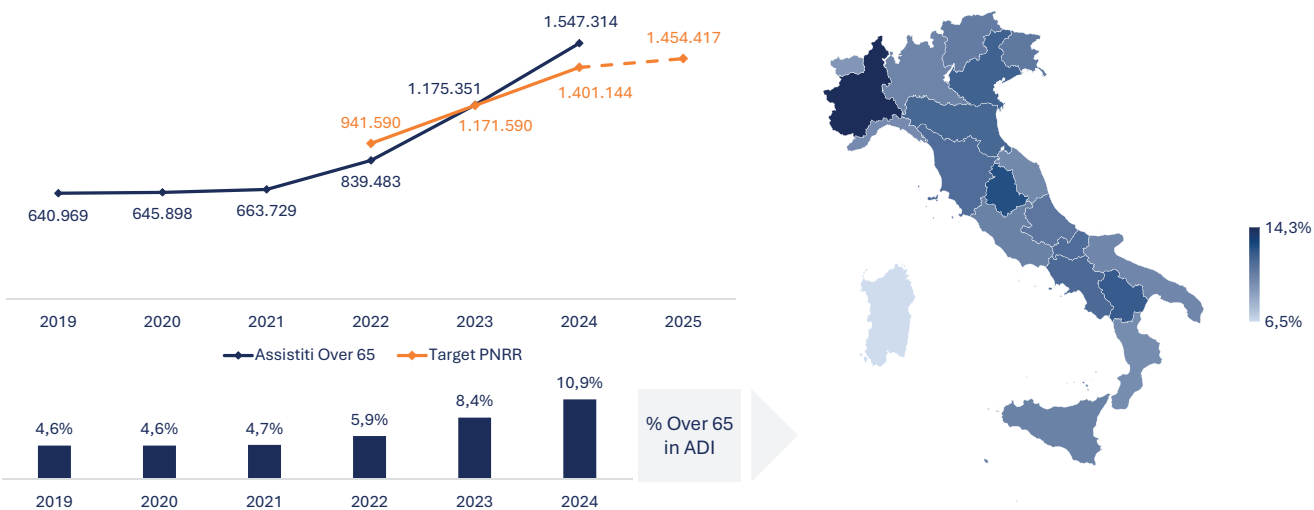


Figura 8. A sinistra: Over-65 assistiti in ADI in Italia e obiettivo target PNRR (numero), 2019-2025.
A destra: Over-65 assistiti in ADI nelle Regioni italiane (% sul totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2025

25 Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2025.
26 Ibid.
27 Gli obiettivi di rilevanza nazionale rappresentano traguardi intermedi stabiliti dal Ministero della Salute e servono come riferimento per le Istituzioni preposte all'attuazione dei diversi programmi di investimento, ma non influenzano direttamente l'erogazione dei fondi da parte della Commissione Europea.

Il prossimo target europeo da conseguire per la Componente 1, con scadenza fissata a dicembre 2025, riguarda la presa in carico di almeno 300.000 pazienti affetti da patologie croniche attraverso l'impiego di strumenti di telemedicina. Questo obiettivo si inserisce nel più ampio processo di transizione digitale dei servizi territoriali, volto a migliorare la continuità assistenziale, facilitare il monitoraggio a distanza dei pazienti e rendere più efficiente l'impiego del personale sanitario, ottimizzando la distribuzione delle risorse umane tra i vari servizi.

A supporto di questo processo, è stato attivato a giugno 2025 il Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina (PN-DT), sviluppato dal Ministero della Salute. Il portale rappresenta un'infrastruttura chiave per garantire trasparenza, accessibilità e qualità nell'erogazione dei servizi di telemedicina da parte dei soggetti accreditati. È articolato in quattro ambienti principali: uno informativo, con contenuti divulgativi rivolti a cittadini e operatori sanitari; uno formativo, con materiali didattici e iniziative promosse da enti pubblici e privati; un catalogo delle soluzioni di telemedicina; e infine una sezione dedicata al monitoraggio dei dati sull'utilizzo dei servizi, che sarà attivata una volta completata l'interoperabilità con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT), attualmente in fase di realizzazione da parte di AGENAS.

In parallelo, è stato predisposto uno schema di decreto – attualmente in attesa del parere della Conferenza Stato-Regioni – per avviare una fase sperimentale di telemedicina domiciliare rivolta agli over-80 con patologie croniche, con l'obiettivo di raggiungere almeno 50.000 assistiti. Il progetto, finanziato con 150 milioni di euro del PNRR, sarà coordinato da AGENAS e articolato in tre macroaree territoriali (Nord, Centro e Sud) per almeno un servizio per area, in linea con il target europeo da conseguire entro il 2026[28].

Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

La Componente 2 è dedicata al rafforzamento strutturale del SSN attraverso interventi volti a modernizzare le infrastrutture tecnologiche, potenziare la ricerca scientifica e digitalizzare i processi clinico-amministrativi, con particolare attenzione al setting ospedaliero.

L'investimento più rilevante della Componente 2, con una dotazione superiore ai 4 miliardi di euro, è destinato all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Tale intervento si articola in due sub-investimenti distinti. Il primo, da completare entro dicembre 2025, prevede l'adeguamento informatico di 281 Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo e secondo livello, a fronte di un target europeo pari a 280 strutture.

28 Ministero della Salute, 2025.

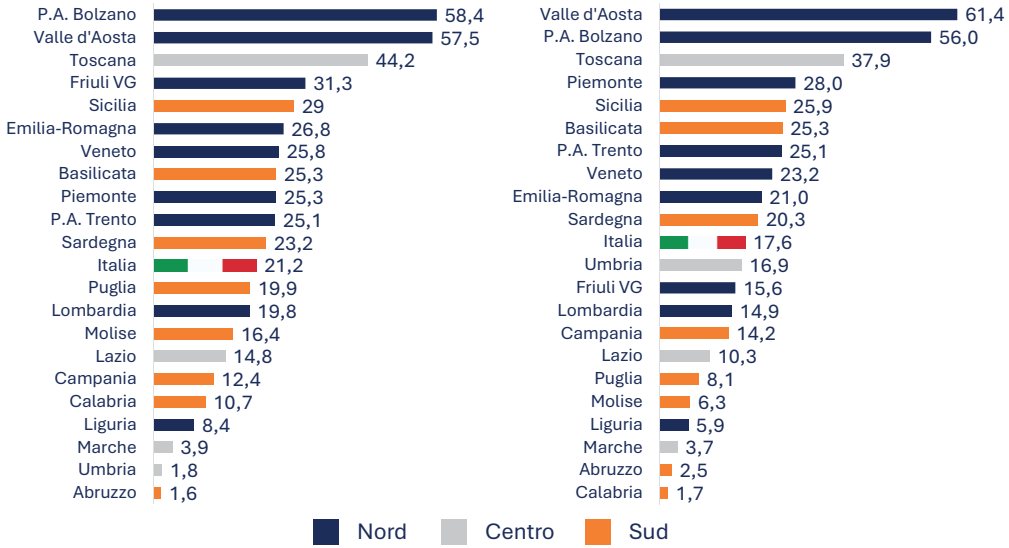


Figura 9. A sinistra: Stato di Avanzamento dei Lavori (SAL) in merito alla digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) nelle Regioni italiane (in %), febbraio 2025.

A destra: Importo richiesto per il finanziamento della digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) nelle Regioni italiane (% del budget regionale dal PNRR), febbraio 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Le tempistiche risultano particolarmente sfidanti, soprattutto alla luce dei ritardi attuativi riscontrati in alcuni casi. Secondo i dati dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB), lo Stato di Avanzamento dei Lavori (SAL) si attesta a livello nazionale al 21,2%[29], con forti disomogeneità regionali. Si passa dal 58,4% nella P.A. di Bolzano fino all'1,6% registrato in Abruzzo. Solo nelle Regioni più virtuose i lavori risultano allineati al cronoprogramma europeo, e non si esclude che si renda necessaria una revisione delle scadenze da concordare con la Commissione Europea. Va tuttavia considerato che i dati riportati dalla piattaforma ReGiS potrebbero risentire di ritardi nella contabilizzazione, non sempre corrispondenti a effettivi rallentamenti dei cantieri.

Il secondo subinvestimento, del valore complessivo di circa 1,3 miliardi di euro e in questo caso con scadenza a giugno 2026, riguarda l'incremento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva per un totale di 5.922 nuove unità previste[30]. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato con forza la criticità della carenza strutturale di posti in terapia intensiva, rendendo urgente un potenziamento duraturo della capacità ospedaliera in questo ambito.

Secondo i dati della piattaforma ReGiS, aggiornati a marzo 2025, sono stati attivati 2.089 nuovi posti letto, pari al 35,3% del target rivisto: di questi, 890 in terapia intensiva e 1.199 in semi-intensiva. Sebbene alcune Regioni – come l'Abruzzo e il Friuli Venezia Giulia – abbiano conseguito risultati significativi, con l'installazione rispettivamente del 100% e del 70,7% dei posti letto aggiuntivi previsti, in altre aree del Paese, senza un chiaro gradiente geografico, i livelli di attuazione risultano ancora molto contenuti[31].

29 Dati aggiornati al 25 febbraio 2025.
30 Nella prima versione del PNRR erano previsti 7.829 nuovi posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva.
31 Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2025.

Un ulteriore investimento strategico della Componente 2 riguarda il rinnovo del parco delle grandi apparecchiature sanitarie, come tomografi computerizzati (TAC), risonanze magnetiche, sistemi radiologici fissi, mammografi e angiografi. Tale intervento ha un duplice obiettivo: da un lato, migliorare l'efficienza e la qualità della pratica clinica ospedaliera; dall'altro, contribuire alla riduzione delle liste di attesa, rendendo più tempestivo l'accesso alle prestazioni diagnostiche. Inizialmente prevista per dicembre 2024, la scadenza del programma è stata posticipata alla metà del 2026 per evitare l'interruzione dei servizi durante la sostituzione dei macchinari e per far fronte alle difficoltà legate alla disponibilità sul mercato di tecnologie complesse, all'aumento dei costi e alla carenza di materie prime.

Il finanziamento complessivo dell'intervento ammonta a circa 1,19 miliardi di euro, coperto in gran parte da risorse del PNRR. A fronte del target europeo di 3.100 macchinari da sostituire, la programmazione CIS prevede un totale di 3.223 apparecchiature. Dopo un avvio frenato dall'aumento dei prezzi e dai problemi di sincronizzazione delle sostituzioni, si è registrato nell'ultimo anno un rapido avanzamento. Al momento, il 97% di queste risulta già ordinato, l'80% è stato consegnato e il 77% collaudato[32].

Secondo i dati più recenti, 11 Regioni hanno ordinato tutte le grandi apparecchiature previste dalla programmazione CIS. In termini di consegna delle apparecchiature stesse, la Valle d'Aosta ha completato la consegna di tutte quelle previste, mentre in otto Regioni le percentuali di consegna superano l'80%. Al contrario, le quote di apparecchiature consegnate scendono al 65% in Campania e Basilicata, e si fermano al 62% nella P.A. di Trento. In termini di spesa, a gennaio 2025 risultavano impegnati circa 568 milioni di euro, pari al 47,7% del budget PNRR destinato a questa voce di investimento[33], con forti differenze regionali dalla Valle d'Aosta (100%) al Molise (4,7%).

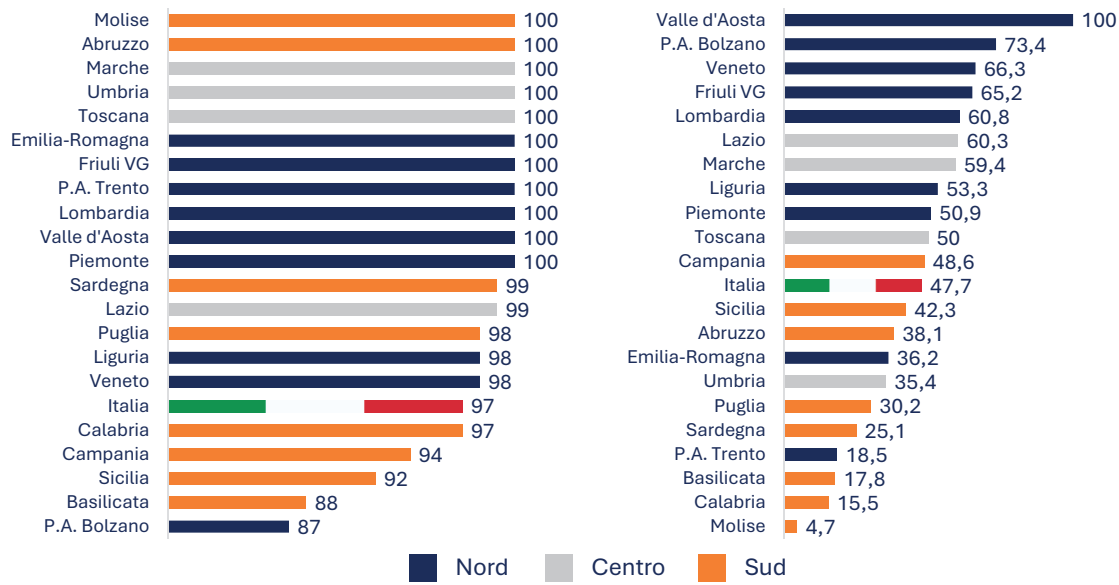


Figura 10. A sinistra: Ordini di grandi apparecchiature rispetto agli obiettivi CIS (% di grandi apparecchiature ordinate sul totale di quelle previste dalla programmazione CIS), febbraio 2025.
A destra: Importo richiesto per il finanziamento delle grandi apparecchiature (% del budget regionale dal PNRR), febbraio 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

32 Ibid.
33 Ibid.

Infine, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta uno degli strumenti più rilevanti per il rafforzamento dell'infrastruttura digitale del SSN, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, l'integrazione e la continuità dell'assistenza. Dal punto di vista del cittadino-paziente, il FSE consente un accesso più semplice, trasparente e tempestivo alle proprie informazioni sanitarie, facilitando l'orientamento nei percorsi di cura. Per il sistema sanitario, il FSE rappresenta una risorsa strategica per l'ottimizzazione dei processi clinici, la riduzione delle duplicazioni diagnostiche e la promozione di una presa in carico più coordinata e personalizzata.

A tale investimento sono destinati 1,38 miliardi di euro di fondi del PNRR. Il primo traguardo da raggiungere, secondo il cronoprogramma europeo, è fissato per dicembre 2025 e prevede che tutte le Regioni alimentino il FSE con documenti nativamente digitali, prodotti secondo standard condivisi a livello nazionale. Il termine iniziale era stato fissato a dicembre 2024, ma è stato successivamente prorogato per consentire un adeguamento più graduale da parte delle amministrazioni regionali.



Figura 11. A sinistra: Documentazione disponibile sul FSE (% delle Regioni che la rende disponibile), marzo 2025. A destra: Servizi disponibili sul FSE (% delle Regioni che li rende disponibili), marzo 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2025

Secondo i dati aggiornati al primo trimestre del 2025, circa il 21% della popolazione ha utilizzato il FSE[34], con forti divari territoriali: dal 65% dell'Emilia-Romagna al 4% in Sicilia. L'utilizzo da parte degli operatori sanitari risulta invece più omogeneo e diffuso, attestandosi su una media nazionale del 95%, a conferma del fatto che l'infrastruttura è ormai ampiamente adottata all'interno dei processi clinici.

In merito alla tipologia di documenti resi disponibili dalle Regioni sul FSE, tutte mettono a disposizione i referti di radiologia, le lettere di dimissione ospedaliera e i verbali di pronto soccorso. Rispetto al 2024 si segnalano importanti progressi nella pubblicazione delle schede vaccinali (oggi disponibili nel 67% delle Regioni, rispetto al 43% dell'anno precedente) e degli inviti a screening e vaccinazioni (29% rispetto al 14% del 2024). Si registra tuttavia un calo nella pubblicazione delle cartelle cliniche dove, rispetto alle 3 Regioni del 2024, nel 2025 risultano presenti solo in Veneto, che si contraddistingue come la Regione con più documenti consultabili sul FSE (9 su 11 di quelli tracciati dal portale del Ministero della Salute).

34 Il dato fa riferimento all'utilizzo del FSE almeno una volta nei tre mesi precedenti alla rilevazione.

Risulta relativamente meno diffusa la possibilità di accedere a determinati servizi direttamente dal FSE. L'unico servizio disponibile su tutto il territorio nazionale è la richiesta del certificato di vaccinazione COVID-19. Particolarmente in ritardo sono la prenotazione dei vaccini, la richiesta del Piano Assistenziale Individualizzato e il consenso per la donazione degli organi, tutti servizi disponibili in una sola Regione.

9.3 DALLA REALIZZAZIONE ALL'OPERATIVITÀ: SFIDE PER LA PIENA ATTUAZIONE DELLA MISSIONE 6 "SALUTE" DOPO IL 2026

Il PNRR, con la Missione 6 "Salute", ha fissato traguardi ambiziosi da raggiungere entro il 2026, in particolare sul piano delle infrastrutture e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, il conseguimento formale dei target non garantisce di per sé il pieno raggiungimento degli obiettivi di medio-lungo termine di cui il PNRR è, nelle intenzioni del Ministero della Salute, solo il veicolo, e che riguardano il potenziamento dell'assistenza territoriale e la modernizzazione del SSN in tutti i suoi aspetti.

Considerata la natura straordinaria dell'investimento, il Piano ha infatti previsto consistenti investimenti in conto capitale, senza però affiancarvi le risorse correnti necessarie a garantirne la piena funzionalità, che dovranno essere reperite attraverso il finanziamento ordinario del SSN.

Le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, i nuovi posti letto in terapia intensiva, le apparecchiature diagnostiche di ultima generazione e i sistemi di telemedicina costituiscono infrastrutture strategiche, ma gli obiettivi del Piano si limitano a valutarne la costruzione e l'installazione, non la loro operatività. Perché possano tradursi in un effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, è indispensabile garantirne il funzionamento concreto, a partire da un'adeguata presenza di personale sanitario all'interno delle strutture. La sfida principale, dunque, si sposterà a partire da giugno 2026 dalla fase realizzativa a quella gestionale.

La carenza di personale sanitario che caratterizza il SSN, soprattutto in termini di infermieri e di alcune specializzazioni mediche, tra le quali i Medici di Medicina Generale (MMG), rappresenta il principale ostacolo alla piena attuazione del disegno di riforma della sanità territoriale previsto dal PNRR. Il DM77 definisce precise soglie di personale per Case della Comunità[35] e Ospedali di Comunità: 13-20 unità di personale tra medici, infermieri e personale di supporto per le prime e 12-17 per i secondi[36]. Secondo le stime basate sui dati del Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato relativi al 2019, il costo del personale per una CdC si attesta in media a poco più di 1,2 milioni di euro annui, mentre per un OdC è pari a circa 0,8 milioni.

CASE DELLA COMUNITÀ	Standard DM 77 /2022
Infermieri	7-11*
Personale socio-sanitario e amministrativo di supporto	5-8
Assistenti sociali	1
MMG	**
MMG (ore annue)	8.760

OSPEDALI DI COMUNITÀ	Standard DM 77 /2022
Infermieri	7-9
Operatori socio-sanitari	4-6
Altro personale sanitario	1-2
Medici (ore annue)	1.404

(*) Di cui 4-6 per l'assistenza domiciliare.
(**) Non definito, ma è prevista presenza medica 24 ore su 24.

Figura 12. Standard di dotazione di personale sanitario per Case della Comunità e Ospedali di Comunità secondo il DM77 (numero)

Fonte: TEHA Group su dati DM77 del 2022, 2025

35 I dati fanno riferimento alle Case della Comunità Hub, che prevedono una presenza medica e infermieristica più forte rispetto alle Case della Comunità Spoke, oltre all'orario continuato 24 ore su 24.

36 L'intervallo inferiore è riferito alle strutture di tipo Spoke, mentre quello superiore è riferito alle strutture di tipo Hub.

Applicando queste stime ai target del PNRR, l'onere complessivo per il personale necessario al funzionamento delle 1.038 CdC previste ammonterebbe a circa 1,3 miliardi di euro annuali[37], mentre quello per gli OdC si collocherebbe tra i 200 e i 300 milioni di euro. A regime, qualora tutte le CdC e gli OdC programmati fossero attivati, il fabbisogno salirebbe a circa 2,1 miliardi.

A fronte di un finanziamento iniziale limitato a 95 milioni annui (DL 34/2020), le successive leggi di bilancio hanno previsto incrementi sostanziali: per il 2025 sono stati autorizzati fino a 506 milioni per le CdC e 158 milioni per gli OdC, con un ulteriore aumento a regime fino a 922 e 276 milioni rispettivamente. Complessivamente, a partire dal 2026 le CdC potranno contare su poco più di 1 miliardo all'anno di finanziamento e gli OdC di circa 275 milioni all'anno, insufficienti quindi a coprire integralmente il fabbisogno di spesa richiamato nel paragrafo precedente in assenza di ulteriori stanziamenti[38].

Pur non risultando sufficienti per soddisfare completamente gli standard richiesti dal DM77, secondo l'Ufficio Parlamentare di Bilancio i fondi stanziati per il personale della sanità territoriale sembrano comunque sufficienti per garantire un significativo ampliamento dei servizi offerti. Tuttavia, è necessario monitorare se le risorse stanziate vengano effettivamente utilizzate dalle Regioni per il reclutamento di personale aggiuntivo, considerato che la scarsa attrattività del SSN, sotto l'aspetto remunerativo ma anche del carico di lavoro o della progressione di carriera (si veda il Capitolo 8), può comprometterne l'aumento dell'organico.

Un altro nodo centrale riguarda la presenza dei MMG nelle Case della Comunità, essenziale per renderle pienamente operative come presidi della nuova sanità territoriale e per istituire un efficace livello intermedio tra i cittadini-pazienti e l'ospedale.

Attualmente è in corso una interlocuzione tra il Ministero della Salute e le rappresentanze dei MMG sul cosiddetto "debito orario", ossia la quota di attività da svolgere all'interno delle CdC, con il Ministero che punta a un'integrazione stabile con i team multidisciplinari. Il 9 settembre 2025 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato le linee di indirizzo[39] per l'attività di tutti i MMG che entreranno in carica a partire dal 2025. Con le nuove disposizioni, sarà loro richiesta sia l'attività a ciclo di scelta per i loro assistiti che prestazioni orarie presso le CdC. In coerenza con le linee di attuazione delle CdC pubblicate da Agenas nel 2024, è prevista la presenza medica 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana nelle CdC Hub e 12 ore su 24 per 6 giorni alla settimana nelle CdC Spoke.

Tuttavia, la scarsa attrattività della professione rappresenta un ostacolo anche in questo frangente: il numero di professionisti rischia di rimanere insufficiente a coprire i fabbisogni delle nuove strutture, e i sindacati del settore sollevano preoccupazioni anche per quanto riguarda il carico di lavoro che, già oggi molto significativo, rischia di aumentare ulteriormente e ricadere su un numero sempre più ristretto di MMG. A tal fine concorrono, pur non rappresentando una soluzione definitiva, le 4.500 borse di studio aggiuntive per MMG finanziate dalla Componente 2 della Missione 6, integralmente assegnate già a giugno 2024[40], che contribuiranno ad attenuare il problema della carenza di professionisti nei prossimi anni.

Il tema della necessità di ulteriore personale sanitario è rilevante anche per la gestione delle terapie intensive finanziate dal PNRR. Nonostante l'ampliamento strutturale dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, resta infatti aperta la questione della loro effettiva operatività. Senza un adeguato numero di medici e infermieri specializzati, i nuovi posti rischiano di rimanere in parte inutilizzati – nel 2024, il 40% delle borse di specializzazione in anestesia sono rimaste non assegnate[41].

37 Stime dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio. Il fabbisogno sarebbe significativamente più alto nel caso di completamento anche delle strutture nella programmazione CIS e extra-CIS, fino a 1,8 miliardi di euro all'anno.
38 Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2025.
39 Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2025), "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità".
40 Ministero della Salute, 2025.
41 ALS e Anaao-Assomed, 2024.

Anche gli investimenti del PNRR sull'assistenza domiciliare devono essere attentamente supervisionati per garantirne la messa a regime nel lungo periodo, in questo caso anche per un tema di finanziamento. Si tratta infatti di un intervento con copertura finanziaria solo fino al 2026, generando incertezza sulla sua sostenibilità futura. Il Documento di economia e finanza 2025 prevede un incremento del finanziamento ordinario del SSN di 1,3 miliardi di euro annui a partire dal 2027, una cifra che dovrebbe compensare il venir meno dei fondi PNRR. Tuttavia, tale importo dovrà essere bilanciato con altre priorità di spesa e potrebbe non essere sufficiente a garantire la piena continuità dei servizi, anche considerato che la spesa prevista per il 2026 è di 1,5 miliardi di euro[42].

Un ultimo elemento critico riguarda l'intensità delle cure dell'assistenza domiciliare. Le stime attuali assumono che circa il 60% degli assistiti necessiti di un solo accesso al mese[43]. Se tale previsione si rivelasse troppo ottimistica, le risorse allocate potrebbero risultare inadeguate, rendendo necessario un ulteriore investimento per mantenere gli standard di cura.

Affinché gli sforzi infrastrutturali, economici e normativi della Missione 6 "Salute" producano un impatto significativo e duraturo sull'efficacia e l'efficienza del SSN, sarà necessario un impegno duraturo oltre il 2026 nel garantire risorse umane, finanziarie e organizzative adeguate, in grado di trasformare gli investimenti in servizi sanitari realmente fruibili dai cittadini.

42 Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2025.
43 Decreto del Ministero della Salute 13 marzo 2023.

10. DALL'E-HEALTH ALLA SMART HEALTH

L'accessibilità, la qualità e la sostenibilità dell'assistenza sanitaria sono oggi messe alla prova da sfide demografiche, epidemiologiche e organizzative sempre più complesse. In un contesto in cui aumentano la pressione sui servizi, le cronicità e la richiesta di percorsi più personalizzati, è necessario ripensare l'architettura dei sistemi sanitari, superando modelli centrati sulla prestazione per evolvere verso un approccio digitale, proattivo, predittivo e realmente centrato sulla persona.

Nata nel 1999, la e-Health ha introdotto per la prima volta l'uso di tecnologie informatiche e di telecomunicazione a vantaggio della salute umana. Comprende un insieme di processi di digitalizzazione che spaziano dalla gestione dei referti clinici fino alle infrastrutture tecnologiche dei poliambulatori. Si tratta dunque della "fase iniziale" in cui il sistema sanitario ha iniziato a dotarsi di strumenti digitali per migliorare efficienza, organizzazione e accesso ai servizi.

La Smart Health, letteralmente "sanità intelligente", rappresenta l'evoluzione di questa prima fase verso una visione più ampia e integrata. Non riguarda soltanto gli strumenti tecnologici, ma mette al centro aspetti vicini al paziente come la cura, la prevenzione, la riabilitazione e la promozione della salute. È una trasformazione strutturale della sanità basata sull'uso intelligente di dati, connettività e intelligenza artificiale, con l'obiettivo di rafforzare la capacità dei sistemi sanitari di anticipare e rispondere tempestivamente ai bisogni di salute. La Smart Health promuove così una medicina più personalizzata, partecipativa e sostenibile, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze.

Tecnologie come i dispositivi indossabili, le piattaforme digitali per la telemedicina, le pillole intelligenti e gli algoritmi predittivi migliorano i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, con una diagnosi precoce sempre più accurata e completa, l'ottimizzazione di percorsi di cura personalizzati e il monitoraggio continuo dei pazienti, generando benefici in termini di esiti clinici, aderenza terapeutica e uso più razionale delle risorse. Alla base di questa grande rivoluzione tecnologica e organizzativa vi è un elemento abilitante chiave: il dato sanitario.

La capacità di raccogliere, integrare e interpretare grandi volumi di dati è oggi essenziale per sviluppare modelli predittivi basati su intelligenza artificiale, strumenti di supporto alle decisioni e strategie di sanità pubblica basate sull'evidenza. In questo contesto, l'utilizzo di dati sintetici[1] rappresenta una delle innovazioni più promettenti; consente, infatti, di superare limiti normativi ed etici legati all'uso dei dati reali, accelerando la ricerca, l'addestramento degli algoritmi e la simulazione di scenari, nel pieno rispetto della privacy e della sicurezza.

Affinché la transizione verso una smart health sia davvero efficace e inclusiva, è tuttavia necessario agire anche sul fronte delle competenze. I professionisti sanitari devono essere supportati nell'adozione di nuovi strumenti e paradigmi operativi, mentre i cittadini vanno accompagnati attraverso un rafforzamento della digital health literacy, per garantire una partecipazione consapevole, informata e attiva ai propri percorsi di cura.

La Smart Health, in definitiva, rappresenta una sfida di sistema, che richiede visione strategica, governance abilitante e investimenti in innovazione, ma soprattutto una convergenza virtuosa tra progresso tecnologico, ricerca biomedica e nuovi modelli organizzativi orientati alla salute come bene collettivo e leva di sviluppo.

1 Dati generati artificialmente ma statisticamente affidabili.

10.1 LA TRASFORMAZIONE DIGITALE E DATA-DRIVEN DELLA SANITÀ

La rivoluzione in atto nel settore della salute si fonda su una profonda trasformazione del paradigma tradizionale, alimentata dalla convergenza tra innovazione tecnologica, digitalizzazione e sviluppo delle Life Science. Al centro di questo cambiamento vi è la capacità di generare, raccogliere, elaborare e utilizzare in modo sicuro ed efficace i dati sanitari, trasformandoli in uno strumento strategico per migliorare la qualità, l'equità e la sostenibilità dell'assistenza.

Negli ultimi anni, la produzione di dati a livello globale ha seguito un andamento esponenziale, configurandosi come una delle dinamiche più rilevanti dell'economia digitale. Secondo le stime disponibili, nel 2025 si supereranno i 180 zettabyte di dati a livello globale (+184% rispetto al 2020). Le proiezioni indicano un'ulteriore espansione, con un volume che potrebbe toccare i 394 zettabyte entro il 2028. Questa dinamica evidenzia un'evoluzione strutturale e irreversibile dell'ecosistema dei dati, con ricadute significative sul piano tecnologico, normativo, etico e sanitario. Parallelamente, nelle organizzazioni si sta consolidando la consapevolezza che un utilizzo consapevole e guidato dei dati rappresenti una leva strategica fondamentale. La sanità è uno degli ambiti più emblematici di questa trasformazione: il 30% del volume globale di dati proviene da questo settore, ma il 97% rimane ancora inutilizzato[2].

Ogni paziente genera in media circa 80 megabyte di dati sanitari all'anno. Moltiplicando tale volume per migliaia di pazienti lungo l'intero arco della loro vita, si ottengono petabyte di dati clinici contenenti informazioni potenzialmente ad alto valore aggiunto. Se correttamente raccolti e analizzati, questi dati possono contribuire in modo significativo all'ottimizzazione dei processi clinico-assistenziali, all'accelerazione della ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e dispositivi medici e al miglioramento degli esiti di salute dei pazienti. Tuttavia, per alimentare efficacemente i processi analitici avanzati e i modelli di intelligenza artificiale, è indispensabile che i dati siano preliminarmente raccolti, puliti, integrati e strutturati secondo standard condivisi di interoperabilità, qualità e sicurezza. Nella maggior parte delle organizzazioni sanitarie e nelle imprese del settore LS, i professionisti dedicati alla gestione dei dati impiegano fino al 70% del proprio tempo nelle attività di preparazione del dato – raccolta, pulizia e integrazione – con un margine molto più ridotto destinato alla loro analisi e valorizzazione.

Una delle sfide centrali nella gestione dei dati sanitari è rappresentata dalla loro eterogeneità e frammentazione: le informazioni cliniche sono spesso conservate in formati non strutturati, distribuite tra molteplici sistemi e regolate da standard non armonizzati. A ciò si aggiungono criticità legate alla qualità e alla completezza dei dati, come errori di inserimento, assenza di aggiornamenti tempestivi o lacune informative, che possono comprometterne l'affidabilità. Inoltre, la mancanza di una governance solida e di un'infrastruttura tecnologica scalabile e sicura limita la capacità dei sistemi sanitari di trasformare questi dati in conoscenza utile.

2 World Economic Forum (2024), "Data and trust: the two pillars of value-based healthcare" e Cornell University, INSEAD, WIPO (2019), "Global Innovation Index. Creating Healthy Lives–The Future of Medical Innovation".

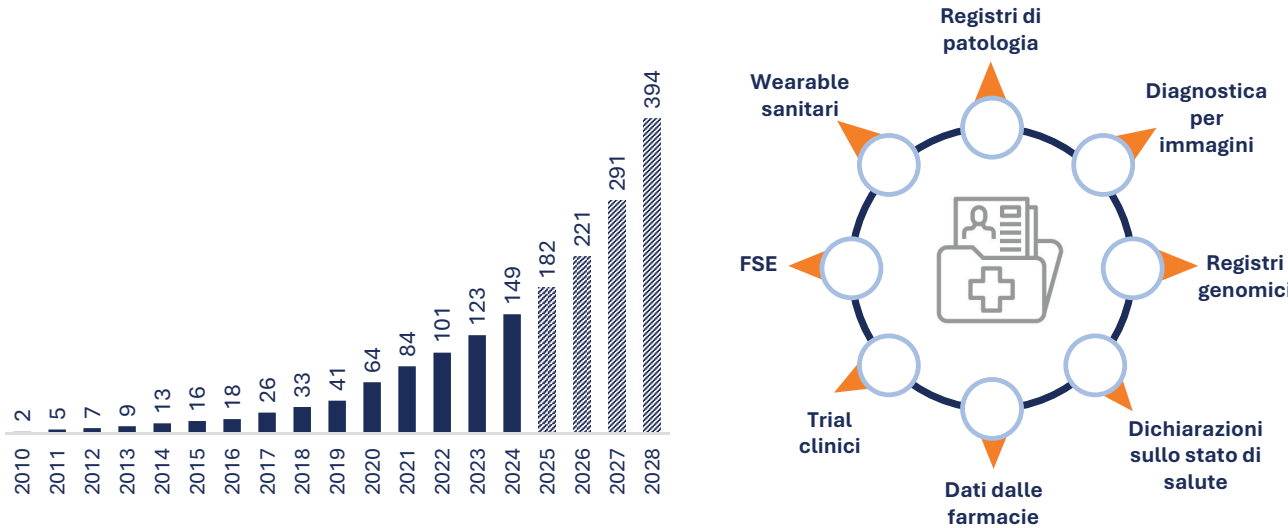


Figura 1. A sinistra: Volume di dati creati, acquisiti, copiati e consumati a livello mondiale (in zettabyte), 2010 – 2028e.
A destra: Ambiti di utilizzo dei dati sanitari

Fonte: TEHA Group su dati IDC e Microsoft, 2025

I dati, oggi sempre più disponibili grazie all'impiego di tecnologie abilitanti – come dispositivi wearable, app di monitoraggio, cartelle cliniche elettroniche e piattaforme digitali integrate – rappresentano un asset cruciale per la sanità del futuro. Non si tratta semplicemente di archiviare informazioni cliniche, ma di attivare meccanismi intelligenti di analisi predittiva, personalizzazione delle cure, ottimizzazione dei percorsi e valutazione degli esiti. La creazione di un ecosistema di dati condivisi, aperto e interoperabile tra pubblico e privato, è condizione necessaria per costruire un sistema sanitario in grado di rispondere in modo dinamico alle esigenze della popolazione.

Questa trasformazione impatta in modo diretto anche sul modello di ricerca e sviluppo in ambito biomedico. La digitalizzazione e l'automazione dei processi stanno modificando profondamente le modalità con cui si conducono la sperimentazione clinica, la farmacovigilanza e la ricerca traslazionale. Le tecnologie digitali, integrando fonti di dati eterogenee e generando simulazioni avanzate (es. digital twin, machine learning), consentono di accelerare i tempi di sviluppo di nuove terapie, ridurre i costi della ricerca e aumentare la precisione degli interventi. In questo contesto, la medicina personalizzata non è più una prospettiva futura, ma una realtà concreta che prende forma grazie alla capacità di correlare informazioni genomiche, ambientali, cliniche e comportamentali.

L'impatto della rivoluzione digitale va oltre la ricerca in senso stretto, proiettandosi sull'intero settore delle LS, che si sta orientando verso un modello sempre più data-driven, in cui la componente digitale diventa parte integrante della progettazione, produzione e valutazione delle soluzioni terapeutiche. Questo cambiamento coinvolge non solo le aziende farmaceutiche e biotecnologiche, ma anche start-up, centri di ricerca, università e infrastrutture sanitarie, in una rete di collaborazione che va oltre i confini del settore coinvolgendo altri attori a partire dal mondo dell'Information and Communication Technology (ICT).

In questo scenario, le tecnologie abilitanti rappresentano una leva fondamentale per la trasformazione dell'industria delle LS. Dispositivi medici connessi, sensori intelligenti, pillole digitali, piattaforme di intelligenza artificiale e soluzioni cloud stanno ridefinendo il modo in cui si

gestiscono i pazienti, si raccolgono dati in tempo reale e si forniscono servizi personalizzati. L'integrazione tra biotech, digital health e data science consente di sviluppare trattamenti sempre più mirate e sistemi di assistenza proattivi, capaci di prevenire eventi avversi e migliorare gli esiti clinici.

Accanto all'evoluzione tecnologica, si afferma l'urgenza di rafforzare le competenze professionali necessarie per accompagnare questa trasformazione. Gli operatori sanitari devono essere in grado non solo di utilizzare nuovi strumenti digitali, ma anche di interpretarli in un'ottica clinica e relazionale. La formazione continua, l'introduzione di nuove figure professionali e l'aggiornamento dei curricula universitari diventano elementi chiave per garantire un utilizzo appropriato e consapevole della tecnologia.

Un nuovo studio dell'OCSE[3], basato sull'analisi di quasi 55,5 milioni di offerte di lavoro online in Canada, Regno Unito e Stati Uniti, ha infatti evidenziato come il settore sanitario si stia adattando velocemente alla rivoluzione digitale. Tra il 2018 e il 2023, le offerte di lavoro che richiedono competenze digitali rappresentano il 2-6% delle professioni sanitarie di prima linea e fino al 13% per i ruoli non clinici.

Lo studio evidenzia inoltre che la transizione digitale richiede politiche mirate per la formazione continua e il reskilling. Professionisti come infermieri e assistenti medici, che possono trarre grande beneficio dall'uso di tecnologie avanzate, dovrebbero ricevere formazione specifica su strumenti come cartelle cliniche elettroniche, piattaforme di telemedicina e dispositivi indossabili. Allo stesso tempo, è necessario investire sul versante dei cittadini e dei pazienti, promuovendo una digital health literacy diffusa che consenta loro di accedere in modo efficace ai servizi digitali, comprendere i dati sanitari personali e partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la propria salute.

La creazione di un ecosistema salute sempre più digitale e interconnesso non può prescindere dal rafforzamento delle alleanze tra pubblico e privato. Il partenariato tra Istituzioni sanitarie, imprese tecnologiche, start-up e centri di ricerca rappresenta una leva strategica per lo sviluppo di soluzioni innovative, la sperimentazione di modelli organizzativi avanzati e la costruzione di infrastrutture digitali interoperabili. In particolare, l'Italia ha l'opportunità – anche grazie alle risorse del PNRR e alle iniziative europee come l'European Health Data Space – di costruire una governance condivisa dell'innovazione, capace di coniugare protezione dei diritti, valorizzazione dei dati e generazione di valore per il sistema sanitario.

10.1.1 European Health Data Space: un nuovo ecosistema digitale per la salute in Europa

Lo European Health Data Space (EHDS) è il nuovo quadro regolatorio dell'Unione Europea[4] pensato per sbloccare il valore dei dati sanitari in un mercato unico digitale della salute, mettendo al centro il cittadino e abilitando al tempo stesso ricerca, innovazione e politiche pubbliche basate sull'evidenza. Dopo l'adozione da parte del Consiglio il 21 gennaio 2025, il testo è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'UE il 5 marzo ed è entrato in vigore il 26 marzo 2025[5]. Il Regolamento si colloca all'interno della European Health Union e della strategia europea per i dati, con l'obiettivo di fornire un quadro giuridico e tecnico armonizzato per l'uso primario e secondario dei dati sanitari in tutta l'Unione.

Il primo pilastro dell'EHDS riguarda i diritti delle persone sul proprio dato sanitario quando serve a fornire cura: accesso immediato e gratuito, possibilità di condividerlo con professionisti anche oltre confine, continuità assistenziale e second opinion più agevoli, capacità di aggiungere informazioni personali, limitare o revocare l'accesso, consultare i log degli accessi, chiedere rettifiche e – ove previsto dagli Stati membri – opt-out dagli scambi transfrontalieri. Il Regolamento, inoltre, introduce requisiti tecnici comuni e un formato europeo di scambio delle cartelle cliniche elettroniche per sostenere l'interoperabilità.

3 OCSE (2025), "Digital and AI skills in health occupations: What do we know about new demand?"
4 Regolamento (UE) 2025/327 dell'11 febbraio 2025.
5 Commissione Europea (2025), "Regulation (EU) 2025/327 on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847".

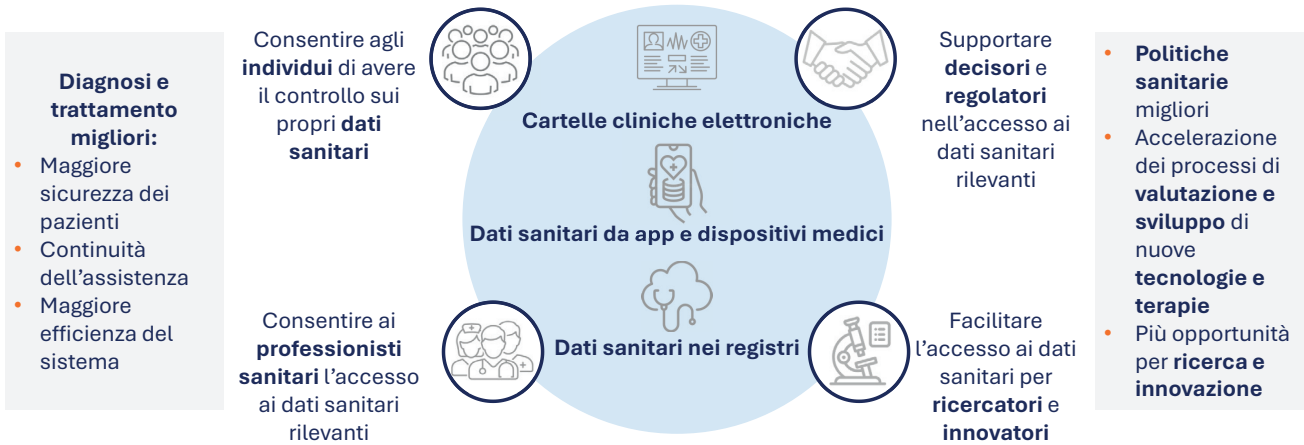


Figura 2. Schema dell'European Health Data Space

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2025

Accanto all'uso per l'assistenza, l'EHDS apre in modo strutturato al riuso dei dati sanitari – in forma anonimizzata o pseudonimizzata e sotto rigorose garanzie – per ricerca scientifica, innovazione industriale (inclusa l'IA), sanità pubblica, valutazioni regolatorie e sviluppo di politiche. L'accesso avverrà tramite Health Data Access Bodies nazionali che rilasceranno permessi e renderanno disponibili i dati in ambienti sicuri, applicando principi di minimizzazione, tracciabilità e controlli di sicurezza; resta vietato l'utilizzo per marketing, decisioni dannose o altre finalità non di interesse pubblico. I cittadini avranno la possibilità di esercitare il diritto a non consentire il riuso dei propri dati sanitari elettronici, fatta eccezione per alcune situazioni di interesse pubblico in cui tale utilizzo è necessario per finalità di tutela della salute o di ricerca di rilevanza collettiva. Le disposizioni sul riuso saranno applicate in modo graduale: la maggior parte a partire dal 2029, con ulteriori categorie di dati più complessi che seguiranno entro il 2031.

Per rendere tutto ciò operativo, l'EHDS combina infrastrutture europee e responsabilità nazionali. MyHealth@EU sostiene lo scambio transfrontaliero per l'uso primario e verrà ampliata oltre Patient Summary ed ePrescription a immagini, referti di laboratorio e lettere di dimissione, mentre HealthData@EU costituirà la rete per il riuso sicuro dei dati a fini autorizzati. Gli Stati membri dovranno istituire punti di contatto nazionali e adeguare i propri sistemi informativi ai requisiti di interoperabilità e certificazione previsti per i sistemi di cartella clinica elettronica. Il calendario di attuazione prevede che, entro marzo 2029, tutti i Paesi UE siano in grado di scambiare Patient Summary ed ePrescription; entro marzo 2031 sia garantito anche lo scambio di immagini, dati di laboratorio e referti di dimissione; a partire dal 2034 è prevista l'apertura al coinvolgimento di Paesi terzi nell'iniziativa HealthData@EU.

L'impatto potenziale è significativo, con la Commissione che stima nei prossimi dieci anni risparmi complessivi pari a circa 11 miliardi di euro, una crescita del 20-30% del settore digitale della salute e, soprattutto, servizi sanitari più efficienti e migliori risultati clinici, grazie a dati tempestivi, interoperabili e pienamente utilizzabili in tutta Europa. Le obbligazioni principali inizieranno ad applicarsi quattro anni dopo l'entrata in vigore, con atti di esecuzione chiave attesi entro marzo 2027 che dettaglieranno standard e procedure; ciò lascia agli Stati e agli operatori una finestra per preparare governance, infrastrutture, qualità del dato e competenze. Per sistemi sanitari regionalizzati come quello italiano questo si traduce nella necessità di allineare fascicoli elettronici regionali, politiche di consenso e capacità di integrazione con le piattaforme europee, cogliendo al contempo le opportunità di ricerca e innovazione offerte dall'EHDS.

10.2 INTELLIGENZA ARTIFICIALE: UN ALLEATO STRATEGICO PER SOSTENIBILITÀ, EFFICIENZA E PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA

L'intelligenza artificiale (IA) rappresenta una delle tecnologie più dirompenti del nostro tempo, con potenzialità trasformative che si estendono ben oltre il settore sanitario, abbracciando l'industria, i trasporti, l'energia, la finanza, l'istruzione e la pubblica amministrazione. Secondo la Commissione Europea, l'IA potrebbe contribuire per oltre 1.300 miliardi di euro al PIL dell'UE entro il 2030[6]. La sua capacità di elaborare grandi volumi di dati in modo rapido, adattivo e intelligente consente di automatizzare compiti ripetitivi, aumentare l'efficienza dei processi decisionali e generare nuova conoscenza, con impatti significativi sulla competitività, sull'innovazione e sul benessere collettivo.

In ambito sanitario, l'Intelligenza Artificiale si sta affermando come uno strumento strategico per affrontare le sfide strutturali dei sistemi di welfare, contribuendo a migliorare la sostenibilità economica, l'efficienza organizzativa, la tempestività dell'assistenza e la personalizzazione delle cure. L'IA è in grado di integrare dati eterogenei clinici, genomici, comportamentali e ambientali, identificando pattern non immediatamente visibili all'occhio umano e producendo modelli predittivi e prescrittivi a supporto del processo decisionale clinico e gestionale[7]. Questa capacità analitica permette di passare da una medicina reattiva a una medicina predittiva, preventiva e di precisione, con benefici rilevanti per i pazienti, i professionisti sanitari e il sistema nel suo complesso[8].



Figura 3. Le applicazioni dell'IA nel contesto sanitario

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

6 Carballa-Smichowski, B., De Nigris, S., Duch-Brown, N. and Moreno María, A., "AI Watch – Adoption of autonomous machines.", Publications Office of the European Union, 2023.
7 Matheny, M. et al. (2022), "Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril". National Academy of Medicine.
8 Lee, S. and E. Topol (2024), "Digital medicine: the clinical potential of counterfactual AI models".

Le applicazioni dell'IA in ambito sanitario sono già numerose e in continua espansione. In diagnostica per immagini, algoritmi basati su reti neurali profonde hanno dimostrato livelli di accuratezza pari o superiori a quelli dei radiologi esperti. In uno studio pubblicato su Nature[9], un algoritmo sviluppato da Google Health ha ridotto i falsi negativi del 9,4% e i falsi positivi del 5,7% nello screening mammografico rispetto alla lettura standard. In cardiologia, l'IA viene utilizzata per analizzare elettrocardiogrammi in tempo reale, rilevare aritmie e predire il rischio individuale di eventi acuti. In neurologia, l'IA è impiegata per la diagnosi precoce di patologie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, analizzando dati di imaging cerebrale e segnali digitali.

Un ambito di crescente rilevanza riguarda l'utilizzo dell'IA nella ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e dispositivi medici, dove la tecnologia consente di ridurre drasticamente i tempi e i costi del ciclo di R&S. L'IA viene impiegata per identificare nuove molecole promettenti, simulare la loro interazione con bersagli biologici, prevedere effetti collaterali e ottimizzare i dosaggi. Secondo uno studio pubblicato su Nature Reviews Drug Discovery[10], l'utilizzo dell'IA può ridurre fino al 25%-30% i costi e al 40%-50% i tempi necessari alla fase di drug discovery.

In aggiunta, l'IA sta rivoluzionando la sperimentazione clinica, rendendo possibile una selezione più accurata dei pazienti, una stratificazione più precisa dei rischi e un monitoraggio continuo dei dati in tempo reale, anche attraverso wearable e sensori digitali[11]. Secondo uno studio recente[12], tra il 2015 e il 2023, le biotecnologie "AI-native" e i loro partner industriali (aziende biotecnologiche e farmaceutici in primis) hanno introdotto 75 nuove molecole nei trial clinici, di cui 67 risultano ancora in fase di sperimentazione nel 2023. Si tratta di una traiettoria di crescita straordinaria nell'ultimo decennio con un tasso di crescita annuo composto superiore al 60%. La maggior parte delle molecole scoperte attraverso l'IA si trova attualmente in Fase I, sebbene alcune abbiano già raggiunto la Fase II e oltre.

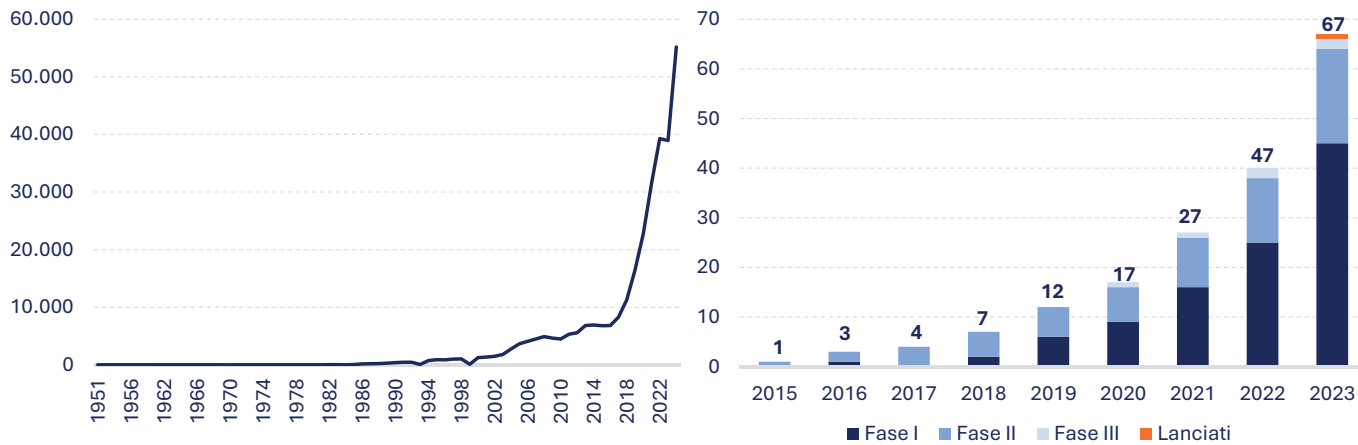


Figura 4. A sinistra: Pubblicazioni scientifiche sul tema/contengono la parola "Intelligenza Artificiale" (numero), 1951 – 2024.
A destra: Molecole scoperte tramite intelligenza artificiale in sperimentazione clinica (numero), 2015 - 2023

Fonte: TEHA Group su dati PubMed e Jayatunga, M. K., Ayers, M., Bruens, L., Jayanth, D., & Meier, C. (2024), "How successful are AI-discovered drugs in clinical trials? A first analysis and emerging lessons." Drug discovery today, 2025

9 McKinney, S. M., et al. (2020). "International evaluation of an AI system for breast cancer screening". Nature.
10 Jacobson, R. D. (2025), "The AI drug revolution needs a revolution". npj Drug Discovery.
11 Hutson, M. (2024), "How AI is being used to accelerate clinical trials." Nature, 627(8003), S2-S5.
12 Jayatunga M. K., et al. (2024), "How successful are AI-discovered drugs in clinical trials? A first analysis and emerging lessons." Drug discovery today.

Anche nella gestione dei sistemi sanitari, l'IA rappresenta una leva strategica per l'efficientamento. Può supportare l'ottimizzazione dei flussi ospedalieri, prevedere i picchi di accesso ai pronto soccorso, razionalizzare l'allocazione delle risorse e migliorare la programmazione dei servizi territoriali. Secondo una recente pubblicazione[13], un'adozione sistematica dell'IA nei processi di governance sanitaria potrebbe generare risparmi tra il 5% e il 10% della spesa complessiva, liberando risorse da reinvestire in prevenzione e innovazione.

La medicina predittiva rappresenta un altro campo di frontiera in cui l'IA si integra con l'epidemiologia computazionale, la genomica e l'analisi dei determinanti sociali della salute per anticipare l'insorgenza di patologie, stratificare il rischio e attuare interventi proattivi. Un rapporto di EIT Health stima che, nei prossimi 10 anni, i modelli predittivi alimentati da IA potrebbero prevenire fino al 30% delle complicanze legate alle patologie croniche e migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti[14].

L'interesse per l'adozione dell'IA in sanità è in costante crescita in Europa: il numero di progetti di ricerca che impiegano IA è aumentato del +240% tra il 2018 e il 2023[15]. L'Italia si colloca tra i primi cinque Paesi UE per numero di iniziative finanziate attraverso i programmi Horizon Europe e Digital Europe, a testimonianza del dinamismo dell'ecosistema nazionale.

10.2.1 Governare l'intelligenza artificiale in medicina: le risposte normative dell'EU

L'Unione Europea ha intrapreso un percorso strategico volto a definire un ecosistema normativo solido e coerente per guidare lo sviluppo e l'adozione dell'IA in modo responsabile, inclusivo e sicuro, in tutti i settori ad alto impatto sociale, a partire da quello sanitario. Con l'entrata in vigore, il 1° agosto 2024, del Regolamento europeo sull'IA, l'UE si è dotata del primo quadro giuridico al mondo interamente dedicato alla regolamentazione dei sistemi di IA, promuovendo innovazione e competitività, ma con attenzione prioritaria alla tutela dei diritti fondamentali, alla trasparenza e all'affidabilità degli algoritmi.

Il regolamento distingue tra diversi livelli di rischio associati agli impieghi dell'IA, stabilendo requisiti stringenti per le applicazioni "ad alto rischio" tra cui rientrano i software a supporto delle decisioni cliniche, i dispositivi medici intelligenti e gli strumenti diagnostici automatizzati. Per questi sistemi, sono previsti obblighi specifici come l'adozione di meccanismi di mitigazione dei rischi, l'impiego di dataset di alta qualità, la garanzia di supervisione umana e la trasparenza delle informazioni fornite agli utenti finali.

Accanto a queste disposizioni, il Regolamento prevede la definizione di un codice di buone pratiche destinato ai fornitori di modelli di IA per finalità generali che tratterà aspetti critici come la gestione dei diritti d'autore, la tracciabilità dei processi decisionali e la gestione dei rischi sistemici. A sostegno della governance multilivello, è stato istituito lo European AI Office, organo centrale incaricato di coordinare l'attuazione del Regolamento, promuovere la cooperazione tra Stati membri e monitorare l'evoluzione dei sistemi di IA ad ampia diffusione. Tale struttura svolgerà un ruolo chiave anche nella sorveglianza delle tecnologie a uso sanitario, assicurando l'allineamento con i principi di equità, sicurezza e accountability.

Il Regolamento, che sarà pienamente applicabile entro il 2026, prevede tuttavia una progressiva entrata in vigore: i divieti relativi a usi inaccettabili (es. manipolazione cognitiva o sorveglianza biometrica non autorizzata) si applicano dopo sei mesi; gli obblighi per i modelli di IA generali e le norme di governance dopo dodici mesi; mentre i requisiti per i sistemi integrati in prodotti sanitari regolamentati saranno operativi dopo trentasei mesi. A sostegno di una transizione graduale e consapevole, la Commissione ha lanciato l'AI Pact, una piattaforma volontaria che invita sviluppatori e imprese a conformarsi anticipatamente alle principali disposizioni del regolamento.

13 Agrawal, Ajay, Joshua Gans, and Avi Goldfarb, eds. The economics of artificial intelligence: An agenda. University of Chicago Press, 2019.
14 EIT Health (2020), "Transforming healthcare with AI. The impact on the workforce and organisations."
15 Commissione Europea (2020), "AI Watch: AI Uptake in Health and Healthcare, 2020".

Tuttavia, garantire uno sviluppo efficace, robusto e inclusivo dell'IA nei sistemi sanitari richiede non solo un quadro regolatorio solido, ma anche un'infrastruttura abilitante di dati sanitari di alta qualità, accessibile, sicura e interoperabile. In questa prospettiva, il Regolamento sullo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS) rappresenta una tappa cruciale verso la costruzione di un ecosistema europeo per la sanità digitale e la ricerca avanzata.

In relazione alle questioni etiche e regolatorie relative alla trasparenza degli algoritmi, alla tracciabilità delle decisioni automatizzate e alla tutela della privacy, il nuovo Regolamento europeo sull'IA stabilisce criteri stringenti per l'utilizzo in ambito sanitario, imponendo requisiti di affidabilità, controllo umano, tracciabilità e assenza di bias nei sistemi classificati come "ad alto rischio". Inoltre, si evidenzia l'urgenza di potenziare le competenze digitali degli operatori sanitari. L'IA non sostituisce il medico, ma ne amplifica le capacità decisionali: è quindi fondamentale che i professionisti siano formati non solo all'uso tecnico degli strumenti, ma anche alla loro interpretazione e integrazione nei processi clinici. Secondo il rapporto di EIT Health[16], il 70% dei medici europei ritiene che l'adozione dell'IA richiederà una profonda trasformazione del proprio ruolo.

Lo stesso report ha analizzato l'impatto che l'automazione e l'IA avranno sul futuro del lavoro, evidenziando che tutti i settori saranno interessati, seppur in misura diversa. La sanità risulta tra i comparti con il potenziale di automazione più contenuto: solo il 35% delle ore lavorative complessive potrebbe teoricamente essere automatizzato, con variazioni significative in base al tipo di professione. È importante sottolineare che il potenziale di automazione non coincide con la reale probabilità di adozione delle tecnologie.

Lo studio adotta uno scenario intermedio che stima come, entro il 2030, circa il 15% delle ore attualmente lavorate in ambito sanitario possa essere effettivamente automatizzato. La seguente figura evidenzia la quota di ore di lavoro che, nei diversi profili professionali sanitari e in un campione di Paesi europei, potrebbe essere liberata grazie all'automazione. Queste proiezioni non tengono conto di ulteriori trasformazioni possibili, come la personalizzazione estrema dei percorsi di cura e l'innovazione centrata sul paziente, che potrebbero rivoluzionare in profondità i modelli di erogazione dei servizi sanitari.

16 EIT Health (2020), "Transforming healthcare with AI. The impact on the workforce and organisations."

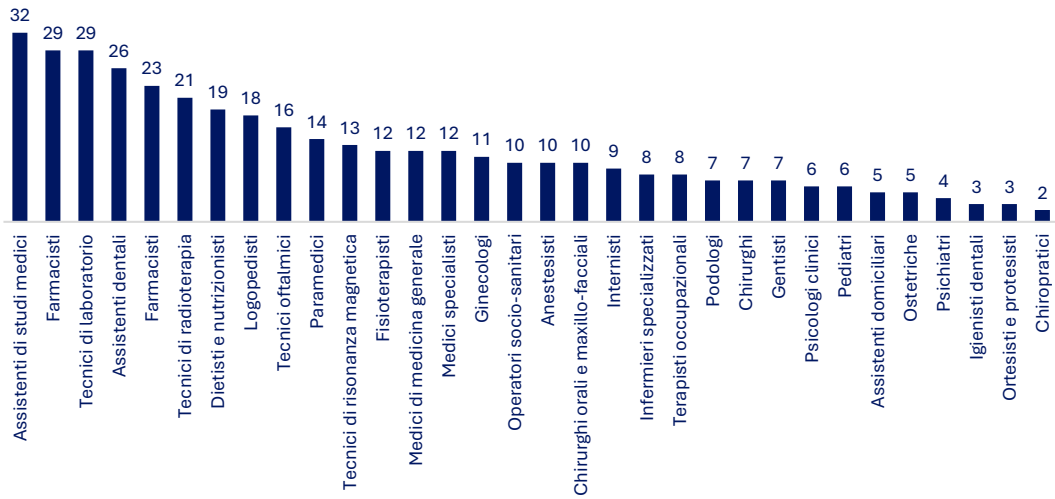


Figura 5. Quota di ore lavorative potenzialmente automatizzabili entro il 2030 in alcune professioni sanitarie (% su totale)

Fonte: TEHA Group su dati EIT Health, 2025

Infine, è cruciale promuovere una cultura della fiducia e della trasparenza, anche nei confronti dei cittadini. Rendere comprensibili i meccanismi decisionali degli algoritmi, chiarire l'utilizzo dei dati, garantire l'equità nell'accesso alle tecnologie e coinvolgere la popolazione nei processi di definizione delle policy sono elementi chiave per un'adozione socialmente sostenibile dell'IA in sanità.

In conclusione, l'IA rappresenta certamente un elemento essenziale per trasformare la sanità del futuro, contribuendo a rafforzarne la qualità, la resilienza e il valore. La sua implementazione deve essere guidata da una visione sistemica, multidisciplinare e orientata all'impatto sociale oltre che economico. Nel prossimo paragrafo sarà approfondito un ulteriore tassello strategico di questo ecosistema: l'uso dei dati sintetici, risorsa emergente per abilitare ricerca, innovazione e programmazione, nel rispetto dei diritti e della sicurezza dei cittadini.

10.3 I DATI SINTETICI PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

I dati sintetici sono informazioni generate artificialmente con l'obiettivo di riprodurre le stesse caratteristiche statistiche e strutturali dei dati reali, senza includere alcuna informazione identificabile sui singoli individui. Questi dati vengono creati utilizzando modelli avanzati di machine learning, intelligenza artificiale e tecniche statistiche, in modo da garantire coerenza, accuratezza e utilità analitica, eliminando al contempo i rischi legati alla violazione della privacy. Ciò consente di utilizzare dati altamente realistici per attività di analisi, pianificazione strategica, sperimentazione e addestramento di modelli, senza compromettere la riservatezza delle persone coinvolte. Secondo alcune stime, entro il 2030 i dati sintetici supereranno i dati reali nell'addestramento dei modelli di IA.

Nel contesto globale attuale, caratterizzato da una rapida evoluzione tecnologica, l'IA e le tecnologie correlate rappresentano una leva strategica per la crescita economica, l'innovazione e la sicurezza nazionale. La competizione internazionale tra Stati Uniti, Cina e Unione Europea si gioca sempre più sul terreno dello sviluppo e della diffusione di modelli di IA avanzati, capaci di incidere profondamente sulle dinamiche produttive e sociali. Tuttavia, affinché tali modelli possano essere efficacemente addestrati e perfezionati, è necessario disporre di grandi volumi di dati, elemento che costituisce una delle principali criticità per l'Unione Europea. Le stringenti normative in materia di protezione dei dati personali, in particolare il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR), pur essendo un presidio essenziale per la tutela dei diritti individuali, pongono dei limiti significativi all'uso e alla condivisione dei dati, rallentando i processi di innovazione.

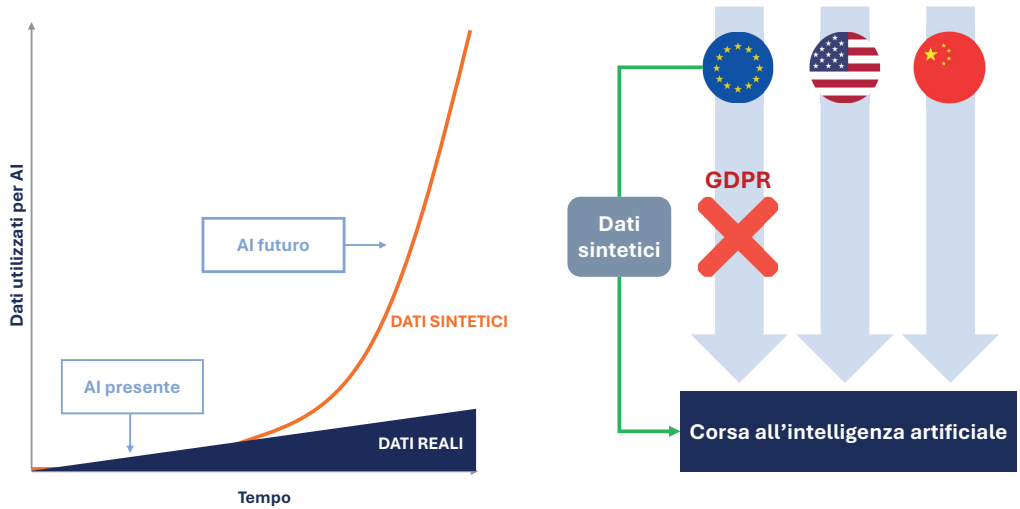


Figura 6. A sinistra: Schema di utilizzo dei dati all'interno dei modelli di IA. A destra: La corsa all'IA

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

In tale scenario, i dati sintetici si configurano come una tecnologia abilitante per l'Europa, in quanto consentono di aggirare tali vincoli normativi grazie alla loro natura non personale. Trattandosi di dati generati artificialmente, ma coerenti dal punto di vista statistico con quelli reali, essi non rientrano nell'ambito di applicazione del GDPR e possono quindi essere utilizzati senza le restrizioni legali imposte ai dati sensibili. Inoltre, consentono di produrre dataset di alta qualità in modo rapido ed economicamente sostenibile, permettendo un'accelerazione significativa dei processi di sviluppo, validazione e implementazione di soluzioni basate sull'IA.

Il valore strategico dei dati si estende a una pluralità di settori economici e istituzionali, dove le organizzazioni necessitano di strumenti efficaci per valorizzare il patrimonio informativo disponibile. Tuttavia, l'accesso ai dati reali è spesso ostacolato da barriere tecniche, economiche e normative. A fronte di ciò, la necessità di garantire elevati standard di tutela della privacy ha condotto all'adozione di tecniche di anonimizzazione, che tuttavia risultano limitate da un compromesso strutturale noto come privacy–utility trade-off. Tale dilemma evidenzia la difficoltà di preservare al contempo la qualità informativa del dato e la protezione della privacy: quanto maggiore è il livello di anonimizzazione applicato, tanto più si riduce il valore analitico del dato stesso. Una limitata alterazione dei dati, necessaria per preservarne l'utilità, può tuttavia aumentare il rischio di re-identificazione.

Pertanto, i dati sintetici emergono come risposta tecnologicamente avanzata a questo compromesso, offrendo una soluzione in grado di bilanciare efficacemente qualità, sicurezza e conformità normativa. Essi sono generati mediante l'addestramento di modelli di IA su database reali, attraverso un processo che consente agli algoritmi di apprendere le relazioni e le caratteristiche strutturali del dataset originale in un contesto altamente protetto. Il risultato è un nuovo dataset, completamente artificiale, che conserva le proprietà statistiche dei dati di partenza ma non contiene informazioni riferibili a soggetti reali. Diversamente dall'anonimizzazione classica, nella generazione sintetica non si ha alcuna relazione uno-a-uno tra dato originale e dato generato, riducendo sensibilmente il rischio di re-identificazione.

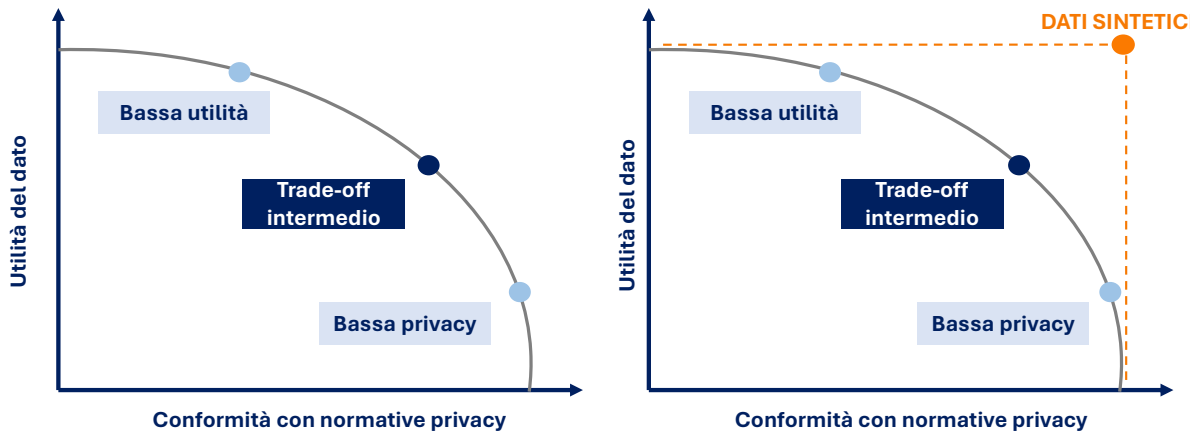


Figura 7. A sinistra: Il privacy – utility trade off necessario per l'anonimizzazione classica.
A destra: Il privacy – utility trade off necessario per l'anonimizzazione classica e la posizione dei dati sintetici

Fonte: TEHA Group su dati Eunyoung et al. (2024) «Exploring the tradeoff between data privacy and utility with a clinical data analysis use case", 2025

Oltre alla protezione della privacy, i dati sintetici consentono di superare ulteriori criticità legate all'impiego di dati reali, quali i costi elevati e i lunghi tempi di raccolta e trattamento. Queste difficoltà producono un impatto negativo a cascata sulla capacità delle organizzazioni di pianificare in modo efficace e tempestivo, ostacolando l'adozione di innovazioni tecnologiche. In tale contesto, i dati sintetici si distinguono anche per la loro scalabilità, l'interoperabilità e la possibilità di simulare condizioni rare o complesse che sarebbero difficili da osservare nei dati reali.

Numerosi settori stanno già beneficiando delle potenzialità dei dati sintetici. In ambito sanitario e socio-sanitario, dove l'accesso a dati sensibili è particolarmente critico, questa tecnologia rappresenta uno strumento prezioso per supportare la programmazione, l'allocazione delle risorse, la personalizzazione delle cure e la valutazione di politiche pubbliche. I dati sintetici possono essere utilizzati per valutare l'efficacia di programmi di screening e interventi clinici, sviluppare algoritmi predittivi, costruire modelli epidemiologici e pre-addestrare sistemi di IA su popolazioni specifiche. La loro applicazione consente di accelerare lo sviluppo della ricerca scientifica, contenere i costi, aumentare l'attrattività degli ecosistemi innovativi e garantire standard elevati di protezione dei dati.

10.3.1 Un quadro normativo per la ricerca sanitaria e i dati sintetici

Il Disegno di Legge 1146 sull'Intelligenza Artificiale, approvato dal Senato il 19 marzo 2025 e ora all'esame della Camera, introduce con l'articolo 8 un quadro normativo innovativo per il trattamento dei dati a fini di ricerca scientifica. In particolare, il DDL riconosce come di "rilevante interesse pubblico" i trattamenti di dati, anche personali, effettuati da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro per finalità terapeutiche, farmacologiche e sanitarie. Questo passaggio assume un'importanza cruciale per la sanità digitale, poiché consente di utilizzare i dati sanitari per addestrare algoritmi di IA in grado di migliorare la diagnosi precoce, l'efficacia terapeutica e l'organizzazione dei percorsi di cura.

Uno degli elementi più significativi del provvedimento riguarda l'"uso secondario" dei dati sanitari. Il DDL chiarisce che i dati raccolti per scopi assistenziali possono essere riutilizzati a fini di ricerca, purché opportunamente anonimizzati o pseudonimizzati, o trasformati in dati sintetici. Questa apertura normativa rappresenta un passo avanti fondamentale per superare i vincoli che finora hanno limitato la creazione di database interoperabili e l'analisi avanzata dei dati sanitari. L'impiego di dati sintetici, in particolare, garantisce un elevato livello di tutela della privacy, riducendo il rischio di re-identificazione e permettendo al contempo di sviluppare modelli predittivi e soluzioni innovative.

Per assicurare un equilibrio tra innovazione e tutela dei diritti fondamentali, il DDL prevede l'istituzione di una governance chiara e multilivello. AGENAS è confermata come Ente di riferimento per la piattaforma nazionale di intelligenza artificiale in sanità, con un ruolo strategico di coordinamento. Parallelamente, il Garante per la protezione dei dati personali e i Comitati Etici mantengono competenze di vigilanza e validazione, garantendo che i trattamenti di dati a fini di ricerca rispettino i principi di trasparenza, proporzionalità e minimizzazione del rischio. Questa architettura istituzionale rafforza la fiducia degli stakeholder e definisce un quadro di regole certe per il settore.

L'apertura introdotta dal DDL 1146 può segnare una svolta per la ricerca e l'innovazione in sanità. L'uso di dati sintetici e la maggiore interoperabilità dei dataset potrebbero accelerare la sperimentazione clinica, ottimizzare i percorsi terapeutici e favorire l'adozione di strumenti di IA avanzata. Tuttavia, la sfida principale resta quella di coniugare rapidità e trasparenza nello sviluppo delle soluzioni digitali, evitando rischi legati all'opacità algoritmica e alla discriminazione dei dati. Una governance attenta e dinamica sarà essenziale per garantire che i principi sanciti dal DDL si traducano in pratiche concrete e in un reale miglioramento della qualità dell'assistenza.

Le applicazioni dei dati sintetici si estendono anche ad altri comparti strategici. Nella manifattura, essi permettono di simulare scenari rari come guasti o difetti di produzione, migliorando l'efficienza e la qualità dei processi industriali. Nei servizi finanziari, è possibile generare dataset rappresentativi di comportamenti anomali o rischi elevati, altrimenti difficili da reperire, migliorando le capacità predittive degli algoritmi antifrode. Nel settore dello sviluppo software, i dati sintetici sono impiegati per testare applicazioni in modo realistico, simulando situazioni estreme e riducendo i rischi legati all'utilizzo di dati sensibili. In ambito cybersecurity, consentono l'addestramento di sistemi di difesa su minacce simulate, potenziando l'efficacia delle strategie di prevenzione.

In tutti questi contesti, la possibilità di generare in modo controllato dati realistici, sicuri e conformi alla normativa vigente rappresenta un'opportunità di trasformazione profonda dei processi decisionali e produttivi. I dati sintetici, in sintesi, si configurano come un'infrastruttura abilitante per una società sempre più data-driven, fondata su principi di sicurezza, innovazione responsabile e sostenibilità digitale.

La transizione verso un ecosistema salute più intelligente e interconnesso richiede dunque un approccio sistemico e multidimensionale: tecnologie abilitanti, modelli digitali di cura, nuove competenze, valorizzazione dei dati e collaborazione tra attori. Solo attraverso una visione integrata sarà possibile cogliere appieno il potenziale della Smart Health, rendendo il sistema sanitario più resiliente, efficiente e sostenibile nel tempo.

11. REBRAIN EUROPE PER LA SALUTE: STRATEGIE E AZIONI PER VALORIZZARE IL CAPITALE UMANO IN ITALIA

In un contesto in cui la crescita economica e il progresso sociale dipendono sempre meno dai beni materiali e sempre più dalla conoscenza, dalle competenze e dalla creatività, il capitale umano emerge come uno degli asset maggiormente strategici per lo sviluppo. L'economia contemporanea è infatti sempre più knowledge-intensive: fondata sull'elaborazione dell'informazione, sull'innovazione e sulla capacità cognitiva delle persone come motore della competitività e della sostenibilità.

Ci si sposta quindi in uno scenario in cui la misura della competitività di un Paese non si limita alla disponibilità di infrastrutture fisiche e risorse naturali, ma dipende in maniera predominante dalla capacità di attrarre, formare e trattenere persone qualificate, capaci di generare valore. A distinguere i sistemi più dinamici sono gli investimenti nell'istruzione avanzata, nella ricerca scientifica e nelle politiche di valorizzazione del talento.

All'interno di questa trasformazione, emerge con forza un nuovo concetto di "brain capital", inteso come l'insieme delle capacità cognitive, emotive e relazionali delle persone. Secondo gli ideatori di questa teoria e di molti Paesi che già si stanno muovendo in questa direzione, investire nel capitale cognitivo significa dotare le società degli strumenti necessari per affrontare con successo le grandi transizioni in atto, a partire da quella demografica e digitale.

È in questo quadro che la ricerca, l'innovazione e filiere come le Life Science, assumono un ruolo centrale. Oltre ad essere da tempo riconosciuti come pilastri fondamentali per la competitività e il benessere collettivo, sono anche tra quelli a più alta intensità di capitale cognitivo. In questi ambiti, le competenze professionali, il know-how specialistico e l'aggiornamento continuo costituiscono non solo risorse operative, ma un'infrastruttura strategica per l'evoluzione del sistema.

Questo orientamento trova piena espressione nella strategia europea dell'Unione delle Competenze (Union of Skills), lanciata a marzo 2025, la quale articola una rete di interventi integrati per sviluppare un capitale umano all'altezza delle sfide contemporanee: potenziamento delle competenze di base e STEM (anche attraverso azioni come l'Action Plan on Basic Skills e il STEM Education Strategic Plan), programmi per rendere strutturale la formazione continua (come il Skills Guarantee), iniziative per facilitare la mobilità e la circolazione delle competenze (tra cui la Skills Portability Initiative), nonché meccanismi per attrarre e trattenere talenti, a partire dal programma pilota Choose Europe.

Tuttavia, in Italia, proprio i settori dell'innovazione, della ricerca e delle Life Science si trovano spesso a operare in condizioni di fragilità. La scarsa attrattività dei percorsi professionali e delle retribuzioni, la limitata valorizzazione del merito e le criticità nei meccanismi di reclutamento e formazione contribuiscono a un progressivo impoverimento del capitale umano disponibile. Questo fenomeno è particolarmente evidente nel Servizio Sanitario Nazionale, dove la carenza di personale in alcune aree, le difficoltà di programmazione e la crescente disaffezione verso le professioni sanitarie stanno mettendo a rischio la qualità e la sostenibilità dell'intero sistema.

Alla luce delle sfide attuali, è quindi urgente ripensare le politiche pubbliche e le strategie istituzionali per rilanciare la centralità del capitale umano. Non si tratta solo di rispondere alle carenze immediate, ma di costruire le basi per un sistema capace di evolversi nel lungo periodo, promuovendo un nuovo equilibrio tra innovazione tecnologica e sviluppo delle competenze. Ripartire dal capitale umano, in particolare nei settori ad alto valore cognitivo come la salute e la ricerca, significa investire in un futuro più resiliente e competitivo.

11.1 VERSO UN NUOVO MODELLO DI "BRAIN" ECONOMY

Se la relazione tra capitale cognitivo e sviluppo economico è ampiamente documentata da studi ed evidenze, nel contesto attuale e futuro le competenze della forza lavoro assumeranno un'importanza ancora maggiore, diventando determinanti per la capacità dei Paesi di crescere, innovare e competere. Numerose analisi dell'OCSE[1,2] e della Commissione Europea[3,4] hanno infatti dimostrato come livelli elevati di istruzione, spesa in ricerca e sviluppo e capacità brevettuale siano fortemente connessi ad un maggiore PIL pro capite e alla capacità di innovazione dei singoli Stati.

Le competenze cognitive (in particolare nel pensiero analitico e quello creativo), sono ormai ampiamente riconosciute tra i principali fattori abilitanti per il futuro del lavoro. Un dato significativo, soprattutto in un'epoca in cui intelligenza artificiale (IA) e automazione stanno già trasformando profondamente i ruoli professionali, da un lato alimentando i timori di una progressiva "sostituzione" ma dall'altro imponendo l'esigenza di acquisire nuove capacità. All'aumentare dell'esposizione all'IA nei ruoli lavorativi, aumenta la domanda di soft skills: +12 p.p. per le competenze attitudinali, +20 p.p. per le abilità sociali e + 48 p.p. per la gestione delle risorse, a conferma di quanto "l'intelligenza naturale" sia indispensabile per interfacciarsi efficacemente con quella artificiale.[5]

Questi dati rafforzano l'idea che investire nel capitale cognitivo, che non comprende solo competenze intellettuali ma anche socio-emotive e relazionali, possa essere una leva strategica tanto per la produttività in un mondo del lavoro che cambia quanto per la coesione sociale, la resilienza e l'inclusione. Un'economia sostenibile, infatti, sarà tale solo se saprà valorizzare la diversità dei talenti e promuovere contesti di apprendimento permanente lungo tutto l'arco della vita.

In questa direzione si colloca l'evoluzione concettuale che, negli ultimi anni, ha portato ad affiancare alla knowledge economy una visione più ampia e integrata: quella della brain economy. Promossa da esperti come il neuropsichiatra australiano Harris A. Eyre, ideatore del concetto di "Brain Capital", questa prospettiva riconosce nella mente umana – e non solo nella conoscenza – l'asset chiave del XXI secolo[6]. Il valore economico viene dunque identificato nella capacità delle persone di apprendere, innovare, adattarsi, collaborare e mantenere un buon stato di salute. In questo senso, la brain economy amplia l'orizzonte dell'economia della conoscenza, integrando nei modelli di crescita sostenibile dimensioni come il benessere mentale, la salute neurologica e l'educazione socio-emotiva.

1 OCSE (2024), "Adult skills and productivity: New evidence from PIAAC 2023".
2 OCSE (2019), "OECD Skills Strategy 2019".
3 Official Journal of the European Union (2024), "Opinion of the European Economic and Social Committee on the impact of education on wages and labour productivity".
4 Commissione Europea (2021), "EU R&D intensity: A Case Study".
5 TEHA Group (2025), "La via Italiana all'AI-learning: Intelligenza Artificiale e piattaforme digitali per le competenze e la competitività del Paese", in partnership con Lutech. Analisi su dati OCSE.
6 Eyre HA et al. (2024), "Brain capital is crucial for global sustainable development". The Lancet Neurology.

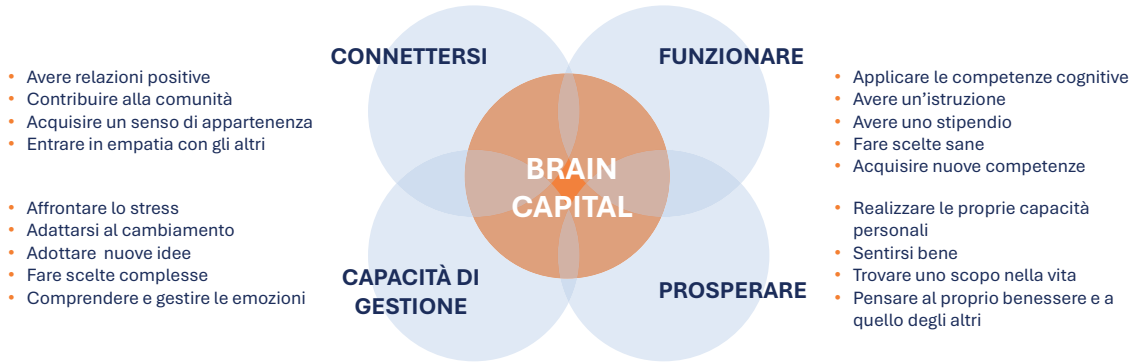


Figura 1. Schematizzazione del valore intrinseco e strumentale del Brain Capital

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025

Il brain capital, comprendendo le risorse cognitive che le persone attivano nella vita quotidiana, si configura dunque come un fattore strutturale di competitività e innovazione. Questo porta con sé una duplice necessità: da un lato, proteggere la salute del cervello; dall'altro, stimolare e raccogliere il valore generato. Rispetto al primo punto, la teoria del brain capital sottolinea come la mente e il cervello siano i motori invisibili della nostra capacità di apprendere, creare, lavorare, relazionarci e affrontare il cambiamento. Se questi motori si indeboliscono o non sono adeguatamente supportati, le conseguenze possono essere significative: burnout, presenteismo, abbandono scolastico e lavorativo, esclusione sociale, aumento della spesa sanitaria e assistenziale.

11.2 LE SFIDE E I PARADOSSI DELLA RICERCA ITALIANA

Oltre alla sfida sanitaria, che evidenzia l'urgenza di tutelare la salute mentale e neurologica quale fondamento per lo sviluppo sostenibile[7], la piena realizzazione della teoria del brain capital si scontra anche con una serie di dinamiche sociali, economiche e demografiche. Da un lato, i processi di globalizzazione e lo spostamento degli equilibri di domanda e offerta di competenze stanno ridefinendo i confini della mobilità intellettuale; dall'altro, la persistente incapacità di alcuni Paesi di valorizzare i propri talenti favorisce fenomeni di "brain drain" – ovvero la perdita di risorse umane qualificate – a vantaggio dei Paesi in grado di attrarre e trattenere competenze, in un processo definito "brain gain".

Questi movimenti coinvolgono una fetta crescente di lavoratori altamente qualificati, basti pensare che nei Paesi UE tra il 34% e il 38% dei migranti ha un'istruzione terziaria, percentuale che sale fino al 50% considerando i Paesi OCSE.[8] Per i Paesi di origine, la cosiddetta "fuga dei cervelli" rappresenta una perdita netta di capitale formativo e intellettuale, con ricadute economiche rilevanti. Si stima che, solo in Europa, essa comporti un costo annuo pari a circa 1,1 trilioni di euro in termini di mancato ritorno sull'investimento educativo.[9]

7 Per approfondire si rimanda al Capitolo 3 del precedente Rapporto.
8 OCSE (2023), "Indicators of Immigrant Integration 2023".
9 Elaborazione TEHA su dati OCSE e Eurostat.

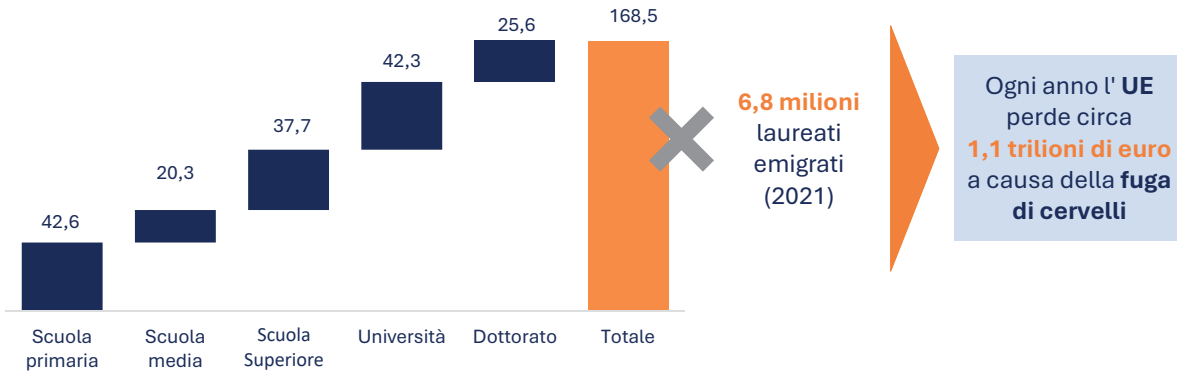


Figura 2. Costo statale per la formazione di uno studente per tipo di percorso (migliaia di euro), 2021

Fonte: TEHA Group su dati OCSE ed Eurostat, 2025

Anche l'Italia è parte di questo scenario. Negli ultimi vent'anni, al netto dei rientri, circa 600.000 cittadini hanno lasciato il Paese, in media 30.000 all'anno. Il dato più allarmante riguarda la qualità di questa mobilità: il 44% di chi emigra ha meno di 34 anni e 1 su 2 è laureato.[10] La maggior parte si trasferisce in altri Paesi europei, alimentando così una dinamica di scambio poco equilibrato tra formazione e opportunità.

A questa emorragia si affianca un fenomeno meno visibile ma altrettanto importante: il sottoutilizzo delle competenze e delle risorse già disponibili a livello nazionale. Questo riguarda soprattutto donne e giovani, le cui potenzialità restano inespresse a causa di barriere strutturali e culturali. In Italia, nonostante tra il 2011 e il 2024 il tasso di occupazione femminile sia aumentato di 6,5 punti percentuali (10,5 p.p. dal 2000), il ritmo resta lento e disomogeneo. Dopo il brusco calo del 2020 dovuto alla pandemia, gli ultimi anni mostrano segnali di ripresa, ma il divario rispetto agli uomini si mantiene vicino ai 20 punti percentuali. Con un tasso di occupazione femminile al 57% nel 2024, l'Italia è ancora all'ultimo posto tra i Paesi dell'Unione Europea, ben al di sotto della media, che si attesta intorno al 71%.[11]

Anche per i più giovani la situazione rimane preoccupante. Stando ai dati del 2024, in Italia il tasso di occupazione nella fascia 15-29 anni si ferma al 34,4%, mostrando un divario di oltre 15 punti percentuali rispetto alla media europea (49,5%). I NEET, i giovani che non studiano né lavorano, sono 1,67 milioni, pari a circa 1 su 5.[12] Tra questi, oltre ai ragazzi soggetti a dispersione scolastica, rientrano soprattutto giovani madri e ragazze impegnate nella cura familiare, giovani uomini colpiti dagli effetti del lockdown e laureati che non trovano opportunità coerenti con il loro percorso di studi, con una maggiore prevalenza nelle Regioni del Mezzogiorno. Nel 2023, inoltre, oltre 61.000 lavoratrici italiane hanno rinunciato alla propria occupazione per la difficoltà a conciliare genitorialità e vita professionale, a dimostrazione del persistere di un ampio divario di genere in termini di stipendi e responsabilità.

10 Fondazione Migrantes (2023), "Rapporto Italiani nel mondo, XVIII edizione".
11 Eurostat, 2025.
12 Eurostat, 2025.

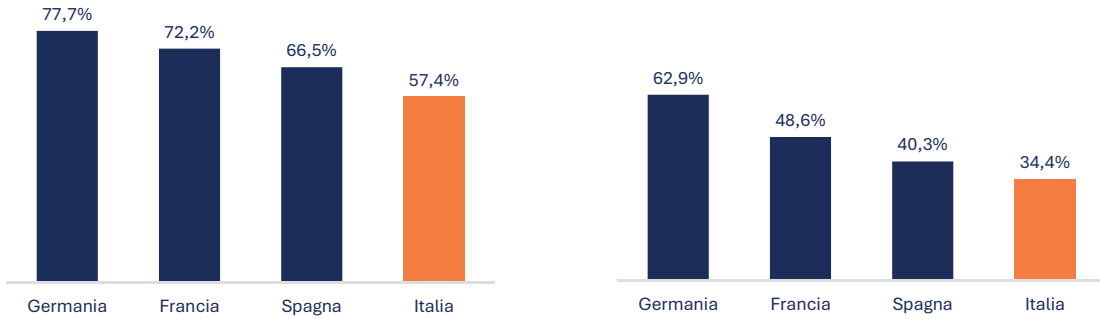


Figura 3. A sinistra: Tasso di occupazione femminile (20-64 anni) nei Paesi benchmark europei (%), 2024.
A destra: Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni) nei Paesi benchmark europei (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2025

Le criticità riguardano anche i laureati: i tassi di occupazione qualificata sono inferiori alla media UE e molte competenze acquisite restano inutilizzate. In Italia, lo scarto tra i posti di lavoro ad alta qualificazione programmati e quelli effettivamente occupati da persone con titolo universitario è di 4,8 milioni. Questo mismatch contribuisce, almeno in parte, ad una perdita di valore aggiunto per le imprese che nel solo 2023 è stata stimata in 44 miliardi di euro – circa il 2,5% del PIL.[13] Tutti questi dati mettono in evidenza uno spreco sistemico di capitale cognitivo, creativo e produttivo. Ogni talento non riconosciuto o sottoutilizzato rappresenta infatti un'occasione mancata per l'innovazione, la competitività e la coesione sociale del Paese.

Se da un lato si evidenzia un saldo negativo in termini di "fuoriuscite" di capitale umano, dall'altro, anche i flussi in entrata mostrano criticità rilevanti, soprattutto a causa di una limitata attrattività per i talenti stranieri. In Italia, solo l'11,7% degli immigrati tra i 15 e i 64 anni possiede un titolo universitario, a fronte di una media UE del 28%.[14] Questo dato colloca il nostro Paese al penultimo posto in Europa per presenza di laureati stranieri, evidenziando una carenza strutturale di politiche attrattive e di un ecosistema favorevole all'inserimento professionale.

Mentre alcuni Paesi europei si sono dotati di strategie attive per attrarre competenze dall'estero, semplificando l'accesso al lavoro qualificato, promuovendo la ricerca e costruendo un'immagine internazionale dinamica e accogliente, l'Italia continua a presentare barriere di ingresso complesse, percorsi lenti e farraginosi per il riconoscimento dei titoli e un'offerta lavorativa spesso inadeguata ai profili ad alta qualificazione.

A ciò si aggiunge la difficoltà nel valorizzare le competenze, indipendentemente dalla loro origine. Il fenomeno dell'overeducation, ovvero lo svolgimento di mansioni inferiori rispetto al proprio livello di istruzione, registra un tasso anche 3 volte superiore tra i lavoratori stranieri rispetto a quelli locali. Nel 2023, infatti, il 64,1% dei cittadini extracomunitari in Italia risultava sovraqualificato, contro il 45,1% dei cittadini provenienti da altri Paesi UE e il 20% degli italiani, un dato che pone l'Italia al secondo posto in Europa per tasso di overeducation tra gli stranieri, dopo la Grecia.[15] Tutto ciò rende evidente l'urgenza di attivare strumenti efficaci di matching tra competenze disponibili e domanda del mercato, lavorando sia sulle strutture interne sia sulle rigidità amministrative e le differenze culturali che rallentano e in alcuni casi ostacolano l'inclusione dei talenti stranieri nel tessuto socio-economico. Solo una visione strategica e lungimirante potrà promuovere percorsi di integrazione qualificata e valorizzazione delle competenze, includendo appieno tutti i segmenti del capitale umano.

13 Osservatorio Proxima (2023), "Formazione e Lavoro".
14 Eurostat, 2025.
15 Eurostat, 2025.

11.2.1 La nuova prospettiva europea e gli impatti per l'Italia

Di fronte al valore strategico del capitale umano e delle sfide che ne limitano le potenzialità, la costruzione di contesti professionali capaci di attrarre, valorizzare e trattenere le competenze qualificate diventa ancora più urgente nei settori ad alta intensità di conoscenza e altamente strategici. Scienza, sanità e innovazione, infatti, non rappresentano soltanto ambiti cruciali per la qualità della vita e il benessere collettivo, ma costituiscono veri e propri motori di crescita economica, caratterizzati da elevati moltiplicatori occupazionali, forte concentrazione di attività di ricerca e sviluppo e un impatto diretto sulla competitività di ogni Paese.

Eppure, proprio in questi settori si osservano con preoccupazione fenomeni ricorrenti di dispersione del capitale umano. La costruzione di ambienti di lavoro stabili e meritocratici – condizione necessaria per lo sviluppo di una brain economy – risulta ancora largamente incompiuta. Nel 2024, erano oltre 14.000 i ricercatori italiani che operavano stabilmente all'estero, principalmente in università e centri di ricerca.[16] Le cause principali di questa emorragia sono riconducibili, secondo diverse indagini, alla percezione diffusa di una scarsa valorizzazione del merito (84%) e a condizioni retributive non competitive (72%), fattori che ostacolano la permanenza e la motivazione dei talenti nel sistema nazionale.[17]

Il quadro è particolarmente critico nei settori sanitario e accademico. Il personale sanitario, pur riconosciuto per competenza e professionalità a livello europeo, lavora spesso in condizioni difficili: turni prolungati, salari bassi, carente attenzione al benessere psicologico. Analogamente, i ricercatori universitari e clinici devono far fronte a carriere frammentate, risorse limitate e un'eccessiva pressione burocratica. A ciò si aggiungono percorsi formativi lunghi, precarietà contrattuale, difficoltà nell'accesso alle scuole di specializzazione e una cronica scarsità di finanziamenti pubblici.

Il risultato è un clima che indebolisce la fiducia nelle Istituzioni e scoraggia le nuove generazioni a intraprendere percorsi scientifici o sanitari. Importante sottolineare come questa dinamica, oltre a rappresentare un limite strutturale alla competitività del Paese, rischia di compromettere la capacità dell'Italia di elaborare risposte efficaci alle sfide demografiche e sanitarie in corso, in un contesto in cui la transizione verso una sanità più integrata, predittiva e multidisciplinare richiede risorse altamente qualificate.

A fronte di questa fragilità interna, legata a barriere normative, scarsa integrazione tra università e impresa, percorsi di riconoscimento dei titoli complessi e opportunità limitate per i profili ad alta qualificazione, si osserva in altri Paesi europei un'accelerazione nelle politiche di attrazione dei talenti. Germania, Francia e Paesi Bassi hanno rafforzato i propri ecosistemi scientifici mediante programmi volti a facilitare l'ingresso di ricercatori qualificati, sostenere la ricerca pubblica e migliorare l'immagine internazionale dei propri sistemi accademici.

In questo contesto, si inseriscono anche nuove opportunità generate dalle dinamiche internazionali. Negli Stati Uniti, i recenti tagli ai finanziamenti federali, comprese Istituzioni centrali come i National Institutes of Health (NIH), e l'esclusione di numerosi progetti strategici dai canali pubblici a causa di pressioni ideologiche, hanno alimentato un clima di incertezza e autocensura. Questo ha spinto un numero crescente di ricercatori statunitensi a considerare l'Europa come possibile alternativa: secondo un sondaggio pubblicato da Nature, il 75% degli scienziati americani starebbe valutando l'ipotesi di trasferirsi all'estero, con percentuali ancora più alte tra i ricercatori più giovani.[18]

L'Unione Europea ha risposto a questo cambiamento di scenario lanciando a maggio 2025, un paio di mesi dopo la "Union of Skills", la citata piattaforma Choose Europe for Science, un programma da 500 milioni di euro volto a rafforzare il ruolo dell'Europa come hub globale

16 Centro Studi e Ricerche Idos, 2020.
17 The European House – Ambrosetti (2023), "Libro Bianco sulle Scienze della Vita in Italia".
18 Nature (2025), "75% of US scientists who answered Nature poll consider leaving".

per la ricerca.[19] Le misure previste includono: l'ampliamento dei finanziamenti European Research Council (ERC) dedicati ai ricercatori di eccellenza, con l'introduzione di super-grant fino a 2 milioni di euro per i ricercatori disposti a trasferirsi in Europa; l'estensione dei programmi Marie Skłodowska-Curie, che promuovono la mobilità internazionale e lo scambio di competenze tra università, centri di ricerca e imprese; il potenziamento delle ERA Chairs, posizioni stabili pensate per colmare i divari scientifici tra le diverse regioni europee. Per queste ultime, la Commissione ha proposto un nuovo bando da 230 milioni di euro, un valore doppio rispetto al precedente e che potrebbe arrivare a sostenere anche 120 nuovi ricercatori.[20]

L'obiettivo di queste azioni è ambizioso ma chiaro: trasformare l'Europa in un polo di riferimento stabile e competitivo per la scienza globale, aumentandone l'attrattività non solo per i ricercatori europei ma anche e soprattutto a livello internazionale. L'importanza strategica della scienza per l'autonomia e la competitività del continente, sottolineata da Ursula von der Leyen ed Emmanuel Macron in occasione del lancio di Choose Europe for Science, è stata compresa anche da alcune università europee che, negli ultimi messi, hanno messo in campo o rafforzato iniziative mirate come "Safe Place for Science" (Université d'Aix-Marseille) o "Brains for Brussels" (Vrije Universiteit Brussel), pensate per accogliere e integrare ricercatori provenienti dall'estero.

In questo quadro in trasformazione, l'Italia si trova di fronte a una scelta cruciale: contribuire attivamente alla costruzione di un nuovo spazio europeo della conoscenza o continuare a subire le conseguenze di una doppia perdita – l'emigrazione dei propri talenti e la difficoltà strutturale di attrarne dei nuovi. Un segnale promettente in questa direzione è rappresentano dalla mobilitazione italiana ReBrain Europe (parafrasi di ReArm Europe), avviata nell'aprile 2025 e sottoscritta da oltre 2.000 firmatari. Il manifesto, lanciato dai professori Silvano Tagliagambe e Roberto Battiston, propone un piano articolato per rilanciare la capacità scientifica europea: dall'accoglienza dei ricercatori in fuga da contesti ostili alla scienza, alla creazione di nuove Istituzioni di eccellenza, al rafforzamento della ricerca pubblica indipendente, fino al lancio di un fondo europeo da 100 miliardi di euro finanziato tramite Eurobond.[21] Il progetto si ispira all'esperienza dell'Institute for Advanced Study di Princeton, simbolo di una comunità scientifica libera che aveva ospitato alcuni celebri scienziati dopo l'emigrazione negli Stati Uniti, tra cui Albert Einstein.

L'obiettivo di queste iniziative è ambizioso ma necessario: riaffermare il ruolo dell'Europa come protagonista della scienza globale e ricostruire un nuovo patto tra Istituzioni, comunità scientifica e società. In questo processo, l'Italia può e deve assumere un ruolo attivo, rafforzando il proprio sistema scientifico e accademico, semplificando l'accesso ai fondi europei e promuovendo partenariati che valorizzino pienamente il suo capitale umano.

11.2.2 Gli ERC e gli altri finanziamenti disponibili

Il programma principale con cui l'Unione Europea finanzia la ricerca e l'innovazione è Horizon Europe, che prevede la distribuzione di 93,5 miliardi di euro nel periodo 2021-2027, una cifra superiore al programma precedente (80 miliardi di euro tra il 2014 e il 2020).

Nel periodo 2021-2024 sono stati spesi 48,6 miliardi di euro, circa la metà (52%) del budget complessivo, di cui 7,3 miliardi di euro sono stati destinati ai diversi progetti riguardanti le Life Science[22].

19 Commissione Europea (2025), "Choose Europe. Advance your research career in the EU".
20 Commissione Europea (2025), "Choose Europe for Science: EU comes together to attract top research talent".
21 Il manifesto è consultabile sul sito dell'Università degli Studi di Sassari.
22 TEHA Group (2025), "Il ruolo dell'ecosistema dell'innovazione nelle Scienze della Vita per la crescita e la competitività dell'Italia".

Ciascuno dei 3 pilastri di cui si compone Horizon Europe 2021-2027 prevede infatti una serie di misure a sostegno della ricerca e dell'innovazione in quest'ambito[23]:

- Il primo pilastro – Scienze d'eccellenza – include le Marie Skłodowska-Curie Actions (MSCA), il programma di riferimento europeo per il sostegno ai percorsi di dottorato e di post-dottorato, le Infrastrutture di Ricerca, ossia strutture che forniscono risorse e servizi ai ricercatori per condurre le proprie attività, e i finanziamenti dello European Research Council (ERC), che saranno approfonditi in seguito.

- Il secondo pilastro – Sfide globali e competitività industriale europea – include il Cluster Health, dedicato alle sfide nel settore sanitario.

- Il terzo pilastro – Europa innovativa – include i finanziamenti dello European Innovation Council (EIC), nato per supportare le innovazioni trasformative dalla ricerca early stage, ai processi di trasferimento tecnologico, fino al supporto diretto a startup e PMI innovative.

Di particolare rilevanza nel panorama della ricerca europea, i finanziamenti ERC rappresentano uno degli strumenti più autorevoli e competitivi per sostenere progetti di ricerca di frontiera. Nati nel 2007, gli ERC Grants puntano a finanziare le migliori idee scientifiche nei campi delle Scienze sociali e umane, delle scienze fisiche e ingegneristiche e delle Life Science, premiando la curiosity-driven research, quella che spesso anticipa i grandi cambiamenti scientifici, tecnologici e culturali.

Esistono diverse tipologie di grant, ciascuna pensata per una fase diversa della carriera accademica:

- Starting Grants (fino a 1,5 milioni di euro per massimo 5 anni) rivolti a ricercatori tra i 2 e i 7 anni dal conseguimento del dottorato;

- Consolidator Grants (fino a 2 milioni di euro per massimo 5 anni) per scienziati tra i 7 e i 12 anni dal conseguimento del dottorato;

- Advanced Grants (fino a 2,5 milioni di euro per massimo 5 anni) destinati ai ricercatori più affermati.

A questi, si aggiungono i Synergy Grants (fino a 10 milioni di euro per massimo 6 anni), destinati a gruppi di 2-4 ricercatori, e i Proof of Concept Grants (fino a 150.000 euro su base forfettaria) destinati ai ricercatori già titolari di grant ERC per supportarli nell'applicazione pratica della loro ricerca e nella successiva commercializzazione.

I risultati dei bandi ERC del 2024 gettano nuova luce su un paradosso (quasi) esclusivamente italiano: il numero di ERC Grant in cui l'istituzione ospitante (Host Institution) – l'università o il centro di ricerca che accoglie il Principal Investigator e in cui viene realizzato il progetto – è italiano, è inferiore al numero di ricercatori italiani che vincono questi grant. In altre parole, molti scienziati italiani eccellono e ottengono finanziamenti ERC, ma scelgono (o sono costretti) a sviluppare i loro progetti all'estero. La tendenza è particolarmente accentuata nel campo delle Life Science, in cui l'offerta italiana appare meno competitiva rispetto al campo delle scienze fisiche e ingegneristiche: appartengono al primo campo solo 9 dei 41 progetti assegnatari di Starting Grant che saranno realizzati in Italia, 4 dei 20 progetti assegnatari di Consolidator Grant e 9 dei 25 progetti assegnatari di Advanced Grant.

Questa tendenza, particolarmente preoccupante per quanto riguarda i ricercatori emergenti, si osserva in misura minore anche in Spagna e si contrappone a quella del Centro-Nord Europa[24].

23 Ibid.

24 Il Regno Unito, così come su numeri più bassi i Paesi scandinavi, si conferma i più attrattivi, con un numero significativo di bandi vinti nelle Istituzioni di ricerca nazionali da parte di ricercatori stranieri. Nel solo caso degli ERC Advanced Grants, il numero di bandi vinti nelle Istituzioni nazionali in Germania è inferiore a quello dei cittadini tedeschi assegnatari.

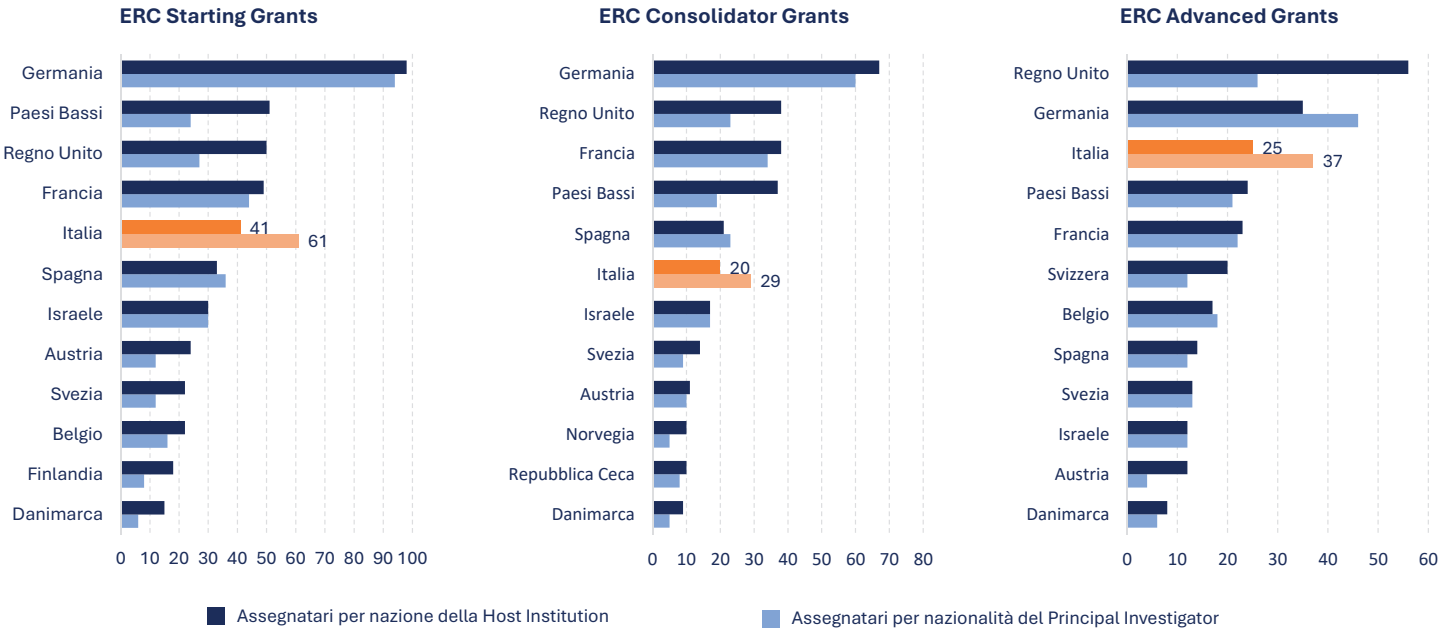


Figura 4. Grant ERC assegnati per nazione della Host Institution e nazionalità del Principal Investigator (numero), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ERC, 2025

La stessa tendenza si osserva per i finanziamenti ERC Proof of Concept: nel 2024 l'Italia ha ospitato 9 progetti, un numero inferiore a quelli di Germania, Spagna, Regno Unito, Francia, Paesi Bassi e Israele, a fronte di 17 ricercatori italiani assegnatari delle borse, che rendono i nostri connazionali terzi dopo tedeschi (29) e spagnoli (20).

Come accennato in precedenza, nell'ambito della piattaforma Choose Europe for Science lanciata a maggio scorso, è stato annunciato un contributo aggiuntivo di "start-up" fino a 2 milioni di euro per incentivare i ricercatori provenienti dagli Stati Uniti ma non solo a trasferire il proprio laboratorio o team di ricerca in Europa[25]. La nuova misura, che modifica il Work Programme 2025 e sarà estesa almeno fino al 2027, comporta nei fatti un aumento degli ERC Starting Grant fino a 3,5 milioni di euro, degli ERC Consolidator Grant a 4 milioni di euro e degli ERC Advanced Grant fino a 4,5 milioni di euro. Sempre nell'ambito della stessa piattaforma, il Consiglio scientifico dell'ERC sta inoltre definendo i dettagli operativi di un nuovo strumento di finanziamento per progetti più grandi e di maggior durata.

Ad aprile 2025, il Ministero dell'Università e della Ricerca italiano ha infine pubblicato un avviso da 50 milioni di euro complessivi per la presentazione di proposte progettuali da parte di giovani ricercatori vincitori dei bandi ERC Starting Grants o ERC Consolidator Grants fuori dall'Italia interessati a tornare o trasferirsi nel nostro Paese. Questo intervento è finanziato attraverso le risorse della Missione 4 "Istruzione e Ricerca" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in particolare dell'investimento 1.2 "Finanziamento di progetti presentati da giovani ricercatori"; coerentemente con gli obiettivi del Piano, il 40% delle risorse è destinato alle Regioni del Mezzogiorno.

25 Secondo il bando, i beneficiari di questi finanziamenti aggiuntivi devono trascorrere in Europa almeno il 50% del proprio tempo lavorativo.

Nel 2025 in Italia sono state diverse le iniziative legislative per promuovere la ricerca e l'innovazione. Tra le novità introdotte nella conversione del cd. Decreto Università, approvata in via definitiva a fine luglio, si sottolineano il rafforzamento degli enti pubblici di ricerca, anche attraverso un finanziamento sperimentale triennale per migliorare la qualità scientifica e tecnologica delle attività degli Enti Pubblici di Riserva e la riallocazione di 150 milioni di euro al Piano "Ricerca-Sud 2021-2027" che, promuovendo lo sviluppo di tecnologie e competenze, potrà avere impatti positivi sul sistema salute, specie nel campo della ricerca biomedica. A inizio agosto la Camera ha approvato in via definitiva anche il DDL di conversione del cd. Decreto Economia che stanzia 42 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2027 per sostenere attività di ricerca, assistenza e cura, una parte consistente delle quali continuerà a essere indirizzata a strutture di eccellenza nella ricerca, come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pediatrici e i Centri oncologici più avanzati.

11.3 I NUMERI CHIAVE DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELLA FILIERA INDUSTRIALE

Come citato precedentemente, in una società sempre più knowledge-intensive l'ecosistema delle Life Science è uno dei settori strategici a più alta intensità di conoscenza, dove i professionisti non sono soltanto un fattore operativo bensì una risorsa strategica, il fattore determinante per garantire l'efficienza, l'equità di accesso e la qualità dell'assistenza. In altri termini, la tenuta del SSN – uno degli attori, insieme alle università e ai centri di ricerca e alle aziende farmaceutiche e biomedicali di questo ecosistema articolato e interconnesso[26] –, dipende in misura crescente dalla capacità di attrarre, formare, trattenere e valorizzare professionisti con competenze adeguate e aggiornate, capaci di operare in un contesto in continua e rapida trasformazione sul piano demografico ed epidemiologico e, di conseguenza, strutturale e organizzativo.

In questo scenario, il rafforzamento delle politiche sul capitale umano assume un ruolo centrale. Non solo in termini quantitativi, ma soprattutto nella prospettiva di una governance integrata dei percorsi di carriera, della formazione specialistica e del benessere organizzativo. La sfida è costruire un ecosistema professionale che favorisca la permanenza nel sistema pubblico, contrastando i fenomeni di migrazione verso altri contesti più attrattivi e garantendo al tempo stesso un adeguato ricambio generazionale, soprattutto nelle aree a maggiore complessità assistenziale o minore attrattività.

11.3.1 Gli occupati nel settore farmaceutico e biomedicale: dalla ricerca alla produzione

Il primato italiano nelle Life Science è sostenuto da un sistema di ricerca di riconosciuto valore e da un capitale umano altamente qualificato e produttivo: i ricercatori italiani sono costantemente tra i primi Paesi a livello europeo e globale sia per numero di pubblicazioni che per numero di citazioni in quest'ambito (rapportato a 1.000 ricercatori)[27]. A riprova dell'eccellenza dei nostri ricercatori, inoltre, nel 2024 l'Italia è terza al mondo dietro Stati Uniti e Cina per numero assoluto di pubblicazioni in alcune delle principali aree mediche, come l'oncologia e la cardiologia[28].

Come approfondito anche nel Capitolo 12 del presente Rapporto, l'ecosistema italiano delle Life Science include un gran numero di Istituzioni di rilievo internazionale: 50 atenei con programmi dedicati, 53 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e privato, oltre a Centri di ricerca, affiliati al Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) o meno, e parchi scientifici che accolgono laboratori e imprese innovative. Le strutture sono presenti in tutto il territorio nazionale.

26 Per approfondire si rimanda al Capitolo 12 del presente Rapporto.
27 The European House – Ambrosetti con il supporto di IAPG ed EUNIPHARMA (2023), "Aumentare l'attrattività degli investimenti esteri per la competitività del sistema-Italia".
28 Dati Scimago, 2024.



Area	1a	2a	3a	4a
Oncologia	Stati Uniti	Cina	**Italia**	
Cardiologia	Stati Uniti	Cina	**Italia**	
Dermatologia	Stati Uniti	Cina	**Italia**	
Nefrologia	Stati Uniti	Cina	**Italia**	
Urologia	Stati Uniti	Cina	**Italia**	
Ematologia	Stati Uniti	Cina	Germania	**Italia (4a)**
Microbiologia	Cina	Stati Uniti	India	**Italia (4a)**
Reumatologia	Stati Uniti	Cina	Regno Unito	**Italia (4a)**
Medicina interna	Stati Uniti	Cina	Giappone	**Italia (4a)**
Endocrinologia	Cina	Stati Uniti	Regno Unito	**Italia (4a)**

Figura 5. A sinistra: Distribuzione geografica dei principali attori dell'ecosistema della ricerca nelle Scienze della Vita in Italia, 2023. A destra: Posizionamento dell'Italia per pubblicazioni in alcune aree mediche, 2024

Fonte: TEHA Group su dati Agenzia ICE, Ministero della Salute e Scimago, 2025

Questi dati si confrontano però con la citata precarietà dei percorsi professionali, sia in termini di retribuzioni che di opportunità di crescita, e con l'inadeguatezza delle risorse destinate alla ricerca, tanto che anche nel settore medico-scientifico numerosi ricercatori sono spesso costretti a rinunciare alla propria attività o, come confermano i dati degli ERC, a emigrare all'estero.

Negli ultimi anni l'Italia ha comunque messo in campo diverse misure specifiche per i ricercatori in ambito medico-scientifico, necessarie per garantire la solidità e la continuità dell'attività di ricerca e, di conseguenza, maggiore sviluppo e innovazione.

Tra queste, si sottolinea ad esempio il graduale processo di regolarizzazione della cosiddetta "Piramide dei ricercatori" negli IRCCS. Il percorso è stato avviato con la legge 205/2017 che, per la prima volta, ha istituito i ruoli di ricercatore sanitario e collaboratore professionale di ricerca sanitaria negli IRCCS pubblici, prevedendo un'assunzione dei ricercatori con contratti a tempo determinato di durata decennale (5+5). La legge 87/2023, invece, consente dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2025 l'assunzione a tempo indeterminato di personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca in possesso dei requisiti previsti, con l'obiettivo di una stabilizzazione definitiva e del superamento di una situazione di precariato storicamente legata alla mancanza di un ruolo definito nel SSN. Sempre in questa direzione va l'ampliamento delle procedure di stabilizzazione del personale precario presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche, previsto dalla legge di conversione del Decreto Università sopra citata.

Se questo rappresenta un primo passo, ci sono altre figure professionali come gli infermieri di ricerca che, sebbene per la loro competenza specifica e la loro capacità di gestire la complessità dei protocolli sono ritenuti indispensabili per l'attività di ricerca degli IRCCS e non solo, mancano di un riconoscimento dal punto di vista normativo e contrattuale. La stabilizzazione di queste figure, parallelamente al consolidamento delle posizioni economiche dei ricercatori, è dunque essenziale per la competitività del sistema-ricerca in Italia.

In questo contesto, la rete delle università e dei centri di ricerca si configura come un motore propulsore della produzione scientifica nazionale, favorendo allo stesso tempo una contaminazione virtuosa tra mondo accademico e industria. Tale interazione rappresenta un passaggio cruciale per trasformare i risultati della ricerca in innovazioni concrete e per rafforzare la competitività del settore biomedico italiano.

A completare questo quadro, occorre infine citare il valore del capitale umano nell'industria farmaceutica e dei dispositivi medici, professionalità che contribuiscono non solo alla ricerca e allo sviluppo ma alimentano anche la capacità produttiva del Paese. Nello specifico, a fine 2024, gli occupati nel settore farmaceutico erano 71.000, in crescita costante nell'ultimo quinquennio: secondo gli ultimi dati disponibili, il settore italiano è il 3° per dimensione occupazionale in Europa dopo Germania (132.660) e Francia (98.043).[29] Il settore si caratterizza per un'occupazione altamente qualificata: oltre la metà degli addetti (54%) ha una laurea, un dato più che doppio rispetto alla media dell'industria (21%) e il 90% almeno un diploma (vs. 63% dell'industria). Un altro aspetto distintivo è la presenza femminile, pari il 45% degli occupati (vs. 29% dell'industria), una percentuale che, in controtendenza con l'andamento generale, aumenta ulteriormente tra dirigenti e quadri (38% e 49% del totale, rispetto a 17% e 26% nella manifattura). La percentuale delle donne sale infine al 53% tra i 7.262 addetti alla ricerca e sviluppo, altro numero in aumento rispetto ai 7.050 dello scorso anno, a riprova della vivacità e attrattività del settore[30].

Più dell'80% dell'occupazione totale si concentra in cinque Regioni (Lombardia, Lazio, Toscana, Veneto ed Emilia-Romagna), ma se l'industria farmaceutica ha una presenza significativa anche al Sud.

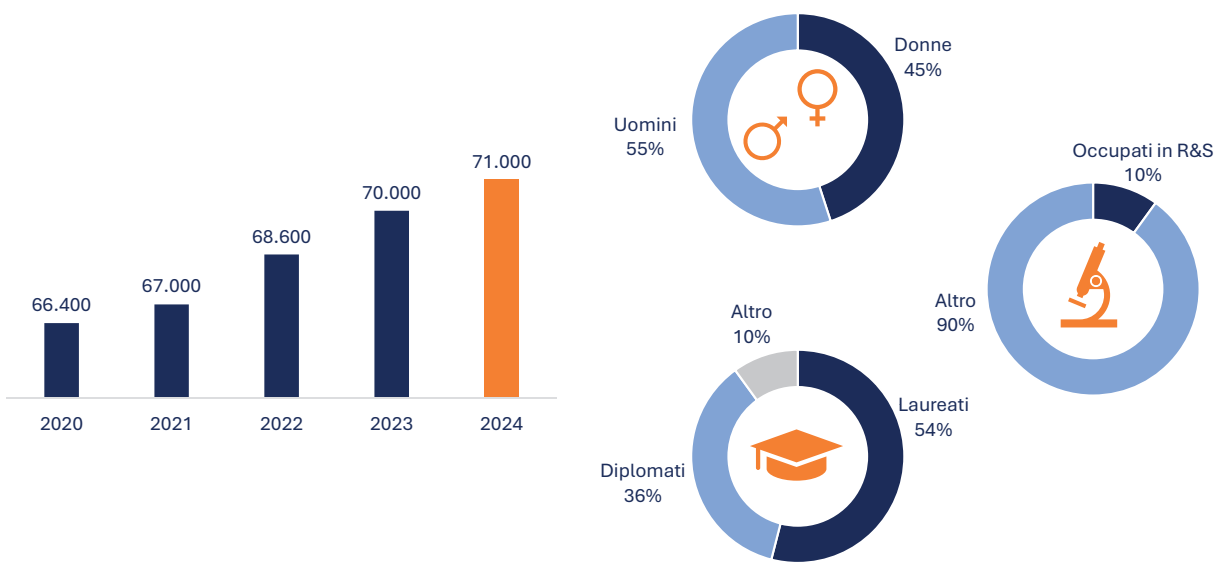


Figura 6. Occupati nell'industria farmaceutica (numero), 2020-2024.
A destra: Distribuzione degli occupati nell'industria farmaceutica per genere, tipologia e titolo di studio (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Farmindustria, 2025

29 EFPIA (2025), "The pharmaceutical industry in figures".
30 Farmindustria (2025), "Indicatori Farmaceutici".

Tendenze analoghe si osservano nel settore dei dispositivi medici che, tra il 2022 e il 2023, ha fatto registrare un significativo aumento degli occupati (+11%) a 130.520, pari al 16,5% degli oltre 790.000 occupati nel settore in Europa. Il numero di occupati donne (42%), gli addetti alla ricerca (7%) e gli occupati in possesso di laurea (49%, incluso un 3,4% con dottorato di ricerca) sono superiori alla media manifatturiera.[31] Come nel settore farmaceutico, il 68% degli occupati si trova in Lombardia, Emilia-Romagna o Veneto.

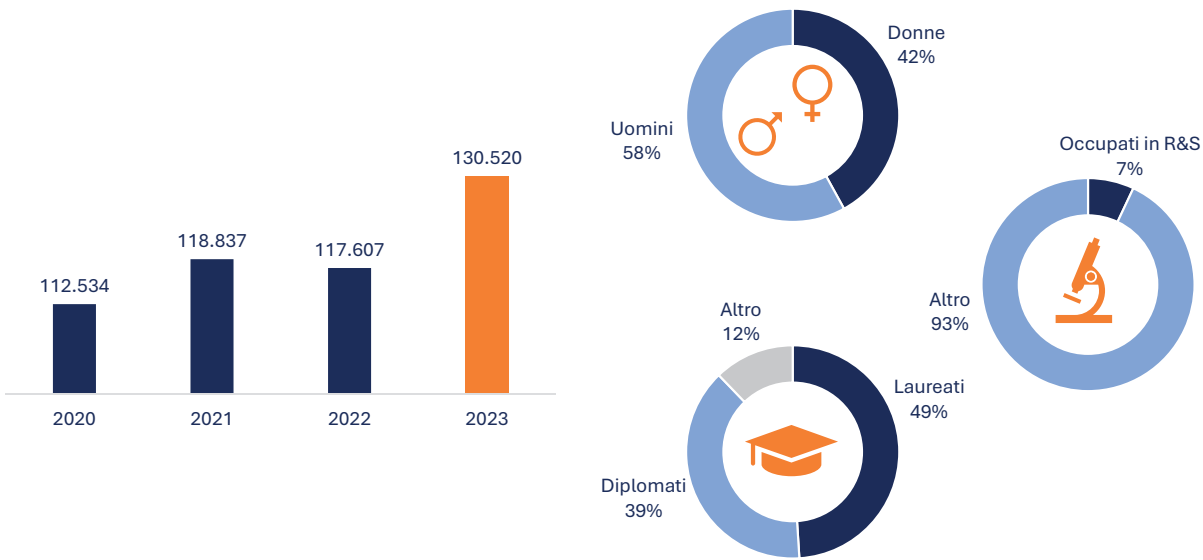


Figura 7. Occupati nell'industria dei dispositivi medici (numero), 2020-2023.
A destra: Distribuzione degli occupati nell'industria dei dispositivi medici per genere, tipologia e titolo di studio (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Confindustria DM, 2025

L'industria farmaceutica e biomedicale non registrano ancora una carenza di personale diffusa e strutturale, ma emergono segnali di difficoltà nel reperire alcune figure altamente specializzate. Le competenze più richieste, anche per via della rapida evoluzione tecnologica e della crescente digitalizzazione dei processi — come quelle in ambito regolatorio, ricerca clinica, analisi dati applicata alla salute, ingegneria biomedica e informatica — sono spesso rare sul mercato italiano. A incidere è anche il disallineamento tra percorsi formativi e bisogni delle imprese, con una domanda crescente di profili multidisciplinari che combinino competenze cognitive e tecniche, nell'ambito medico-scientifico e gestionale. In alcuni casi, la concorrenza internazionale per attrarre talenti qualificati e la migrazione di professionisti verso Paesi con prospettive di carriera e retribuzioni più competitive contribuiscono a rendere il processo di reclutamento più lento e complicato.

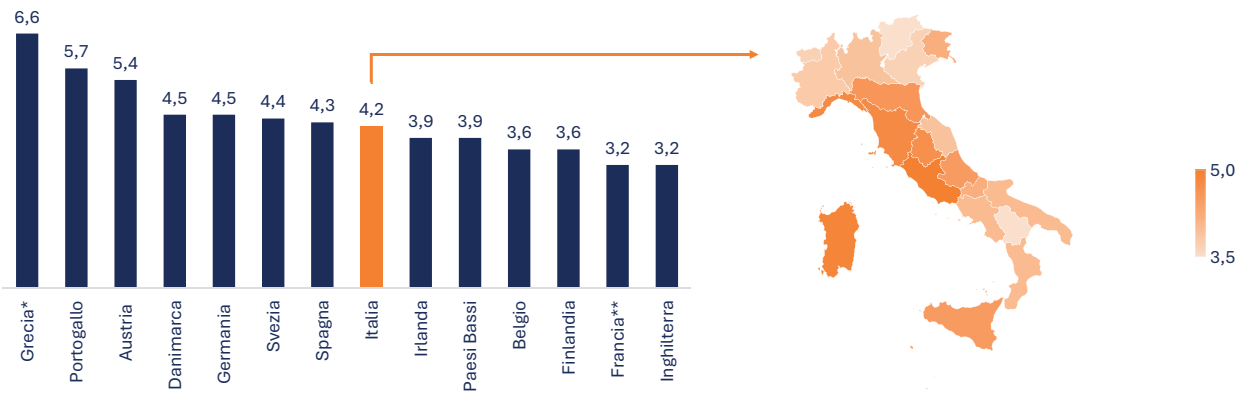
31 Confindustria Dispositivi Medici (2025), "Il settore in numeri".

11.3.2 Il personale sanitario in Italia

La carenza di personale sanitario è una delle sfide più importanti per i sistemi sanitari europei. Nel biennio 2022-2023, venti Paesi dell'Unione Europea, tra cui l'Italia, hanno segnalato una carenza di medici, mentre quindici hanno riportato difficoltà nel reperire infermieri[32]. Secondo le stime dell'OCSE, basate sulle soglie minime di personale necessarie a garantire una copertura sanitaria universale (UHC)[33], nel 2022 negli Stati Membri mancavano all'appello circa 1,2 milioni tra medici, infermieri e ostetrici.

La situazione italiana è stata sintetizzata dalla Corte dei Conti nella sua annuale Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2024, diffusa a giugno scorso: "Alle carenze di personale nelle strutture pubbliche, si sono accompagnati segnali e andamenti preoccupanti: il mancato ricambio in alcune specializzazioni, le criticità crescenti sul fronte del personale infermieristico anche a causa dell'elevato numero di pensionamenti attesi; le difficoltà di rendere operative le strutture previste per la riforma dell'assistenza territoriale, dove rimane centrale per la funzionalità delle stesse la promozione dell'integrazione e la valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali nei nuovi modelli organizzativi regionali".[34]

Guardando agli ultimi dati disponibili (2022), in Italia il numero dei medici, che include sia gli specialisti che i medici generici, come i MMG e quelli di continuità assistenziale – meglio nota come guardia medica – è pari a 4,2 per 1.000 abitanti, in linea o poco inferiore con i principali Paesi europei, come Spagna (4,3) e Germania (4,5). Il numero è aumentato nell'ultimo decennio, passando dai 3,9 per 1.000 abitanti del 2013 ai 4,2 attuali. La distribuzione, tuttavia, varia sensibilmente a livello regionale, anche se non vi è un gradiente geografico significativo: la presenza dei medici oscilla dai 5 per 1.000 abitanti del Lazio ai 3,5 della Campania.



(*) I dati si riferiscono a tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, comportando una significativa sovrastima del numero di medici realmente in attività.
(**) Non sono inclusi i medici in specializzazione

Figura 8. A sinistra: Medici (generici e specialisti) nei principali Paesi europei (numero per 1.000 abitanti), 2022.
A destra: Medici (generici e specialisti) nelle Regioni italiane (numero per 1.000 abitanti), 2022

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e ISTAT, 2025

32 OCSE e Commissione Europea (2024), "Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle".
33 Il raggiungimento dell'UHC rappresenta il target 3.8 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda ONU 2030.
34 Corte dei Conti (2025), "Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2024".

Il quadro cambia se si considerano solo i MMG i quali, insieme ai PLS e agli altri attori dell'assistenza primaria, come i farmacisti, rappresentano il primo punto di contatto dei cittadini con il SSN. I MMG, che sono più diffusi nel Mezzogiorno (0,7 per 1.000 abitanti) rispetto al Nord (0,6 per 1.000 abitanti), hanno dovuto far fronte a una crescente pressione derivante dall'aumento del numero di assistiti a loro carico: tra il 2014 e il 2023, la percentuale di medici che segue più di 1.500 pazienti[35] è quasi raddoppiata dal 28,0% al 51,7%. Nell'interpretazione della variabilità regionale, questa volta sfavorevole alle Regioni del Nord, si deve tener conto della geografia del territorio, della densità abitativa e soprattutto del fatto che alcune delle Regioni con la percentuale più alta, come Lombardia e Veneto, prevedono la possibilità per i MMG di aumentare fino a 1.800 il numero dei pazienti in carico.

Tuttavia, i recenti dati pubblicati da AGENAS sul personale del SSN evidenziano un calo costante di MMG e PLS: da 45.203 MMG nel 2013 si è passati a 37.983 nel 2023. mentre i PLS sono diminuiti da 7.705 a 6.706 nello stesso lasso di tempo. Questo riduce la capacità del SSN di garantire un adeguato livello di continuità e prossimità nelle cure alla popolazione.

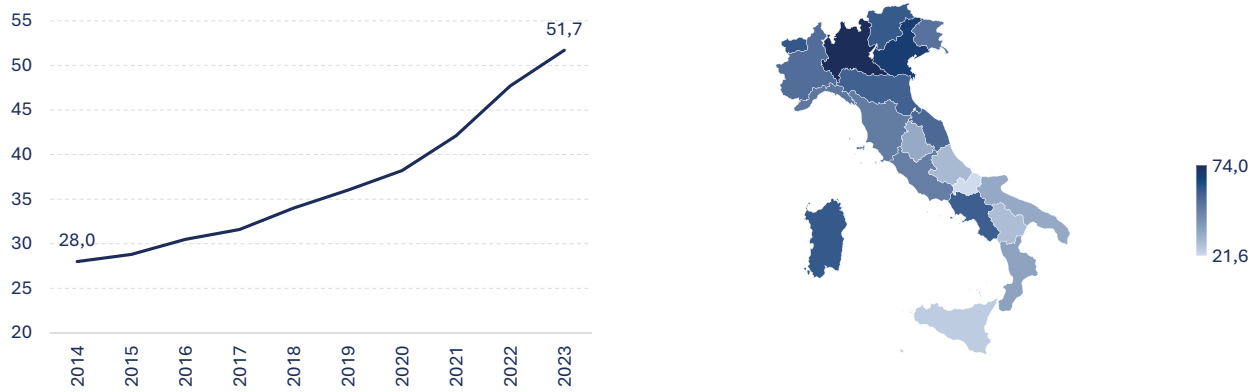


Figura 9. A sinistra: MMG con un numero di assistiti oltre soglia in Italia (% sul totale), 2014-2023.
A destra: MMG con un numero di assistiti oltre soglia nelle Regioni italiane (% sul totale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2025

Negli ultimi anni anche il numero di infermieri in Italia ha registrato un incremento, passando da 5,1 a 6,5 ogni 1.000 abitanti tra il 2013 e il 2022. Pur trattandosi di un aumento significativo, superiore a quello registrato per i medici, non è ancora insufficiente a colmare il divario consolidatosi negli anni rispetto ad altri grandi Paesi europei. In Germania, ad esempio, si contano 12 infermieri ogni 1.000 abitanti, mentre in Francia e in Inghilterra i valori si attestano rispettivamente a 8,8 e 8,7. La persistente carenza strutturale di personale infermieristico nel nostro Paese è confermata dal rapporto tra infermiere/medico, che in Italia, così come negli altri Paesi dell'Europa meridionale, è pari a 1,5, lontano da Irlanda (3,6) e Belgio (3,2), ma anche da Francia (2,8), Inghilterra (2,7) e Germania (2,6).

35 L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della medicina generale individua un massimale di 1.500 pazienti per ogni paziente, salvo eventuali deroghe ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, che hanno però una natura temporanea non superiore a sei mesi.

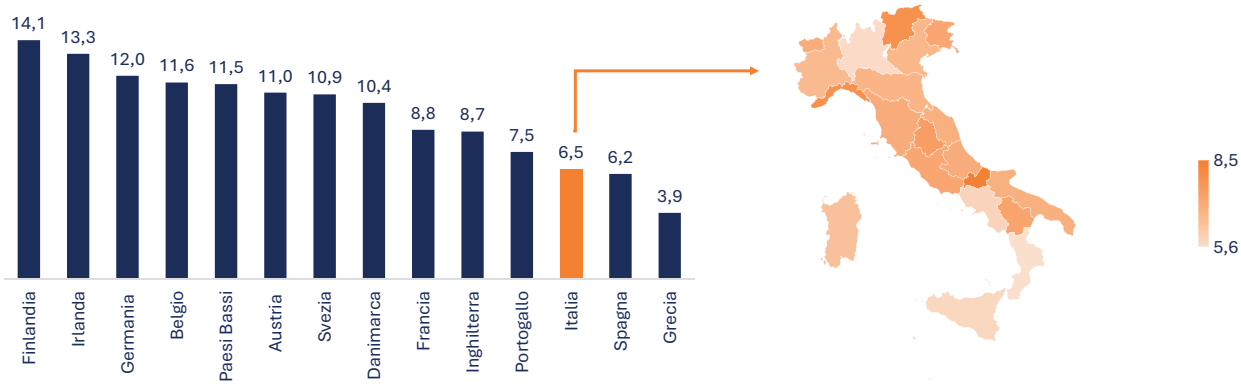


Figura 10. A sinistra: Infermieri nei principali Paesi europei (numero per 1.000 abitanti), 2022.
A destra: Infermieri nelle Regioni italiane (numero per 1.000 abitanti), 2022

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e ISTAT, 2025

A determinare la carenza concorrono due dinamiche demografiche convergenti: da un lato, l'invecchiamento della popolazione, che si traduce in una nuova e crescente domanda di cure; dall'altro, il progressivo invecchiamento del personale sanitario stesso, che impone un rapido e massiccio ricambio generazionale. Oggi, oltre un terzo dei medici e un quarto degli infermieri nell'UE ha più di 55 anni e si avvicina all'età del pensionamento, rendendo ancora più urgente l'adozione di strategie strutturali per garantire la continuità assistenziale nonché la sostenibilità del sistema. L'Italia, dove più di 1 medico su 2 (54%) ha superato i 55 anni (27% i 65 anni), è prima per anzianità del personale in servizio, seguita dalla Germania (44%) e dalla Francia (43%) e distante dai Paesi dell'Europa del nord, i quali hanno invece un personale infermieristico mediamente più anziano.

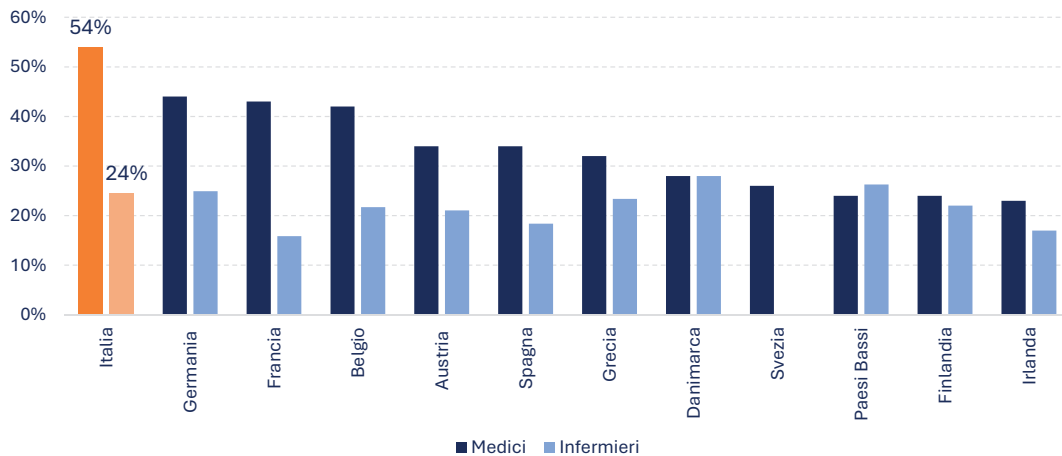


Figura 11. Medici (generici e specialisti) e infermieri con più di 55 anni nei principali Paesi europei (%), 2022

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e OCSE, 2025

Attualmente, come illustrato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) nell'audizione alla Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, per quanto riguarda i medici italiani l'aumento delle borse di specializzazione e quello dei posti disponibili presso le Scuole di Medicina e Chirurgia hanno permesso di assicurare al SSN un approvvigionamento di medici sufficiente a coprire il fabbisogno di medio termine. A fronte dei 113.000 pensionamenti previsti, infatti, dal 2021 al 2030 si stimano 145.000 nuovi iscritti a Medicina, determinando quindi un aumento complessivo di 32.000 unità nei prossimi anni al lordo delle dimissioni volontarie, comunque potenzialmente in grado di rispondere all'attuale carenza di medici di medicina generale e di alcuni specialisti, che si aggira intorno alle 20-25mila unità.

Dovranno essere inoltre valutati eventuali risvolti della riforma dell'accesso ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia (ma anche Odontoiatria e Medicina Veterinaria) approvata a marzo scorso alla Camera. La Riforma abolisce il test d'ingresso, consentendo a tutti gli studenti interessati di iscriversi al primo semestre del corso, denominato semestre filtro, al termine del quale sarà necessario superare gli esami previsti (chimica e propedeutica biochimica, fisica e biologia), che saranno uguali a livello nazionale, e posizionarsi utilmente nella graduatoria unica nazionale per accedere al secondo semestre e proseguire gli studi. Il rischio paventato da alcuni sindacati di medici e specializzandi è quello che, con 24.026 posti disponibili per l'a.a. 2025/2026 (+ 3.002 posti rispetto al 2024/2025), fra 6 anni una parte significativa dei neolaureati in Medicina non potrà accedere alla specializzazione, alimentando l'imbuto formativo che, secondo molti osservatori, continua a costituire la principale causa della carenza di medici in Italia.

I dati relativi all'assegnazione delle borse di specializzazione medica per il 2025 confermano una crisi di attrattività per la professione medica, particolarmente marcata in alcune aree specialistiche. Su 15.283 contratti di specializzazione disponibili, ne sono stati assegnati solo 12.714, pari all'83%. Seppur in miglioramento rispetto all'anno scorso, quando le borse assegnate erano state il 75%, quest'anno quasi un quinto delle borse è rimasto inutilizzato, numero destinato a diminuire ulteriormente a causa delle mancate immatricolazioni.

In risposta al perdurare della crisi di attrattività di alcune specializzazioni mediche, la Legge di Bilancio 2025 ha previsto nuove misure per incentivare la scelta di alcune discipline particolarmente in difficoltà. In particolare, sono stati stanziati 120 milioni di euro annui a partire dal 2026 per migliorare il trattamento economico degli specializzandi, con un aumento del 5% della parte di retribuzione fissa per tutte le specializzazioni e del 50% della parte variabile per le specializzazioni meno attrattive, come la medicina d'emergenza-urgenza, anestesiologia e infettivologia.

Se il numero dei laureati in Medicina e Chirurgia e, di conseguenza, abilitati alla professione sembra essere sufficiente, in quanto il problema si annida in alcune posizioni specifiche, in Italia si registra una generale carenza di laureati nelle professioni sanitarie, a partire da quella infermieristica. Nel 2022 la Corte dei Conti, sulla base di dati ISTAT del 2020, stimava in circa 65.000 unità il fabbisogno non coperto a livello nazionale; secondo il sindacato di categoria Nursing Up, con i dati più recenti e allineati a quelli europei, il fabbisogno attuale si aggirerebbe intorno alle 175.000 unità.

Nonostante nel 2023 l'indagine Almalaurea tra i laureati triennali delle 22 professioni sanitarie rilevi un netto aumento del tasso di occupazione all'84,8% (+8 p.p. rispetto al 2022), confermando il loro primato per livello di occupazione tra tutti i gruppi disciplinari, negli anni si è assistito a un drastico calo del rapporto tra domande di ammissione ai corsi delle professioni sanitarie e i posti disponibili.

Se nell'anno accademico 2019/2020 questo rapporto era al 3,1, nei successivi si è verificata una riduzione costante dei posti fino ad arrivare a 1,8 domande per posto nell'anno accademico 2024/2025. Questo calo è dovuto non solo a una diminuzione delle domande in termini assoluti, ma anche al positivo aumento dei posti messi a bando, che complessivamente sono passati dai circa 24.000 nel 2019/2020 ai circa 35.600 nel 2024/2025.

I dati dell'ultimo anno confermano la scarsa attrattività della professione infermieristica, che presenta un rapporto di poco superiore a uno tra domande (21.178) e posti disponibili (20.435). In alcune professioni sanitarie, tra cui fisioterapia (6,6 domande per posto), logopedia (4,2) e ostetricia (4,1), il rapporto è molto più alto, ma in 7 dei 23 corsi di laurea attivi nel 2024/2025, dall'educatore professionale al tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, dal terapista occupazione all'assistente sanitario, le domande sono state inferiori ai posti disponibili.

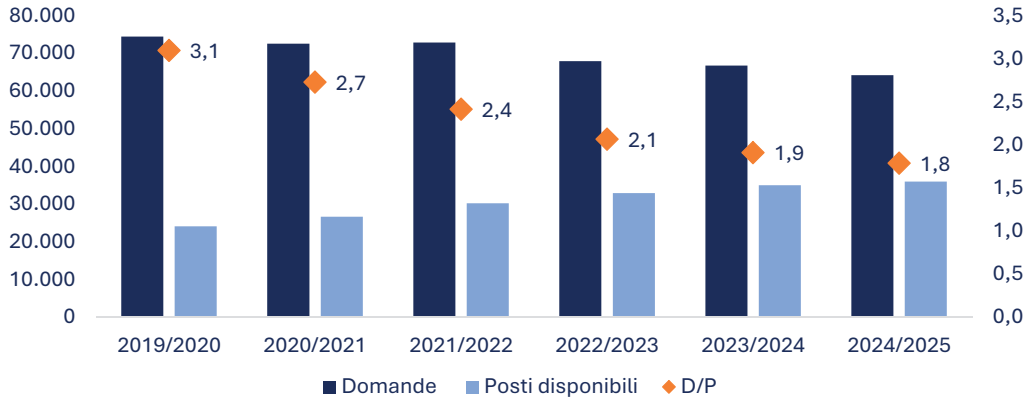


Figura 12. Domande di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie e posti disponibili nei corsi (numero) e rapporto tra domande e posti, anno accademico 2019/2020 – anno accademico 2024/2025

Fonte: TEHA su dati MUR, 2025

Come evidenziato nell'ultimo Report Health at a Glance[36], un elemento che incide sull'attrattività delle professioni mediche e infermieristiche nello specifico, è quello salariale. Se da un lato anche in Italia, in linea con gli altri Paesi europei, le retribuzioni dei medici sono tendenzialmente superiori alla media nazionale, riflettendo l'investimento richiesto per la loro formazione, la responsabilità associata al ruolo e la domanda crescente di professionisti qualificati, in termini assoluti queste risultano inferiori alla gran parte dei Paesi europei. Nel caso degli infermieri, in Italia come nei grandi Paesi europei, le retribuzioni sono allineate alle retribuzioni medie nazionali, che tuttavia variano notevolmente da uno Stato all'altro: un infermiere tedesco guadagna circa 50.000 euro, più dei colleghi spagnoli (40.000 euro circa) e italiani (30.000 euro circa).

36 OCSE (2024), "Health at a Glance: Europe 2024".

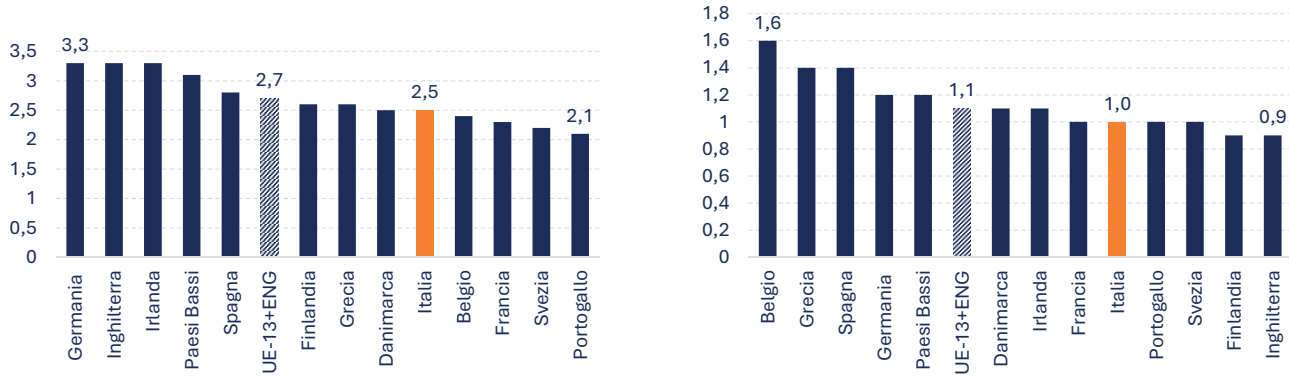


Figura 13. A sinistra: Retribuzione dei medici (generici + specialisti) in rapporto alla retribuzione media nei principali Paesi europei (numero), 2022. A destra: Retribuzione degli infermieri in rapporto alla retribuzione media nei principali Paesi europei (numero), 2022

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e OCSE, 2025

Per mitigare le carenze di personale sanitario, le più ricche economie europee, come Norvegia, Irlanda, Svizzera e Regno Unito, fanno un crescente affidamento su medici, infermieri e altri professionisti qualificati formati all'estero[37], a svantaggio di altri Paesi, tra cui l'Italia, che pagano il prezzo più alto del "brain drain", perdendo professionisti formati internamente che migrano verso contesti in cui le condizioni retributive e professionali sono più favorevoli.

Il fatto che appena l'1% dei medici del sistema sanitario italiano abbia studiato all'estero si spiega solo in parte con la presenza di percorsi universitari di primissimo livello – e con la minor propensione verso l'estero degli italiani rispetto ad altri europei, attribuibile a fattori culturali, linguistici, familiari e strutturali –, in quanto il nostro Paese è, insieme alla Germania, il principale "esportatore" di medici in Europa. Ogni anno, circa mille medici italiani richiedono i certificati per potersi trasferire e lavorare all'estero (in Europa, le destinazioni più gettonate sono Regno Unito, Francia, Svizzera e Germania), un numero che mette in evidenza l'urgenza di politiche mirate per trattenere i professionisti all'interno del sistema sanitario nazionale.

37 Si tratta in gran parte di professionisti stranieri ma non solo: nel caso della Norvegia, dove il 44% del personale medico in servizio si è formato all'estero, storicamente molti studenti scelgono di completare la formazione medica in altri Paesi, spesso con il sostegno economico del proprio Governo, per poi rientrare in patria una volta ottenuta la qualifica.

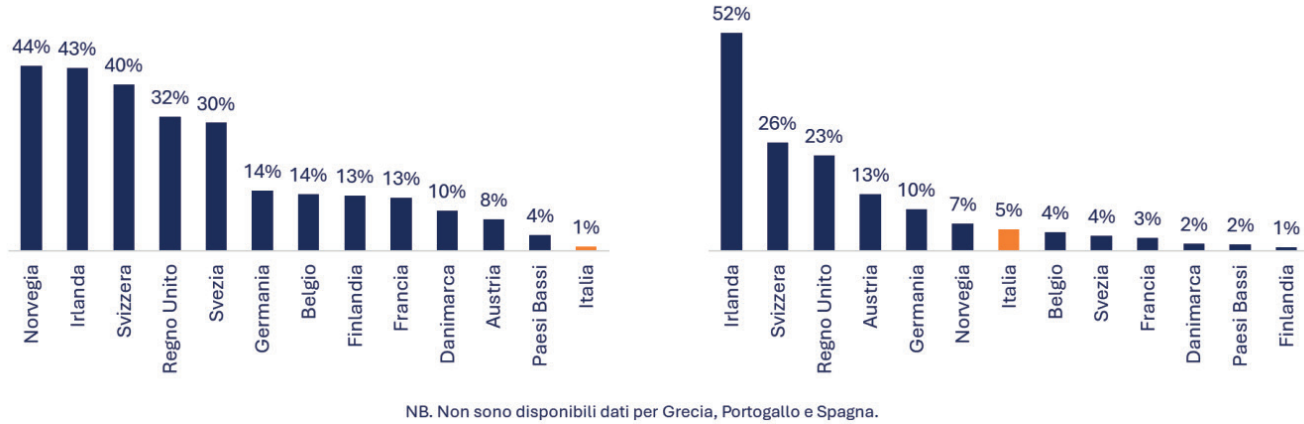


Figura 14. A sinistra: Medici formati all'estero nei principali Paesi europei (% sul totale), 2023 o ultimo dato disponibile. A destra: Infermieri formati all'estero nei principali Paesi europei (% sul totale), 2023 o ultimo dato disponibile

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2025

La carenza dei professionisti sanitari riguarda in misura crescente anche i farmacisti, che negli ultimi anni, grazie alla "farmacia dei servizi", la cui sperimentazione è stata finanziata per la prima volta nel 2018 e più volte prorogata, hanno fornito un contributo decisivo non solo nella dispensazione assistita dei farmaci ma anche nell'erogazione di servizi sanitari di prevenzione, come screening e vaccini, gestione delle cronicità e orientamento.

Da un lato in Italia il numero delle farmacie è cresciuto negli anni - attualmente possiamo contare su 1 farmacia ogni 2.920 abitanti, superiore alla media europea (1 ogni 3.214 abitanti)[38] – rafforzando il loro ruolo di presidio di prossimità a supporto e integrazione del Servizio Sanitario Nazionale. Dall'altro, nonostante le prospettive occupazionali favorevoli (84% impiegati a un anno dal titolo), il numero di laureati in Farmacia si è ridotto del 20% nell'arco di cinque anni, passando dai 5.080 del 2018 ai 4.030 del 2023[39].

La piena attuazione della "farmacia dei servizi" richiederà un numero maggiore di farmacisti. Per rendere più attrattiva la professione è necessario rivedere il percorso di formazione universitaria coerentemente con l'evoluzione del ruolo del farmacista: il trasferimento delle competenze e la loro valorizzazione è il primo passo per il riconoscimento, anche economico, dei professionisti.

11.3.3 L'Indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie, i provvedimenti normativi e le iniziative regionali

Diversi dei temi trattati in questo Capitolo sono stati al centro dell'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie promossa dalla Commissione Affari Sociali della Camera e presentata ad aprile 2025. L'indagine restituisce un quadro critico della situazione ma al contempo formula numerose proposte per il rilancio del capitale umano nel SSN.

38 Federfarma (2025), "La farmacia italiana 2025".
39 Dati Almalaurea, 2024.

I 53 stakeholder ascoltati – Ordini delle professioni mediche e sanitarie, sindacati e associazioni ed esperti, ma anche referenti istituzionali tra cui il Ministero della Salute, AGENAS e Conferenza delle Regioni – hanno messo al centro diverse questioni, alcune delle quali condivise: dagli squilibri territoriali alla scarsa valorizzazione professionale, da un'offerta formativa non sempre al passo con l'evoluzione del contesto epidemiologico e terapeutico alle limitate prospettive di carriera e, più in generale, a condizioni lavorative e retributive insoddisfacenti se non difficili, aggravate dal fenomeno delle aggressioni fisiche e verbali al personale sanitario. Tali problematiche sono alla base della carenza di personale, che da emergenza contingente rischia di diventare strutturale.

In aggiunta, emergono altre criticità, tra cui la "desertificazione sanitaria" delle aree interne, le incertezze contrattuali – l'ipotesi di CCNL del comparto sanità per il triennio 2022-2024 è stato firmato solo il 18 giugno 2025 – e un clima professionale appesantito dalla minaccia del contenzioso medico-legale.

Il sistema attuale risulta fortemente condizionato da vincoli normativi e finanziari che rallentano la capacità di risposta del nostro sistema alle sfide di salute: i tetti alla spesa per l'assunzione del personale sanitario, introdotti nel 2005 e solo in parte superati a partire dall'anno in corso con il Decreto Liste di Attesa[40], contribuiscono a ritardare il ricambio generazionale, rendendo difficile una pianificazione adeguata delle risorse. I percorsi di carriera sono spesso poco flessibili, i trattamenti economici non sempre proporzionali alle difficoltà e alle responsabilità connesse alle diverse funzioni e, non ultimo, la programmazione del fabbisogno professionale risulta spesso frammentata, anche a causa di un sistema unico di raccolta e analisi dei dati sul personale sanitario.

A questi elementi si affianca il ruolo del personale nel più ampio percorso di attuazione della Riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR e necessaria per potenziare l'integrazione socio-sanitaria e assistenziale. Dalla disponibilità di personale qualificato dipenderà infatti il successo delle strutture di cura intermedie, come le Case e gli Ospedali della Comunità, cardine della Riforma.

Su queste premesse comuni, le diverse categorie del comparto sanitario e non intervenute nel dibattito hanno elaborato riflessioni più specifiche. Di seguito le principali proposte emerse.

- **Personale medico:**
    - Programmare il fabbisogno degli specialisti su base decennale tenendo conto delle previsioni dei pensionamenti, dell'invecchiamento della popolazione e dei bisogni sanitari emergenti;
    - Introdurre incentivi fiscali e di indennità di funzione per attività svolte in contesti complessi (come l'emergenza-urgenza);
    - Rimuovere i vincoli di anzianità per l'accesso a incarichi dirigenziali o specialistici;
    - Rivedere i limiti all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria;
    - Superare le graduatorie regionali per i medici di medicina generale.

40 Secondo il Decreto Liste D'attesa, convertito con Legge 107 del 29 luglio 2024, dal 2025 il tetto di spesa è sostituito con una nuova metodologia di calcolo sviluppata da AGENAS, in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Questa metodologia utilizza un algoritmo che permetterà di calcolare il fabbisogno di personale in modo specifico per ogni ospedale e reparto, basandosi sui posti letto disponibili, sulla tipologia di pazienti trattati e sui DRG (Diagnosis-Related Groups); mancando tuttora la valutazione dell'Agenzia sulla stima del personale necessario, la norma nei fatti non è ancora operativa.

- **Personale infermieristico:**
    - Promuovere l'attrattività della professione, adeguando il trattamento retributivo agli standard europei e introducendo indennità legate alla presenza in servizio, al disagio lavorativo e alla tipologia di attività svolta;
    - Introdurre lauree magistrali a indirizzo clinico-abilitante e integrare gli organici del personale docente.
- **Professioni tecniche, riabilitative e della prevenzione:**
    - Rivedere la normativa professionale, tuttora regolate da norme datate e spesso prive di riconoscimenti adeguati;
    - Potenziare i percorsi di laurea magistrale ed estendere la formazione continua certificata e obbligatoria alle figure oggi escluse.
- **Altre professioni non sanitarie (biologi, chimici, fisici, …):**
    - Istituire nuove specializzazioni per rispondere alle nuove tendenze, dall'embriologia all'ecotossicologia, e ripristinare la specializzazione in chimica analitica, settore fondamentale per la medicina nucleare e per le preparazioni mediche;
    - Riconoscere le borse agli specializzandi al di fuori dell'area medica.
- **Farmacisti**:
    - Prevedere sostegni economici analoghi a quelli previsti per i medici specializzandi a tutti gli operatori sanitari tenuti a svolgere un tirocinio.

Alcune delle proposte emerse da questo percorso di ascolto e condivisione hanno trovato o troveranno riscontro nell'attività legislativa, a partire dalla Delega al Governo sul riordino delle professioni sanitarie che, come previsto dal Documento di Finanza Pubblica (l'ex Documento di Economia e Finanzia) 2025 approvato a fine aprile 2025, si configurerà come un collegato alla prossima Legge di Bilancio.

Il Disegno di Legge Delega approvato il 4 settembre 2025 si articola in tre grandi ambiti:

- la ridefinizione dei percorsi formativi e delle competenze professionali;
- la promozione di misure strutturali per il rafforzamento del personale sanitario;
- la riforma della responsabilità professionale.

Si prevede innanzitutto l'introduzione di nuove misure e incentivi per attrarre e trattenere i professionisti (ad esempio, mantenimento in servizio, premi per chi lavora in aree disagiate, impiego di specializzandi con contratti flessibili, sistemi premianti legati alla performance, semplificazione delle incombenze amministrative). Per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze si intende lanciare un sistema nazionale di certificazione, rivedere la formazione continua e realizzare una strategia per l'uso consapevole dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario, oltre a instituire nuove scuole di specializzazione anche con riferimento alle professioni sanitarie di odontoiatra, chimico e biologo, e trasformare il corso regionale di formazione specifica in Medicina Generale in Scuola di specializzazione. Accanto a questi interventi, il Disegno di Legge prevede una riformulazione delle norme sulla responsabilità penale dei professionisti sanitari attraverso la stabilizzazione e

il rafforzamento dello "scudo penale" (sempre esclusa la colpa grave)[41]. Questa norma mira ad arginare le esternalità negative della medicina difensiva che, inducendo i medici a prescrivere esami costosi, spesso inutili e invasivi, incide in maniera significativa sulla spesa sanitaria e allunga le liste d'attesa, a danno dei pazienti e del SSN.

Nell'ultimo periodo, anche alcune Regioni stanno mettendo in campo nuove misure e incentivi per contrastare la carenza di personale medico e soprattutto infermieristico.

Il Veneto, ad esempio, dove mancano all'appello circa 3.500 infermieri nel settore sanitario e socio-sanitario, è stata la prima Regione a statuto ordinario a introdurre, dall'anno accademico 2025/2026, un voucher di 1.000 euro l'anno per ciascuno dei tre anni per i nuovi iscritti al corso di laurea in Infermieristica nelle università della Regione che supereranno l'esame annuale di tirocinio. La misura, finanziata in via sperimentale dalla Regione attraverso fondi FSE+ 2021–2027, segue l'esperienza positiva del voucher da 1.500 euro introdotto negli scorsi anni in Veneto per incentivare l'iscrizione ai corsi per Operatori Socio-Sanitari (OSS), che ha contribuito a un aumento dei corsi e degli iscritti. Inoltre, il voucher si inserisce in un progetto più ampio per promuovere questo percorso, che include una campagna digitale per i giovani che si affacciano alla scelta universitaria, ma anche altre misure per dar voce alle esigenze dei professionisti in servizio, ad esempio attraverso la mobilità volontaria tra le aziende del SSR senza dover superare nuovi concorsi, l'attivazione di sportelli psicologici per i professionisti in tutte le aziende e un maggior impegno sul versante contrattuale.

Sull'esempio del Veneto, a luglio 2025 in Regione Lombardia la Giunta ha accolto un ordine del giorno di minoranza che propone di avviare in via sperimentale l'erogazione di voucher del valore di 500 euro al primo anno, 1.000 euro al secondo e 1.500 euro al terzo per gli iscritti al corso di laurea in Infermieristica dall'anno accademico 2026/2027. Alcune Regioni hanno finanziato contratti di formazione specialistica aggiuntivi, altre stanno valutando di introdurre incentivi per l'iscrizione alle specializzazioni meno attrattive o al corso di formazione specifica in medicina generale.

In questo contesto, emerge con forza la necessità di una riforma sistemica delle professioni sanitarie, fondata su alcuni elementi prioritari, tra i quali il reale superamento dei tetti di spesa per il personale e la ridefinizione della governance sanitaria, con un rilancio del governo clinico e una maggiore responsabilizzazione gestionale degli stessi professionisti sanitari. Un'altra priorità condivisa è la valorizzazione delle competenze professionali, che non può prescindere dalla revisione dei percorsi formativi universitari e post-laurea, con un loro adeguamento ai fabbisogni reali del sistema e una maggiore integrazione con le dinamiche regionali e locali.

41 Grazie al Decreto Milleproroghe di febbraio 2025, lo "scudo penale" era già stato esteso per tutto il 2025 per i professionisti sanitari, per dolo e colpa grave, in situazioni di grave carenza di personale.

12. IL SETTORE DELLE LIFE SCIENCE IN EUROPA E IN ITALIA: VALORE, SFIDE E PROSPETTIVE

12.1 I CAMBIAMENTI IN ATTO NEL QUADRO COMPETITIVO GLOBALE

Negli ultimi decenni la geografia competitiva nel settore delle Life Science ha attraversato una fase di profonde trasformazioni. Una delle più rilevanti è senza dubbio l'affermarsi di Cina e India non solo come poli produttivi ma anche come protagonisti della ricerca e sviluppo. Parallelamente, gli Stati Uniti hanno consolidato la loro leadership globale, dimostrando una capacità innovativa destinata a crescere ulteriormente nei prossimi anni. In questo scenario di cambiamenti globali – a cui si aggiungono le incertezze e l'instabilità legate alle guerre – l'Europa si trova a fronteggiare una progressiva perdita di competitività.

I segnali di questo trend si sono moltiplicati negli ultimi anni, sia sul fronte industriale che su quello dell'innovazione. In termini di volume di mercato, nel 2024 il Nord America ha rappresentato il 54,8% delle vendite mondiali di farmaci, contro il 22,7% dell'Europa. Nel periodo 2019-2023, il 66,9% delle vendite dei nuovi medicinali lanciati a livello globale ha riguardato il mercato statunitense, mentre solo il 15,8% ha interessato i 5 principali mercati europei, sintomo di una mancanza di attrattività per i prodotti più innovativi che penalizza l'accesso al trattamento dei pazienti europei.

Dal punto di vista dell'innovazione, la capacità europea di sviluppare nuove molecole si è indebolita: nel 2024 la Cina ha superato per la prima volta sia Stati Uniti che Europa per numero di nuove sostanze attive sviluppate (28 contro 25 e 18 rispettivamente[1]), facendo scivolare il continente europeo al terzo posto per innovazione farmaceutica.

Preoccupante è anche il quadro della ricerca sulle soluzioni tecnologiche più innovative come le ATMP[2], ovvero quelle terapie avanzate che si basano su geni, cellule e tessuti, piuttosto che sulla sintesi chimica tradizionale. La capacità di un sistema di ricerca di posizionarsi realmente sulla frontiera dell'innovazione terapeutica si misura infatti dal numero di progetti avviati in questi ambiti, che richiedono competenze avanzate e tecnologie di frontiera, oltre a un forte ecosistema a sostegno dell'innovazione. In questo campo l'Europa appare in netto ritardo: attualmente sviluppa solo il 16% delle terapie avanzate a livello globale, contro il 44% in Asia e il 44,3% negli Stati Uniti[3], confermando il rischio di marginalizzazione nel segmento a più alto valore aggiunto dell'industria farmaceutica.

A questa perdita di centralità si aggiunge una crescente dipendenza della filiera industriale europea per materie prime e principi attivi da Paesi terzi. La concentrazione delle catene di fornitura in Cina e India indebolisce l'autonomia strategica del settore e accresce l'esposizione a rischi di natura geopolitica, economica e sanitaria. Questa dipendenza, combinata con la ridotta attrattività del mercato europeo per i farmaci innovativi, amplifica le fragilità strutturali del settore.

Le prospettive per i prossimi anni confermano la criticità della situazione. Secondo un recente sondaggio EFPIA[4], tra il 2025 e il 2029 sono a rischio circa il 50% degli investimenti in R&S previsti in Europa, pari a 52,6 miliardi di euro, e l'85% degli investimenti in produzione, pari a 50,6 miliardi di euro, per un totale di oltre 100 miliardi di euro che potrebbero essere rilocalizzati negli Stati Uniti o in Asia. Le principali

1 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), 2025.
2 Advanced Therapy Medicinal Products.
3 Alliance for Regenerative Medicine, 2025. La somma può superare il 100% in quanto alcuni trial clinici sono condotti in più continenti.
4 EFPIA (2025), "Pharma CEOs alert President von der Leyen to risk of exodus to the US".

motivazioni identificate dalle imprese includono una maggiore disponibilità di capitali all'estero, un quadro regolatorio più favorevole, tempi di approvazione più rapidi e una protezione della proprietà intellettuale più robusta.

L'insieme di questi elementi descrive un quadro allarmante: l'Europa, pur partendo da una tradizione storica di eccellenza e mantenendo un ruolo di rilievo nella ricerca e nella manifattura, rischia oggi un progressivo impoverimento delle sue filiere della ricerca e della produzione nel settore delle Life Science.

12.1.1 La minaccia dei dazi statunitensi

Dal suo insediamento a gennaio 2025, la seconda amministrazione Trump ha introdotto un elevato grado di incertezza nei mercati internazionali attraverso una politica commerciale marcatamente protezionistica. Con l'obiettivo dichiarato di riequilibrare la bilancia commerciale statunitense, la Casa Bianca ha avviato una sequenza di annunci di misure tariffarie, non sempre poi concretizzatesi, che hanno scosso profondamente i mercati e generato elevata incertezza. Particolarmente destabilizzante è stato l'annuncio di dazi fino al 250% sulle importazioni di farmaci, che ha generato forti tensioni tra gli operatori del settore nei primi mesi del 2025.

Il 27 luglio 2025, dopo settimane di negoziati, Stati Uniti e Unione Europea hanno raggiunto un accordo che ha scongiurato lo scenario peggiore. L'intesa ha fissato i dazi sui beni europei, inclusi i prodotti farmaceutici con l'esclusione dei farmaci generici-equivalenti, al 15%. Secondo le prime stime, tuttavia, l'impatto per l'industria farmaceutica statunitense rimane molto rilevante, con un costo annuo stimato tra i 13 e i 19 miliardi di dollari[5]. Anche l'industria farmaceutica europea subirà impatti significativi: EFPIA ha sollevato preoccupazioni sul fatto che i dazi potrebbero creare carenze, incidere sull'accesso all'innovazione dei pazienti e costruire barriere alla ricerca e sviluppo globale.

L'accordo non si è limitato al settore farmaceutico ma ha incluso anche impegni più ampi da parte dell'Unione Europea: l'acquisto per 790 miliardi di euro di prodotti energetici e semiconduttori statunitensi, un piano di investimenti per 600 miliardi di euro nell'economia americana entro il 2028 e un incremento "sostanziale" delle importazioni di forniture militari dagli USA. In caso di mancato rispetto di tali impegni, l'amministrazione Trump si è riservata il diritto di aumentare nuovamente i dazi.

L'insieme delle misure tariffarie statunitensi, che comprendono anche dazi fino al 50% su Cina e India, ha riportato il livello medio dei dazi ai valori registrati negli anni '30 del Novecento, compromettendo decenni di progressiva liberalizzazione commerciale e apertura al commercio mondiale. Ad agosto 2025, il consumatore americano pagava in media il 18,6% sui prodotti importati.

5 Jefferies Group, 2025.

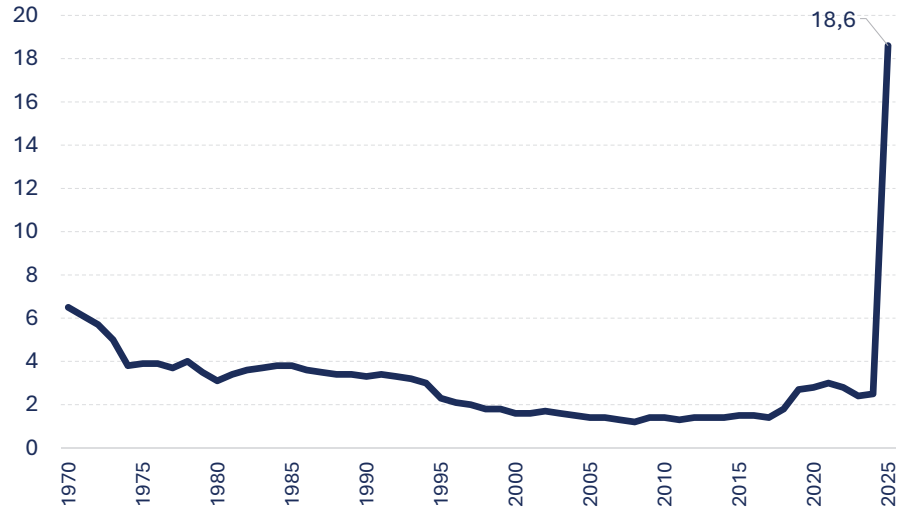


Figura 1. Dazio medio sulle importazioni negli Stati Uniti (in %), 1970 – 2025

Fonte: TEHA Group su dati The Budget Lab at Yale, 2025

Le conseguenze non si limitano però al rialzo dei costi per l'industria europea. Un altro effetto è stato quello di riorientare i flussi di investimento globale, anche nell'ambito delle Life Science, verso gli Stati Uniti. Secondo le dichiarazioni delle principali aziende del settore, sono già stati pianificati oltre 350 miliardi di dollari di nuovi investimenti produttivi negli USA entro il 2030, con l'obiettivo di aumentare la capacità manifatturiera locale ed evitare così gli oneri tariffari. Questo significativo spostamento di capitali rischia di aggravare ulteriormente la perdita di competitività dell'Europa, accentuando il trend già emerso negli ultimi anni in termini di attrattività per ricerca, sviluppo e manifattura ad alto valore aggiunto.

Per recuperare competitività in questo scenario, l'Europa non può puntare a colmare un gap dimensionale nei confronti degli Stati Uniti che è difficilmente superabile, ma deve invece compensarlo attraverso politiche mirate a creare condizioni ottimali per la crescita delle imprese. Questo significa agire, sia a livello europeo che nazionale, su un insieme di leve, tra cui il rafforzamento del capitale umano, la fiscalità con incentivi mirati per R&S e investimenti produttivi, e l'accelerazione dei processi di autorizzazione e accesso all'innovazione.

Il 25 settembre 2025, l'amministrazione Trump ha annunciato una ulteriore revisione della sua politica commerciale con l'introduzione di dazi al 100% sui prodotti farmaceutici, esclusi i farmaci generici-equivalenti. Non è chiaro se i nuovi dazi si applicheranno anche ai Paesi con i quali nei mesi scorsi è stato concluso un accordo commerciale, tra i quali anche l'Unione Europea. Tuttavia, l'incertezza derivante dall'imprevedibilità delle scelte dell'amministrazione Trump rappresenta di per sé un elemento di instabilità che grava sul settore farmaceutico europeo e italiano.

12.2 DAL RAPPORTO DRAGHI ALLA LIFE SCIENCE STRATEGY: IL NUOVO QUADRO EUROPEO

Il settore è pienamente in linea con gli obiettivi delineati dalla "Bussola per la competitività", il nuovo Piano strategico per lo sviluppo economico dell'Unione Europea presentato dalla Commissione Europea nel febbraio 2025 e fortemente ispirato alle raccomandazioni del Rapporto Draghi.

La Bussola per la competitività individua 3 pilastri strategici per il rilancio industriale europeo, tra i quali la necessità di colmare il deficit di innovazione rispetto ai Paesi più tecnologicamente avanzati e di ridurre le dipendenze dall'estero per le cosiddette tecnologie critiche[6]. Le caratteristiche del settore delle Life Science trovano pieno riscontro in questi obiettivi, distinguendosi per l'elevata intensità di investimenti in R&S e per la presenza di una filiera integrata, dalla ricerca alla produzione, che può contribuire a ridurre la dipendenza dell'Europa da Paesi terzi. Tuttavia, su entrambi i fronti vi è un rischio concreto che l'Europa perda terreno rispetto ai principali concorrenti globali.

Tra i principali ostacoli alla crescita delle aziende del settore vi è il mancato completamento del mercato unico europeo, che continua a essere frammentato da barriere non tariffarie significative, tra cui differenze normative, procedure di autorizzazione non armonizzate e, nell'ambito delle Life Science, difficoltà nell'accesso ai dati sanitari. Secondo recenti stime, tali barriere equivalgono a un dazio implicito pari al 45% per i beni[7] e al 110% per i servizi[8], limitando la competitività e la capacità di espansione delle imprese. Un accesso pienamente integrato al mercato europeo consentirebbe maggiori economie di scala e una crescita interna più sostenuta, condizioni necessarie per finanziare gli investimenti in innovazione e rafforzare la posizione dell'Europa nel contesto globale.

Il mancato completamento del mercato unico ha anche un impatto significativo sull'accesso ai capitali, un altro ostacolo alla competitività europea. Ogni anno, gli investimenti di venture capital nelle aziende statunitensi sono dalle 6 alle 8 volte superiori rispetto a quelli destinati alle imprese dell'Unione Europea[9]. Il rafforzamento e l'integrazione dei mercati dei capitali europei renderebbero le aziende del settore delle Life Science più attrattive per gli investitori, facilitando la raccolta di risorse finanziarie necessarie per sostenere la loro crescita.

Di fronte al rischio di progressiva marginalizzazione industriale e tecnologica, l'Unione Europea ha avviato negli ultimi anni un ampio pacchetto di riforme con l'ambizione esplicita di riconquistare una posizione di leadership globale nel settore delle Life Science. I 2 obiettivi principali sono, da un lato, favorire la crescita di un ecosistema europeo in grado di attrarre investimenti e stimolare l'innovazione, portando ricerca e produzione verso segmenti a più alto valore aggiunto, e dall'altro, garantire un accesso più rapido, diffuso ed equo alle nuove terapie e tecnologie sanitarie, rafforzando l'autonomia strategica anche attraverso interventi mirati nella produzione di farmaci critici. Si tratta di un traguardo particolarmente ambizioso, considerato che innovazione e accesso sono dimensioni spesso difficili da conciliare: l'incremento della prima può andare a scapito della seconda, e viceversa. In questa prospettiva si collocano la proposta di riforma della legislazione farmaceutica, il Critical Medicines Act, il nuovo Biotech Act, l'iniziativa ACT EU per la ricerca clinica e la più recente Life Sciences Strategy, che rappresentano i pilastri su cui l'UE intende fondare il proprio rilancio competitivo.

La riforma della legislazione farmaceutica europea, presentata nel 2023[10], è uno dei dossier più rilevanti ma anche più divisivi per gli Stati membri e per i gruppi politici del Parlamento Europeo. Al centro del dibattito si colloca la durata della protezione brevettuale (Regulatory Data Protection, RDP), uno strumento cruciale per incentivare l'innovazione[11]. A giugno 2025 il Consiglio dell'Unione Europea ha raggiunto una posizione comune. La proposta attualmente in discussione prevede la riduzione del periodo di protezione a 8 anni, estendibile fino a ulteriori 2 anni in caso di rispondenza a bisogni medici insoddisfatti o ad altre condizioni specifiche, come lo svolgimento di studi clinici paneuropei.

6 Il terzo pilastro riguarda la decarbonizzazione dell'economia europea.
7 I dazi impliciti causati da normative eterogenee tra i diversi Stati negli USA (15%) sono solo un terzo di quelli tra Paesi Membri dell'UE.
8 Fondo Monetario Internazionale, 2024.
9 European Investment Bank (2024), "The scale-up gap. Financial market constraints holding back innovative firms in the European Union".
10 La proposta della Commissione Europea si configura in una nuova direttiva e un nuovo regolamento, che sostituiscono la legislazione farmaceutica generale esistente.
11 Per una analisi più approfondita sulla riforma si veda il XIX Rapporto Meridiano Sanità.

Il Consiglio dovrà ora avviare il negoziato con il Parlamento Europeo per arrivare a un testo definitivo, un passaggio che si preannuncia complesso a causa delle significative divergenze politiche.

Durante la Presidenza danese del Consiglio dell'Unione Europea, nella seconda metà del 2025, anche un altro tassello della riforma europea per il settore delle Life Science dovrebbe essere discusso: il Biotech Act. Su questo pacchetto legislativo, annunciato negli orientamenti politici della Presidente von der Leyen per il suo secondo mandato, non sono ancora disponibili informazioni esaustive. Le incertezze riguardano sia i tempi sia l'ambito di applicazione della futura normativa, a fronte di un confronto ancora aperto tra Commissione[12], Parlamento e Stati Membri sul perimetro di applicazione della riforma, che potrebbe limitarsi al settore sanitario oppure abbracciare un insieme di ambiti come difesa, energia, agricoltura e lotta ai cambiamenti climatici[13].

Ulteriore pilastro del nuovo quadro europeo per il settore farmaceutico è il Critical Medicines Act (CMA), attualmente in fase di discussione tra Parlamento e Consiglio dopo la proposta avanzata dalla Commissione europea nel marzo 2025. Il CMA si inserisce all'interno della strategia complessiva di rafforzamento della sicurezza dell'approvvigionamento farmaceutico nell'Unione e fa seguito alla recente definizione da parte della Commissione e dell'EMA della Union List of Critical Medicines, che individua 288 principi attivi considerati essenziali per la salute pubblica europea[14].

L'obiettivo prioritario del Critical Medicines Act è quello di potenziare la capacità produttiva dell'UE dei medicinali critici, riducendo la dipendenza da altri Paesi e limitando il rischio di interruzioni nell'approvvigionamento. Per raggiungere questi risultati, la proposta legislativa prevede una serie di strumenti: incentivi finanziari e autorizzazioni rapide per i progetti strategici di produzione[15], revisione delle linee guida sugli aiuti di Stato per favorire il sostegno pubblico a tali progetti, appalti congiunti su base volontaria per ridurre le disuguaglianze di accesso tra Stati membri, e partenariati strategici con Paesi terzi per diversificare le fonti di approvvigionamento. Un ulteriore intervento previsto dal CMA è quello di favorire criteri di procurement negli appalti pubblici che privilegino l'autonomia strategica oltre al prezzo (criteri MEAT[16]), in linea con le raccomandazioni della Corte dei Conti Europea per la prevenzione della carenza di farmaci[17].

Il testo attualmente in discussione prevede tuttavia una dotazione finanziaria decisamente limitata, circa 83 milioni di euro per il biennio 2026-2027, somme sufficienti a coprire i soli costi di gestione e coordinamento della misura. In assenza di finanziamenti più consistenti dedicati al reshoring e al potenziamento delle capacità manifatturiere, il rischio è che il CMA resti una cornice strategica senza impatto tangibile sull'accesso a farmaci critici e sulla sovranità sanitaria europea. Un rafforzamento degli strumenti finanziari di sostegno appare quindi indispensabile per garantire l'efficacia dell'iniziativa.

Il provvedimento più ambizioso per il settore delle Life Science, presentato a luglio del 2025, è rappresentato dalla Life Sciences Strategy, iniziativa definita dalla Commissione Europea come strumento per "posizionare l'Europa come la regione più attrattiva al mondo per le scienze della vita entro il 2030". È importante sottolineare come in questo caso con il termine Life Sciences la Commissione si riferisca non solo ai settori farmaceutico, biotecnologico, dei dispositivi medici e ai sistemi sanitari, ma abbracci una visione più ampia che include ambiti come i biomateriali, la carbon capture e la nutrizione personalizzata[18].

12 Il dossier fa capo alla DG Sante del Commissario Várhelyi.
13 Parlamento Europeo, 2025.
14 I principi attivi sono stati selezionati sulla base della gravità della patologia e della disponibilità di soluzioni terapeutiche alternative.
15 Sia in termini di creazione di nuova capacità produttiva che di potenziamento di quella esistente.
16 Most Economically Advantageous Tender.
17 Corte dei Conti Europea (2025), "Carenze critiche di medicinali. Le misure dell'UE hanno fornito un valore aggiunto, ma i problemi strutturali persistono".
18 In generale, i settori interessati sono quelli riguardanti lo studio scientifico degli organismi viventi, inclusa la biochimica, la biologia molecolare, genetica e genomica, biologia cellulare, microbiologia, fisiologia e tutti i settori ad essi collegati.

La Strategia si articola su 3 direttrici principali orientate a:

- ottimizzare l'ecosistema europeo di ricerca e innovazione (R&I) attraverso il rafforzamento della collaborazione tra biocluster[19] e istituire di una rete europea di Centri di eccellenza sulle ATMP[20], rafforzare le infrastrutture di dati genomici europei (25 milioni di euro) e la formazione di competenze specialistiche;
- accelerare l'innovazione e semplificazione dell'accesso al mercato tramite tecnologie digitali, anche mediante la digitalizzazione delle procedure regolatorie, l'introduzione di sandbox regolatorie e la promozione dell'uso di strumenti di intelligenza artificiale nei processi autorizzativi, oltre a investimenti in tecnologie di IA generativa multimodale nella ricerca biomedica;
- promuovere la manifattura, con particolare attenzione all'integrazione tra ricerca e produzione e al rafforzamento delle filiere biotecnologiche europee, con 200 milioni di euro dedicati al settore delle biotecnologie industriali, bio-manifattura e materiali avanzati.

Tra le misure più interessanti previste dalla Life Sciences Strategy vi è un forte impegno volto a migliorare il coordinamento e la governance del settore a livello europeo, nonché a sostenere la crescita e l'attrattività della ricerca nel continente. In particolare, la Commissione intende istituire una European Life Sciences R&I Data Assembly, un organo che riunirà autorità competenti a livello europeo e degli Stati Membri, insieme ai principali enti di ricerca e innovazione, con l'obiettivo di favorire l'armonizzazione dei quadri normativi in materia di dati sanitari e di rafforzare la collaborazione e il coordinamento regolatorio. Parallelamente, sarà istituito all'interno della Commissione un Life Sciences Coordination Group incaricato di garantire la coerenza delle politiche, dei finanziamenti e delle attività in chiave favorevole all'innovazione, superando le attuali frammentazioni tra le diverse Direzioni Generali della Commissione.

Il Piano prevede, inoltre, l'avvio di un programma comunitario di investimenti per la ricerca clinica, che dovrà agevolare il finanziamento dei trial clinici paneuropei e rafforzare le infrastrutture dedicate alla ricerca clinica, con l'obiettivo di rendere l'Unione un polo più attrattivo per lo sviluppo e la sperimentazione di nuove terapie.

Nonostante il documento individui risorse finanziarie per oltre 10 miliardi di euro all'anno, da mobilitare principalmente attraverso programmi esistenti come Horizon Europe, EU4Health, Digital Europe e altri strumenti a livello europeo e nazionale, non è chiaro quante di queste risorse rappresentino nuovi stanziamenti e quante siano frutto di una riclassificazione sotto un nuovo ombrello strategico. Se da un lato questo significa che le risorse aggiuntive per il settore potrebbero essere inferiori alla cifra annunciata, dall'altro la riprogrammazione in chiave organica di una serie di investimenti europei sotto una governance unitaria resta un elemento positivo per il suo sviluppo.

Va infine sottolineato come la somma degli impegni finanziari dettagliati all'interno del documento sia largamente inferiore al totale annunciato, e manchino indicazioni circa la mobilitazione di capitali privati o l'eventuale incremento di fondi pubblici da parte dei governi nazionali, dettagli per i quali è necessario attendere la versione definitiva del documento.

Nel complesso, le premesse della Life Sciences Strategy appaiono coerenti con le esigenze espresse dagli attori del settore, come confermato anche all'accoglienza positiva riservata al documento da parte delle principali associazioni industriali europee[21]. La capacità di tradurre le linee guida strategiche in misure operative efficaci, anche a livello nazionale, accompagnandole con adeguate risorse finanziarie, sarà cruciale per raggiungere risultati concreti e duraturi. Nel 2028, quando la Commissione si è impegnata a pubblicare una valutazione sui risultati conseguiti nell'ambito della Strategia, sarà possibile tirare le prime conclusioni sulla sua efficacia.

19 Un biocluster è una concentrazione geografica di aziende, istituti di ricerca e organizzazioni interconnessi che si occupano di biotecnologie.
20 A questa voce di spesa sono destinati 4 milioni di euro.
21 A titolo di esempio: EFPIA, Vaccines Europe, MedTech Europe, EuropaBio e EUCOPE.

12.3 LA FILIERA COME MOTORE DI SALUTE, INNOVAZIONE E CRESCITA ECONOMICA

Pur avendo perso competitività, il settore delle Life Science[22] resta un asset strategico per l'Europa, come ricordato anche dai Rapporti Draghi[23] e Letta[24]. La sua rilevanza anche per la salute pubblica si traduce nella fornitura di prodotti e servizi fondamentali per il benessere dei cittadini europei, assicurando sicurezza, qualità e resilienza nei momenti di crisi. Una quota rilevante dell'aumento dell'aspettativa di vita osservato negli ultimi vent'anni in Europa (+3,7 anni di vita media tra il 2003 e il 2023[25]) è riconducibile direttamente all'innovazione diagnostica, farmaceutica e tecnologica che ha consentito non solo di salvare un numero crescente di vite, ma anche di cronicizzare e gestire patologie in passato considerate incurabili.

Il settore contribuisce significativamente anche al sistema socio-economico, garantendo posti di lavoro a milioni di persone e sostenendo l'innovazione. Secondo una recente stima della Commissione Europea, il settore ha generato quasi 1,5 trilioni di euro di valore aggiunto nel 2024. Dal punto di vista della produzione, si tratta di una risorsa chiave sia nel mantenimento delle filiere locali sia nell'approvvigionamento interno di beni essenziali.

Dal punto di vista strettamente economico, ed escludendo dal calcolo i sistemi sanitari, il valore della produzione del settore rappresenta circa il 3,3% del PIL dell'Unione Europea[26]. Il settore è un traino della crescita economica europea, a cui contribuisce anche attraverso una produttività superiore alla media industriale e livelli di istruzione elevati tra i propri occupati[27].

Analizzando i numeri chiave dell'ecosistema delle Life Science, emerge un valore della produzione in rapida crescita nell'ultimo quinquennio, passato da 322,6 miliardi di euro nel 2020 a 440 miliardi di euro nel 2024 per il solo farmaceutico. L'Italia, con una produzione farmaceutica pari a oltre 52[28] miliardi di euro nel 2023, contribuisce in maniera significativa ed è seconda solo all'Irlanda (67,7 miliardi di euro), superando Svizzera (48,9 miliardi di euro), Germania (37,6 miliardi di euro) e Regno Unito (30,5 miliardi di euro)[29].

Al valore della produzione farmaceutica si aggiunge quello dei dispositivi medici, per il quale gli ultimi dati disponibili, relativi al 2023, indicano un valore della produzione pari a 160 miliardi di euro in Europa, fortemente concentrato in Germania (26,5%), Francia (14,0%) e Italia (12,3%), che insieme contribuiscono per oltre la metà della produzione europea[30]. Nel panorama internazionale, il mercato dei dispositivi medici europeo è secondo solo a quello statunitense per valore, e rappresenta il 26,4% del totale globale.

22 In questa analisi, con il termine "Life Science" si fa riferimento all'insieme dei comparti che si occupano della salute e dell'economia della salute: dalla farmaceutica alla produzione di dispositivi medici, dalla ricerca medico-scientifica ai sistemi sanitari. Si tratta di un ecosistema articolato, che abbraccia settori ad altissimo valore aggiunto e caratterizzati da una forte componente di innovazione, competitività e internazionalizzazione.

23 Draghi M (2024), "The future of European competitiveness".

24 Letta E (2024), "Much More than a Market".

25 Eurostat, 2025.

26 EFPIA e MedTech Europe, 2025. Il dato fa riferimento al valore della produzione delle industrie farmaceutiche e dei dispositivi medici europee.

27 Cfr. Capitolo 11.

28 Nel 2024, secondo dati Farmindustria, la produzione farmaceutica ha raggiunto 56 miliardi di euro.

29 EFPIA, 2025. Il valore di Irlanda, Svizzera, Germania e Regno Unito fa riferimento al 2023.

30 MedTech Europe, 2025.

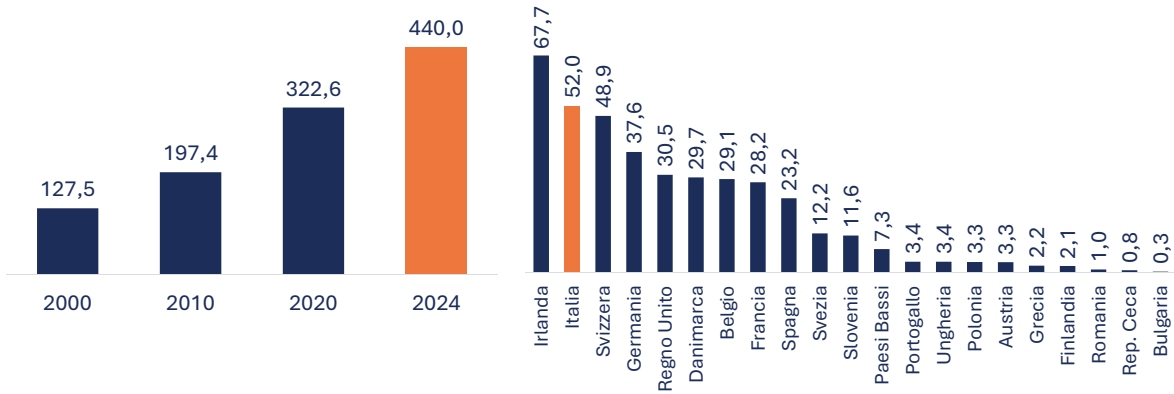


Figura 2. A sinistra: Valore della produzione dell'industria farmaceutica in Europa (in miliardi di euro), 2000 - 2024
A destra: Valore della produzione dell'industria farmaceutica in alcuni Paesi europei (in miliardi di euro), 2023

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2025

Il contributo in termini occupazionali è altrettanto significativo, con il settore farmaceutico che impiega circa 950.000 persone e il settore dei dispositivi medici circa 880.000. Se si considera tutto l'ecosistema, includendo anche la forza lavoro nei servizi sanitari e sociosanitari, gli occupati diventano quasi 25 milioni, su circa 200 milioni di occupati totali a livello europeo[31].

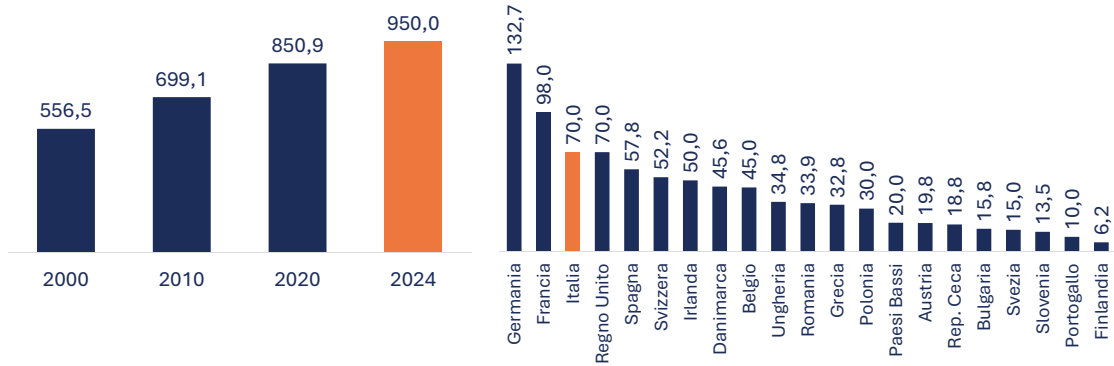


Figura 3. A sinistra: Occupazione nell'industria farmaceutica in Europa (in migliaia), 2000 - 2024
A destra: Occupazione nell'industria farmaceutica in alcuni Paesi europei (in migliaia), 2023

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2025

31 Eurostat, 2025.

Un ulteriore contributo all'economia europea deriva dall'intensità degli investimenti in R&S rispetto al fatturato, maggiore di ogni altra industria. Mediamente, il settore destina alla R&S il 13,5% dei propri ricavi, una quota 3,3 volte superiore rispetto a quella del settore dell'aerospazio e della difesa e 5,4 volte superiore a quello della manifattura[32].

Nel 2024, a livello europeo la spesa in R&S nel solo settore farmaceutico ha raggiunto 55 miliardi di euro, in forte crescita rispetto ai 38,7 miliardi del 2020. Gli investimenti si concentrano in alcuni Paesi europei in grado di attirare le filiere a più alto valore aggiunto del settore, quali Regno Unito (10,2 miliardi di euro), Germania (9,9 miliardi) e Svizzera (9,2 miliardi). Anche l'Italia registra investimenti significativi nella ricerca, sebbene ancora sottodimensionati rispetto ai principali Paesi europei, pari a 2,0 miliardi di euro nel 2023[33].

In Europa, la prima voce di spesa per questi investimenti è rappresentata dai trial clinici (43,8% del totale[34]), fondamentali per l'avanzamento scientifico e l'accesso all'innovazione terapeutica. I trial clinici non solo contribuiscono in modo sostanziale all'acquisizione di nuove conoscenze mediche e scientifiche, ma rivestono un ruolo centrale anche nell'anticipare l'adozione di terapie all'avanguardia nei sistemi sanitari. La partecipazione agli studi clinici consente infatti ai pazienti europei di accedere precocemente a trattamenti innovativi, ancora prima che siano disponibili sul mercato, migliorando così le prospettive di cura e la qualità della vita. Dal punto di vista economico, questo si traduce in un risparmio per i sistemi sanitari nazionali, sia in termini di costi evitati per i trattamenti forniti nell'ambito delle sperimentazioni, sia per la possibilità di ridurre il burden economico associato alla gestione di lungo termine di alcune patologie.

12.4 I NUMERI CHIAVE DEL SETTORE IN ITALIA

Analizzando più da vicino il contesto italiano, emerge un ecosistema articolato e fortemente integrato, in cui convive e collabora una molteplicità di attori. Sul fronte dell'assistenza sanitaria, l'Italia dispone di un'infrastruttura capillare che comprende 996 ospedali, oltre 9.000 strutture di specialistica ambulatoriale, 1.180 centri di riabilitazione e 53 IRCCS[35], per un totale di oltre 900.000 professionisti impiegati tra pubblico e privato[36]. Questo sistema rappresenta la base su cui poggia non solo la tutela della salute pubblica, ma anche lo sviluppo e la sperimentazione di nuove soluzioni terapeutiche e tecnologiche.

Sul versante della ricerca, il Paese può contare su 50 università con programmi dedicati alle Life Sciences, 12 centri di eccellenza, 16 centri del CNR, 6 parchi scientifici e 194 organizzazioni di ricerca a contratto (CRO), configurando così una rete ampia e articolata che alimenta la produzione scientifica e favorisce la contaminazione tra accademia e industria.

Il settore farmaceutico nazionale si conferma uno dei comparti industriali di punta: conta 411 aziende, genera un valore della produzione pari a 56 miliardi di euro, quasi interamente destinato all'export (54 miliardi di euro), e vanta un valore aggiunto di 10,7 miliardi di euro. In termini di ricerca e sviluppo sono 2,3 miliardi di euro gli investimenti in R&S nel 2024 e 7.250 il personale impiegato dalle aziende farmaceutiche nelle attività di R&S, in aumento del 3% rispetto al 2023 e del 9% negli ultimi 5 anni. La forza lavoro complessiva conta 71.000 occupati[37], di cui oltre la metà sono laureati e il 45% sono donne[38]. Una delle forze dell'industria farmaceutica italiana è quella di essere composta sia da grandi aziende che da piccole e medie imprese, configurandosi quindi come un settore in grado di coniugare capacità di investimento e presenza globale con flessibilità, specializzazione e radicamento territoriale.

32 EFPIA, 2025.
33 Nel 2024, secondo dati Farmindustria, gli investimenti in R&S hanno raggiunto 2,3 miliardi di euro.
34 EFPIA, 2025.
35 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
36 Ministero della Salute, 2024.
37 Il dato di 70.000 occupati del paragrafo precedente fa riferimento al 2023 in modo da poterlo confrontare con quelli degli altri Paesi europei.
38 Farmindustria, 2025.

Il settore biomedicale, a sua volta, può contare su 4.641 aziende attive, un valore della produzione di 6,9 miliardi di euro, esportazioni per 5,9 miliardi e quasi 1 miliardo di euro investito in R&S[39]. Gli occupati sono superiori alle 117mila unità; anche in questo caso sono altamente qualificati (il 52,7% è in possesso di un titolo di laurea).



Figura 4. Numeri dell'ecosistema della Life Sciences italiano

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero dell'Università e della Ricerca, Istat, Scimago, AIOP, Farmindustria, Confindustria Dispositivi Medici, 2025

Centrale per sostenere la crescita e la competitività del settore sarebbe l'adozione di un piano nazionale per le Life Science - sul modello di quelli già attivati in altri Paesi europei e discussi nella sezione 12.5 di questo Capitolo - per coordinare politiche industriali, sanitarie e fiscali e consolidare l'Italia come polo competitivo di ricerca, innovazione e produzione.

Queste misure settoriali devono inserirsi in un disegno strategico più ampio, che passa anche dal miglioramento dell'assetto regolamentare, indispensabile per ridurre il carico burocratico che grava sulle imprese e sui professionisti sanitari, e dal rafforzamento delle competenze. Investire nella formazione avanzata, nella qualificazione del capitale umano e nella cooperazione tra sistema educativo, centri di ricerca e industria è cruciale per sostenere nel tempo la competitività del comparto. Con un approccio integrato, che combini interventi settoriali con una visione complessiva di medio-lungo periodo, si può garantire la piena valorizzazione del settore e massimizzarne gli effetti positivi sul sistema sanitario e sull'economia nazionale.

39 Confindustria Dispositivi Medici, 2024.

12.4.1 Il comparto delle aziende farmaceutiche a capitale estero

All'interno del settore farmaceutico, il comparto delle aziende a capitale estero costituisce un forte traino per la crescita e la competitività. Nel 2022 il valore della produzione di queste imprese ha raggiunto i 29,3 miliardi di euro, pari al 60% dell'intero settore, in aumento rispetto agli anni precedenti. Nel periodo 2019-2022, il valore della produzione delle aziende a capitale estero è aumentato con un tasso annuo composto del 17,4%, rispetto al 13,0% della media del settore e allo 0,2% della manifattura italiana nel suo complesso. Questo comparto rappresenta anche un pilastro dell'export, contribuendo a oltre il 70% delle esportazioni complessive del farmaceutico, a conferma della sua funzione di "volano" per la proiezione internazionale del Made in Italy[40].

Dal punto di vista della struttura dimensionale, mentre nella manifattura italiana prevalgono le microimprese[41] (81,4%), nel farmaceutico la loro incidenza scende al 42%, lasciando maggiore spazio a imprese di dimensioni medio-grandi. Tra le aziende a capitale estero questa tendenza risulta ancora più marcata: oltre la metà (55,3%) è costituita da grandi imprese con più di 250 addetti, mentre le medie rappresentano il 38,3% del totale[42].

I risultati economici delle aziende a capitale estero sono particolarmente positivi sul piano della produttività e del valore aggiunto. Se la produttività media del settore farmaceutico è già elevata rispetto alla manifattura (156.200 euro per addetto, il valore più alto tra tutti i settori manifatturieri), considerando le sole imprese estere questa sale ulteriormente a 188.700 euro per addetto. L'impatto economico complessivo di queste aziende nel 2022 è stato pari a 19,8 miliardi di euro, equivalenti all'1,04% del PIL nazionale. Inoltre, per ogni euro di valore aggiunto diretto, esse attivano ulteriori 2,34 euro nell'economia italiana, grazie a un moltiplicatore complessivo pari a 3,34. Significativo anche il moltiplicatore occupazionale, pari a 5,4[43]. Questo testimonia non solo la rilevanza delle multinazionali nel rafforzare la crescita industriale del Paese, ma anche la loro capacità di generare effetti positivi di filiera, trasferendo conoscenze, tecnologie e competenze che contribuiscono in modo determinante alla competitività complessiva del sistema.

Il contributo in termini di innovazione terapeutica è altrettanto significativo. La totalità dei farmaci a innovatività piena e condizionata è stata infatti sviluppata da aziende a capitale estero. Importante anche l'apporto finanziario derivante dal pagamento del payback, che per quanto riguarda la spesa diretta è per il 98% in capo alle aziende a capitale estero[44].

Le aziende a capitale estero sono importanti anche perché operano da "ponte" tra il sistema industriale italiano e i flussi di capitali internazionali favorendo l'attrazione di nuovi investimenti nel Paese, un elemento importante per la valorizzazione della competitività italiana. Alcuni fattori del sistema economico e della governance farmaceutica italiana, come il payback, tempi maggiori nell'accesso al mercato dei nuovi farmaci e l'incertezza normativa frenano però in maniera significativa il potenziale di attrattività degli investimenti esteri nel Paese.

12.4.2 Il ruolo degli investimenti esteri

L'Italia si colloca all'ottavo posto tra i Paesi UE-27 + Regno Unito per stock di Investimenti Diretti Esteri (IDE), con 418 miliardi di euro, una cifra ben inferiore rispetto a Paesi come Germania, Francia e Spagna, che registrano un valore cumulato degli investimenti esteri pari a rispettivamente 1.025, 889 e 868 miliardi di euro[45]. Nell'ambito delle Life Science, il divario è altrettanto marcato: in Italia gli IDE in ingresso sono solo

40 Ibid.
41 Definite come le imprese con meno di 10 dipendenti.
42 The European House – Ambrosetti (2023), "Aumentare l'attrazione degli investimenti esteri per la competitività del Sistema-Italia. Quale strategia per l'industria farmaceutica".
43 Ibid.
44 Ibid.
45 UNCTAD, 2025.

il 44% di quelli registrati dalla Germania e il 55% dalla Spagna[46].

Nel medio-lungo periodo, la capacità dell'Italia di rafforzare la propria traiettoria di crescita dipenderà in misura significativa dalla sua capacità di aumentare l'attrazione di IDE. Questo vale in particolare per i comparti a più alto valore aggiunto, caratterizzati da un'intensa attività di ricerca e sviluppo e dall'impiego di una forza lavoro altamente qualificata, oltre che dalla produzione di beni e servizi con impatti diretti sul benessere dei cittadini. Attrarre maggiori capitali stranieri nel comparto delle Life Science avrebbe impatti economici e di salute particolarmente rilevanti: non solo incrementerebbe la capacità produttiva ed esportativa del Paese, ma genererebbe "spillover" tecnologici e scientifici con impatti positivi su università e centri di ricerca, oltre a tradursi in un beneficio clinico per i pazienti e in un risparmio per il SSN. Questo settore, più di altri, è infatti caratterizzato da un effetto moltiplicativo elevato, in grado di trasferire benefici lungo l'intera catena del valore, dal sistema sanitario alla manifattura avanzata.

Tuttavia, l'Italia presenta ancora debolezze strutturali che ne riducono l'attrattività rispetto ai principali Paesi europei. Un contesto normativo e burocratico complesso, la lunga durata dei procedimenti giudiziari e la scarsità di personale altamente qualificato sono solo alcuni dei fattori che rallentano l'afflusso di investimenti esteri. Più nello specifico nell'ambito delle Life Science, la scarsità di incentivi fiscali mirati e la percezione di incertezza derivante da meccanismi di regolazione spesso instabili e onerosi, come il payback, costituiscono ulteriori elementi di disincentivo per chi vuole investire in Italia.

12.4.3 Il comparto dei farmaci accessibili

Un'altra componente fondamentale del settore farmaceutico è costituita dal comparto dei farmaci accessibili, che comprende le aziende produttrici di farmaci generici-equivalenti, biosimilari e value added medicines. Il comparto conta 102 imprese attive in Italia, con una presenza significativa di aziende a capitale italiano (47,4%) e una spiccata vocazione manifatturiera: quasi la metà dispone infatti di impianti produttivi sul territorio nazionale. Nel 2023 il settore ha generato un valore della produzione pari a 6,4 miliardi di euro, con un valore aggiunto diretto di 1,6 miliardi e 10.918 occupati, in crescita del 17% rispetto al 2018[47].

Dal punto di vista della spesa pubblica, i farmaci accessibili giocano un ruolo chiave nel garantire la resilienza del SSN. Tra il 2016 e il 2024, il loro utilizzo ha permesso un risparmio di 7,4 miliardi di euro per la sanità pubblica, liberando risorse per l'acquisto di farmaci ad alto tasso di innovazione[48].

Quando si considerano gli effetti sull'intera filiera – allargando quindi il perimetro di analisi anche a fornitori, servizi, logistica e ricerca – l'effetto moltiplicatore è significativo: oltre 62.000 occupati totali e 6,3 miliardi di valore aggiunto, con un moltiplicatore economico di 3,9 e un moltiplicatore occupazionale pari a 5,7. La produttività per addetto si attesta a 148.500 euro, circa l'80% in più della media manifatturiera italiana[49].

46 Unindustria, 2024.
47 TEHA (2025), "Farmaci accessibili. Autonomia strategica e sostenibilità industriale di un settore chiave".
48 TEHA Group e Egualia, 2025.
49 Ibid.

Nonostante la sua centralità, il comparto è sempre più sotto pressione. La sostenibilità economica è messa alla prova da un forte incremento dei costi, cresciuti di oltre il 40% tra il 2018 e il 2023[50]. Nel frattempo, la pressione sul prezzo dei farmaci accessibili è aumentata. L'impossibilità di trasferire l'aumento dei costi sul prezzo dei farmaci e i meccanismi di gara pubblica basati esclusivamente sul prezzo, oltre a un oneroso sistema di payback, stanno indebolendo il settore.

Un'ulteriore criticità sul lato dei costi è rappresentata dalle nuove normative ambientali europee. Imponendo l'intero onere economico del trattamento quaternario delle acque reflue urbane in capo ai settori farmaceutico e cosmetico, la Direttiva 91/271/CEE[51] determina una distribuzione dei costi che non riflette la reale origine dell'inquinamento delle acque reflue. Il comparto potrebbe trovarsi a sostenere fino al 60% dei costi complessivi stimati – tra i 5 e gli 11 miliardi di euro annui secondo alcune proiezioni[52] – con conseguenze sulla disponibilità di molecole essenziali per la salute pubblica. A questo si aggiunge la crescente pressione regolatoria derivante dalle restrizioni su sostanze come i PFAS[53], che potrebbe determinare un ulteriore aumento dei costi a carico delle aziende.

Il comparto sconta una frammentazione della governance che ostacola l'attuazione di strumenti europei come il Critical Medicines Act, che potrebbe rappresentare un'occasione di rilancio della produzione di medicinali essenziali sul territorio nazionale. La difficile situazione attuale del comparto sta già producendo effetti concreti: il numero di farmaci equivalenti disponibili è diminuito del 49% dal 2015. Il rischio è che sempre più aziende decidano di abbandonare la produzione di alcune molecole, ritenute economicamente insostenibili, generando carenze.

L'aumento della pressione sul lato dei costi potrebbe essere compensato da maggiori volumi, ma il mercato italiano dei farmaci generici-equivalenti resta tra i meno sviluppati in Europa. La loro quota di mercato a valore è del 23% nel canale retail e del 2,1% in quello ospedaliero[54], a differenza di Paesi come Germania, Paesi Bassi e Danimarca, dove gli equivalenti superano il 60-70% delle vendite[55]. Questo ritardo è riconducibile non solo a fattori normativi, ma anche culturali: permane una generale diffidenza nei confronti dei generici, soprattutto nel Sud Italia, dove il loro utilizzo è meno diffuso nonostante un reddito pro capite inferiore.

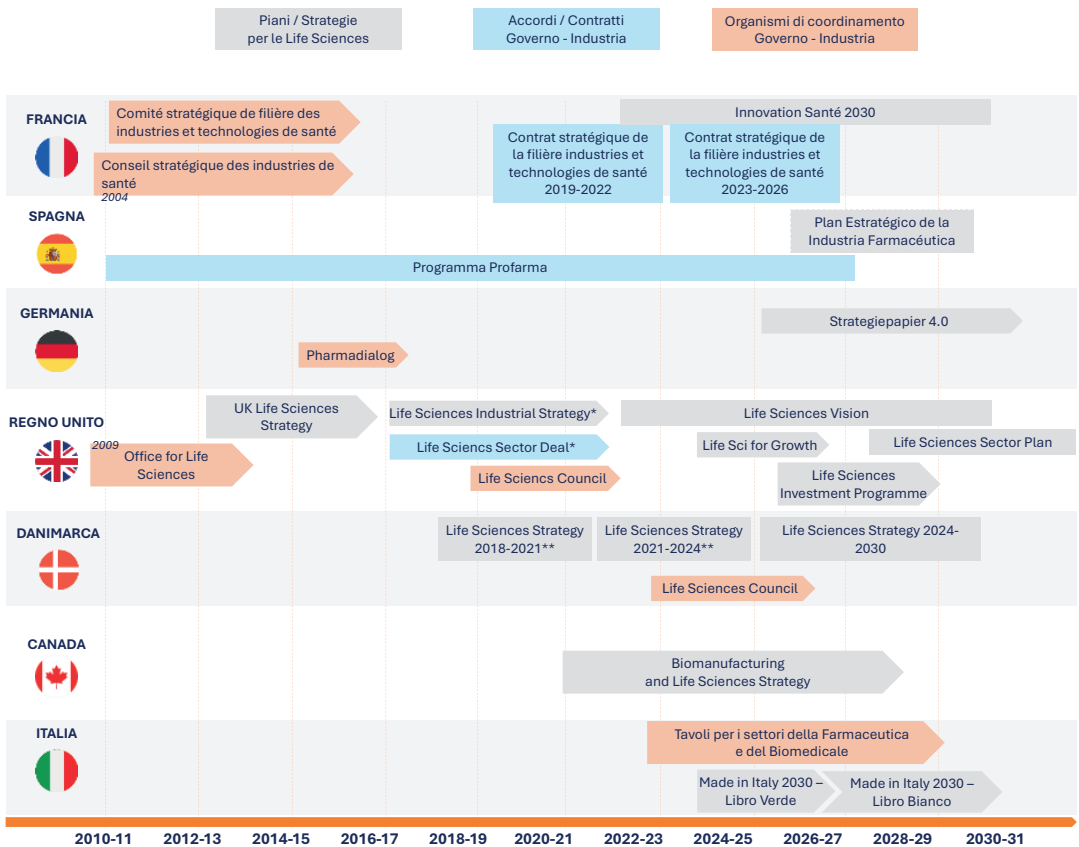
Per garantire la tenuta del comparto e rafforzarne il ruolo strategico, servono misure concrete e coordinate. Tra le più rilevanti: la creazione di una Cabina di Regia Interministeriale per coordinare le politiche industriali e sanitarie; la revisione delle gare ospedaliere, introducendo modelli multi-aggiudicatario con criteri MEAT[56] per superare l'attuale logica basata esclusivamente sul prezzo; l'eliminazione del contributo dell'1,83% sui farmaci generici-equivalenti; il riallineamento delle quote di spettanza tra farmaci accessibili e branded; incentivi fiscali e produttivi per sostenere la manifattura in Italia e in Europa, in coerenza con il Critical Medicines Act. Attraverso un bilanciamento tra sostenibilità ambientale e sostenibilità industriale, è possibile salvaguardare l'accesso dei pazienti a cure essenziali e al contempo preservare un comparto che costituisce un asset industriale per il Paese e un valore per la salute pubblica e il SSN.

50 Ibid.
51 Direttiva sul trattamento delle acque reflue urbane (UWWTD).
52 Medicines for Europe, 2024.
53 I PFAS (sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche) sono una vasta famiglia di composti chimici artificiali, usati in numerosi prodotti industriali e di consumo.
54 Egualia, 2024.
55 OCSE, 2023.
56 Most Economically Advantageous Tender

12.5 LE STRATEGIE LIFE SCIENCE NAZIONALI

In aggiunta alle strategie e alle iniziative adottate a livello europeo, anche i Governi nazionali stanno attribuendo una crescente importanza allo sviluppo e alla promozione del settore delle Life Science, riconoscendolo come uno dei comparti a più alta produttività e con il maggiore impatto sulla crescita economica e sull'innovazione. In tutti i principali Paesi europei il settore si configura come una leva strategica per l'attrazione di investimenti, la creazione di occupazione qualificata e il rafforzamento della competitività industriale. Di conseguenza, negli ultimi anni sono stati implementati Piani e Strategie settoriali, finalizzati a sostenere la ricerca, incentivare la produzione, favorire il trasferimento tecnologico e rafforzare l'autonomia strategica in ambito sanitario, farmaceutico e medtech.

Esistono tuttavia differenze rilevanti nei tempi e nelle modalità di attuazione: alcuni Paesi, come Regno Unito e Francia, vantano una lunga tradizione di strategie settoriali strutturate, mentre altri, come Spagna e Italia, si sono mossi solo più recentemente in questa direzione.



(*) Nell'ambito della Strategia industriale e del Contratto di settore del 2017 è stato istituito anche un Life Sciences Industrial Strategy Board.
(**) Le Strategia 2018-2021 e 2021-2024 sono state scritte sulla base delle raccomandazioni del Growth Team for Life Science e del Restart Team for Life Science and Biotech, rispettivamente.

Figura 5. I principali Piani e Strategie per le Life Sciences in alcuni Paesi europei

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2025

Di seguito sono presentate le principali strategie adottate in alcuni Paesi leader del settore al fine di offrire una panoramica comparata delle soluzioni adottate e dei risultati conseguiti o attesi nelle diverse realtà nazionali, evidenziando punti di forza, criticità e prospettive evolutive per il settore.

12.5.1 Francia: eccellenza industriale e attrazione di capitali

Il sistema delle Life Science in Francia si distingue per un forte radicamento industriale, la rilevanza economica e la capacità di attrarre investimenti e competenze. La presenza di una solida infrastruttura sanitaria, un tessuto produttivo farmaceutico tra i più avanzati d'Europa e un significativo impegno in ricerca e sviluppo testimoniano il ruolo strategico rivestito dal settore nel Paese.

A dimostrazione della capacità di attrazione degli investimenti esteri, i dati di Business France, l'agenzia per l'internazionalizzazione dell'economia francese, mostrano che nel corso del 2024 sono stati avviati 98 investimenti esteri nel comparto Life Science, pari a circa il 5,8% del totale (1.688), con la creazione di 1.574 posti di lavoro su 37.787 complessivi. Questi investimenti, che si aggiungono a quelli delle aziende francesi, sono alimentati da generosi incentivi fiscali per le spese in ricerca e sviluppo (R&S), che in Francia godono di un credito di imposta pari al 30% fino a 100 milioni di euro di investimento[57]. Un aspetto rilevante è la concentrazione di tali iniziative nella Regione di Centre – Val de Loire, che si afferma come uno dei principali hub nazionali per la filiera farmaceutica e biotecnologica[58].

FRANCIA

Popolazione (in milioni) – 2024	68,5	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2023	11,5
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	2.919,9	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	3,2
Produzione farmaceutica (in miliardi di euro) – 2023	28,2	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	9,7
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2023	5,9	**Numero di trial clinici attivi** – 2025	3.721
Credito di imposta per spesa in R&S	30% fino a €100mln, poi 5%	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2025	5,4

Figura 6. Numeri chiave di contesto per la Francia, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, OCSE, EMA, EFPIA e altre fonti, 2025

57 Governo Francese, 2025.
58 Business France, 2025.

Negli ultimi anni il Governo francese ha deciso di valorizzare il settore delle Life Science, riconoscendolo come uno dei settori strategici per il rilancio industriale, l'autonomia strategica e la competitività economica del Paese. La rilevanza di questa filiera è testimoniata dal fatto che è una delle poche industrie a cui è dedicata una componente specifica all'interno del Piano nazionale di investimenti "France 2030"[59]. Il Piano, lanciato nel 2021 con una dotazione complessiva di 54 miliardi di euro, mira a sostenere la transizione industriale e tecnologica della Francia nelle industrie a più alto tasso di innovazione: tra queste, la salute e l'industria farmaceutica occupano una posizione centrale, a fianco di ambiti come l'energia, la mobilità e la digitalizzazione. In questo quadro si inserisce il Piano Innovation Santé 2030, che rappresenta la declinazione specifica per il settore sanitario del Piano France 2030 e dispone di una dotazione di 7,5 miliardi di euro. Il Piano ha l'obiettivo di rafforzare la leadership francese nella ricerca e produzione di biomedicinali, sostenere la digitalizzazione della sanità, accelerare la ricerca clinica e la diffusione delle innovazioni terapeutiche, attrarre investimenti e talenti internazionali e consolidare la sovranità sanitaria nazionale.

Tra i pilastri operativi del Piano si colloca la creazione dell'Agence de l'Innovation en Santé (AIS), organismo istituito per coordinare e implementare in modo efficace gli investimenti pubblici dedicati all'innovazione in ambito salute. L'AIS è incaricata di gestire i 7,5 miliardi di euro assegnati al Piano, facilitare e accelerare il trasferimento tecnologico dalla ricerca all'industria, promuovere partenariati tra pubblico e privato, semplificare i percorsi regolatori per l'accesso alle innovazioni e rafforzare il posizionamento della Francia come hub di eccellenza per la ricerca e la manifattura nelle Life Science.

I finanziamenti complessivi del Piano Innovation Santé 2030 sono distribuiti secondo una logica che privilegia la dimensione industriale e manifatturiera della filiera, affiancata da investimenti mirati nella ricerca ad alto tasso di innovazione. In particolare, circa 4 miliardi di euro sono destinati a sostenere la produzione di tecnologie sanitarie e la crescita delle imprese del settore, confermando la volontà di rafforzare la capacità produttiva nazionale. Altri 2,2 miliardi di euro saranno investiti in 3 settori strategici (bioterapie, sanità digitale e malattie infettive emergenti), mentre 1,2 miliardi di euro sono destinati al rafforzamento delle capacità di ricerca biomedica[60].

Negli ultimi 2 anni l'AIS ha iniziato a implementare il Piano Innovation Santé 2030: a dicembre 2024, aveva già guidato oltre 400 progetti innovativi grazie al suo "guichet unique", sportello unico per l'innovazione, raggiungendo un tasso di soddisfazione delle aziende pari all'85%[61]. Sul fronte della ricerca, sono state finanziate 22 "cattedre di eccellenza" per ricercatori di fama internazionale. L'obiettivo è di arricchire l'ecosistema della ricerca medico-scientifica francese attirando nelle proprie università e centri di ricerca talenti di rilievo mondiale. Sono stati inoltre inaugurati 5 nuovi biocluster, che riuniscono laboratori, centri di ricerca, imprese e centri clinici di eccellenza tematica. A Parigi è stato inaugurato il Paris Saclay Cancer Cluster per l'oncologia e il Brain&Mind per le neuroscienze, oltre al Genother per le terapie geniche. A Marsiglia è stato aperto il Marseille Immunology Biocluster (MIB) per la ricerca sulle immunoterapie. Infine, a Lione è attivo l'Infectious Diseases Cluster (IDCluster).

Un elemento di rilievo nel quadro delle azioni più recenti del Piano Innovation Santé 2030 è il lancio della Strategia "Innovazione nella Prevenzione", annunciata ad agosto 2024 e supportata con una dotazione finanziaria complessiva di 170 milioni di euro. La governance della strategia è affidata all'AIS, che coordina l'attuazione, monitora l'impatto e promuove il trasferimento dei risultati innovativi su scala nazionale, in coerenza con le priorità del Piano France 2030[62]. Lo sviluppo e la gestione del programma vede anche la partecipazione dei Ministeri dell'Economia, delle Finanze e della Sovranità industriale e digitale, del Lavoro, della Salute e della Solidarietà, e dell'Istruzione superiore e della Ricerca, a dimostrazione di un impegno multidisciplinare.

59 Le altre industrie menzionate esplicitamente sono: automotive, nucleare e energia, aviazione, spazio, agrifood, tecnologie immersive.
60 Piano "France 2030", 2021.
61 AIS,2024.
62 Ibid.

Questa iniziativa mira a integrare in modo strutturale l'innovazione nei percorsi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, riconoscendo la prevenzione come leva strategica per la sostenibilità e la modernizzazione del sistema sanitario francese. La strategia si sviluppa su 3 assi principali: la ricerca (50 milioni di euro), la sperimentazione sul campo di nuove soluzioni per valutarne concretamente l'efficacia e l'impatto sulla popolazione nella pratica quotidiana (100 milioni di euro, attraverso bandi gestiti da Bpifrance[63]) e il sostegno all'industrializzazione delle migliori tecnologie sviluppate. Per quest'ultima fase non sono ancora previsti stanziamenti, che presumibilmente verranno calibrati sulla base delle soluzioni emerse dalle prime due.

L'intervento è focalizzato su 8 aree prioritarie di salute pubblica: salute infantile, infertilità, perdita di autonomia, salute mentale, malattie croniche, promozione di stili di vita sani, vaccinazioni e malattie rare. Attraverso la mobilitazione congiunta di partner pubblici e privati, la strategia punta a favorire l'emergere di soluzioni innovative ad alto impatto, con l'obiettivo di prevenire una parte dei 100.000 decessi annui correlati a fattori di rischio modificabili.

Tra le priorità del Governo francese vi è anche il tema dell'autonomia strategica. Su questa direttrice sono state introdotte misure specifiche volte a incentivare la produzione nazionale di farmaci e dispositivi medici, rafforzando la sicurezza degli approvvigionamenti. Un esempio è rappresentato dalla Legge di Finanza della Sicurezza Sociale 2022 (LFSS)[64], che prevede l'applicazione del cosiddetto "criterio industriale": il Comitato Economico dei Prodotti per la Salute (CEPS)[65] deve considerare anche la localizzazione degli impianti produttivi nella definizione dei prezzi ai farmaci innovativi o a rischio di carenza, introducendo così un regime di prezzi preferenziali per i prodotti realizzati in Francia o in Paesi considerati sicuri per l'autonomia strategica francese. Contestualmente, sono stati fissati limiti di spesa annuale per il comparto farmaceutico e misure di contenimento dei prezzi, accompagnate da una maggiore attenzione all'impatto che la produzione locale può avere sulla sostenibilità e sulla resilienza del sistema sanitario.

12.5.2 Spagna: leadership europea nella ricerca clinica e nuova strategia industriale

La Spagna si sta rapidamente affermando tra i Paesi leader in Europa nella ricerca clinica. Negli ultimi anni, il Paese ha conquistato una posizione di rilievo grazie a un quadro regolatorio favorevole, una crescente attrattività per gli investimenti in R&S e una capacità esecutiva superiore alla media europea nell'avvio e gestione delle sperimentazioni.

Nel 2025, la Spagna conta il maggior numero di trial clinici attivi nell'Unione Europea (3.953), superando Germania, Francia e Italia[66]. Ancora più significativo è il vantaggio in termini di trial clinici rispetto alla popolazione, che raggiunge in Spagna un valore di 8,1 trial per 100.000 abitanti.

Questo primato trova riscontro anche nei dati sugli investimenti: dal 2012 al 2022 l'industria farmaceutica in Spagna ha aumentato gli investimenti in studi clinici con un tasso annuo del 5,7%, passando da 479 milioni a 834 milioni di euro[67]. Inoltre, la Spagna è stato il primo Paese nell'Unione Europea ad adottare il Regolamento europeo sulle sperimentazioni cliniche del 2014 (con il Regio Decreto n. 1090/2015), favorendo la semplificazione e l'armonizzazione delle procedure a livello nazionale, con effetti positivi sulla competitività.

63 Bpifrance è la banca pubblica di investimento francese, partecipata dallo Stato e dalla Caisse des Dépôts. Ha il compito di sostenere finanziariamente lo sviluppo di imprese e innovazione in Francia, attraverso finanziamenti, garanzie, investimenti in capitale, supporto all'export e strumenti per start-up e PMI innovative.

64 La LFSS, diversa dalla Legge di Bilancio, è una legge approvata annualmente che disciplina esclusivamente il finanziamento, la gestione e le previsioni di spesa delle diverse componenti del welfare francese (sanità, pensioni, maternità, infortuni sul lavoro, famiglia, …). È stata promulgata a febbraio 2025.

65 Organismo interministeriale posto sotto la responsabilità congiunta dei Ministri della Salute, della Sicurezza Sociale e dell'Economia, incaricato di fissare i prezzi di rimborso dei farmaci e le tariffe dei dispositivi medici ad uso individuale e dei servizi associati rimborsati dalle assicurazioni sanitarie obbligatorie.

66 Tutti i dati sul numero di trial clinici di questo Capitolo, ad eccezione di quelli relativi a Canada e Regno Unito, sono aggiornati al 22 settembre 2025.

67 EFPIA, 2024.

Un ruolo importante è attribuibile anche ai generosi incentivi per la spesa in R&S, resi disponibili attraverso un sistema di crediti d'imposta tra i più favorevoli d'Europa. In Spagna, le imprese possono beneficiare di una detrazione fiscale di base pari al 25% delle spese in ricerca e sviluppo, che sale al 42% per l'eccedenza rispetto alla media dei 2 anni precedenti. A questa si aggiunge un credito d'imposta del 17% per le spese relative al personale altamente qualificato impiegato esclusivamente in attività di R&S, con un ulteriore 8% per gli investimenti in beni strumentali destinati alla ricerca. In presenza di tutti questi fattori, la percentuale di incentivo complessiva può raggiungere il 59% delle spese ammissibili, rendendo il quadro fiscale spagnolo particolarmente competitivo[68].

SPAGNA

Popolazione (in milioni) – 2024	48,6	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2023	9,2
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	1.591,6	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	4,5
Produzione farmaceutica (in miliardi di euro) – 2024	23,2	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	6,3
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2024	1,4	**Numero di trial clinici attivi** – 2025	3.953
Credito di imposta per spesa in R&S	Fino al 59% con un limite di €3 mln	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2025	8,1

Figure 7. Numeri chiave di contesto per la Spagna, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, OCSE, EMA, EFPIA e altre fonti, 2025

Un ulteriore elemento di forza risiede nella capacità di garantire tempi di avvio degli studi tra i più rapidi d'Europa. Secondo recenti analisi, la Spagna presenta alcune delle tempistiche più brevi dall'autorizzazione all'arruolamento dei pazienti. Per esempio, in ambito oncologico registra i tempi di reclutamento più bassi dell'UE, insieme a Polonia e Danimarca[69]. La presenza di grandi centri di eccellenza, come il "Prime Site" di Barcellona per i trial clinici, dove il solo Ospedale Vall d'Hebron contava oltre 2.000 trial clinici attivi nel 2024[70], hanno contribuito in maniera significativa a rafforzare l'ecosistema nazionale delle sperimentazioni cliniche.

68 ICEX, 2024.
69 EFPIA (2024), "Assessing the clinical trial ecosystem in Europe".
70 Vall d'Hebron, 2025.

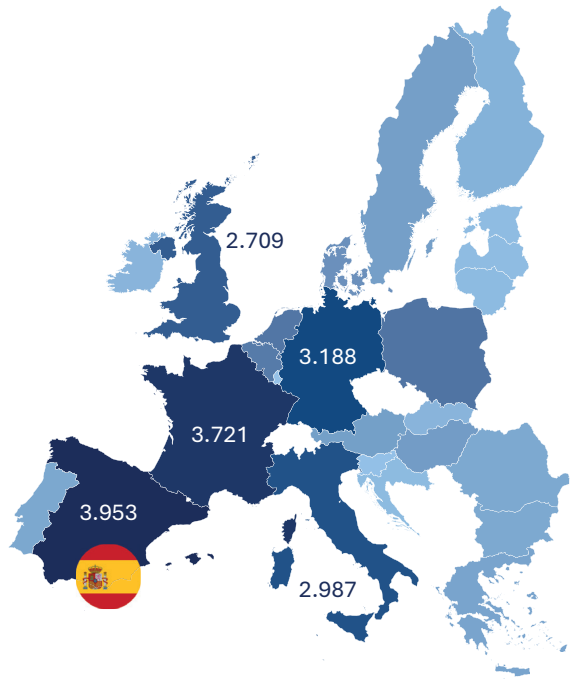


Figura 8. Trial clinici attivi in alcuni Paesi Membri dell'Unione Europea e il Regno Unito (numero), settembre 2025

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2025

Il Governo spagnolo ha avviato negli ultimi anni una serie di riforme strutturali e programmi mirati di supporto al settore farmaceutico e biotecnologico, a partire dalla spinta verso i settori ad altissima innovazione, come quello delle terapie avanzate (ATMP).

In quest'ottica si inserisce il nuovo Piano nazionale per le terapie avanzate 2025-2028, evoluzione del precedente piano del 2018, non più focalizzato esclusivamente sulle CAR-T ma esteso a tutte le tipologie di ATMP[71]. Il nuovo Piano mira a rafforzare la ricerca pubblica su queste terapie, favorendo la collaborazione strutturata con il settore privato e migliorando l'accesso dei pazienti a trattamenti altamente innovativi. Tra le sue priorità figurano la creazione di una rete di centri specializzati – selezionati dal Ministero della Salute, nel caso delle strutture per la ricerca su terapie che richiedono altissima specializzazione, e dalle Comunità Autonome negli altri casi – l'armonizzazione dei protocolli clinici e l'adozione di strumenti avanzati per la valutazione della Real World Evidence (RWE)[72].

Tra le iniziative di maggiore rilievo si colloca la revisione della legislazione sui medicinali e i prodotti sanitari[73], attualmente in fase di consultazione pubblica. Si tratta della più ampia riforma normativa degli ultimi 35 anni, volta a modernizzare l'intero ecosistema del farmaco, rafforzare l'autonomia strategica e le riserve nazionali sulla base delle lezioni apprese durante la pandemia, in linea con quanto fatto anche in Francia, e garantire la sostenibilità del sistema sanitario. Il nuovo impianto normativo mira a rendere il sistema di valutazione, regolazione

71 Terapie geniche, terapie cellulari, ingegneria tessutale e terapie avanzate combinate.
72 Ministerio de Sanidad (2025), "Piano per le terapie avanzate nel sistema sanitario nazionale 2025-2028".
73 Progetto di Legge IPN/CNMC/006/25 "Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios".

e accesso ai farmaci più centralizzato, trasparente e evidence-based. Sul piano operativo, la riforma prevede:

- l'aggiornamento del quadro regolatorio e organizzativo per ridurre la dipendenza da catene di fornitura internazionali e promuovere la creazione di riserve strategiche nazionali di farmaci essenziali;
- l'introduzione di un approccio differenziato alla definizione dei prezzi dei farmaci lungo le diverse fasi del ciclo di vita del prodotto[74], con valutazioni condotte da un'agenzia centralizzata per la Health Technology Assessment (HTA) e criteri di rimborso multifattoriali che tengano conto anche della sostenibilità economica e ambientale. Il percorso di valutazione e rimborso dei farmaci dovrà durare al massimo 180 giorni;
- nuove regole per la prescrizione e la distribuzione, tra cui l'obbligo di prescrivere per principio attivo, il rafforzamento delle competenze di infermieri e farmacisti nella gestione delle terapie e l'aumento delle gare di acquisto centralizzate sia a livello nazionale che regionale.

Oltre a consolidare la propria leadership nella ricerca clinica, la Spagna mira a rafforzare anche la dimensione industriale e la capacità manifatturiera del settore Life Science, con l'obiettivo di accrescere la propria autonomia strategica, già individuata come priorità nella recente revisione della legislazione farmaceutica. A tal fine, a dicembre 2024 il Paese ha adottato la Estrategia de la Industria Farmacéutica 2024-2028, che costituisce il principale strumento di indirizzo per lo sviluppo del comparto nei prossimi anni. La strategia è stata definita dal Governo con la partecipazione del Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia, il Ministero dell'Industria e il Ministero della Scienza, Innovazione e Università, nonché dalle principali associazioni dell'industria farmaceutica in Spagna[75].

Il testo si articola su 4 assi prioritari: migliorare l'accesso ai medicinali essenziali; promuovere l'innovazione e la digitalizzazione dell'ecosistema farmaceutico, con particolare attenzione alla ricerca su farmaci innovativi, tecnologie digitali e terapie avanzate; rafforzare la capacità produttiva nazionale e l'autonomia strategica, anche attraverso il reshoring di filiere produttive considerate critiche; potenziare la governance e la collaborazione pubblico-privata, favorendo il coordinamento tra amministrazione centrale, governi regionali, imprese, università e centri di ricerca.

Tra le priorità trasversali rientrano la sostenibilità ambientale, il rafforzamento del tessuto di imprese biotecnologiche, il sostegno all'occupazione qualificata e la promozione dell'uguaglianza di genere.

La strategia prevede la mobilitazione di risorse pubbliche per 2 miliardi di euro, l'accesso a finanziamenti europei (PNRR e fondi strutturali) e incentivi all'innovazione digitale, tra cui il supporto ai centri di innovazione e all'applicazione di intelligenza artificiale e big data nell'intero ciclo di vita dei prodotti farmaceutici. La Strategia fissa come obiettivo l'incremento dell'investimento totale in R&S (pubblico e privato) fino al 3% del PIL entro il 2030, in linea con le raccomandazioni europee[76], prevedendo un aumento della sola componente pubblica all'1,25% del PIL, con particolare importanza rivestita dalla ricerca in ambito medico-scientifico e farmaceutico.

L'attuazione della strategia è affidata a una governance multilivello che coinvolge un Comitato Interministeriale (con rappresentanti dei Ministeri della Salute, dell'Industria, della Scienza e delle Finanze), e l'Alianza para la Estrategia, un organo preposto al coordinamento tra il Comitato Interministeriale e tutti gli stakeholder del settore, tra i quali le Comunità Autonome, le università, i centri di ricerca, le associazioni dei pazienti e l'industria.

74 La strategia di prezzo e rimborso viene articolata lungo tre fasi del ciclo di vita del farmaco. Nella fase di protezione brevettuale, i farmaci sono valutati con criteri multifattoriali, includendo anche aspetti economici e ambientali; sarà inoltre possibile prevedere rimborsi condizionati o temporanei per i farmaci di particolare rilevanza clinica. Con la fine della protezione brevettuale, verranno introdotti prezzi di riferimento e gare semestrali a offerta cieca, con la regola generale che le farmacie dispensino il prodotto più economico. Infine, nella fase di prezzi molto bassi e prodotti a rischio di ritiro dal mercato, il Governo potrà escludere i farmaci strategici dal sistema di prezzi di riferimento e autorizzare aumenti di prezzo per garantirne la disponibilità.

75 Farmaindustria, AESEG, BioSim, AFAQUIM, ASEBIO, AELMHU e ANEFP.

76 Raccomandazione 2122/2021 del Consiglio dell'Unione Europea, 26 novembre 2021.

In parallelo alla nuova Strategia, è stato rinnovato per il biennio 2025-2026 il programma Profarma, attivo dal 2004. Il programma era stato sospeso nel biennio 2023-2024 proprio in attesa della pubblicazione della Strategia, così da renderlo pienamente coerente con il nuovo quadro di politica industriale. Profarma rappresenta un unicum nel panorama europeo, configurandosi come uno strumento di incentivo alla competitività che premia le imprese farmaceutiche maggiormente impegnate in produzione, ricerca e innovazione.

Le aziende che partecipano al bando vengono classificate in categorie (da "eccellente" ad "accettabile") in base ad alcuni parametri volti a misurare l'impatto che le stesse hanno sul tessuto economico nazionale. Tra i criteri principali figurano la presenza di impianti produttivi e centri di R&S, l'ammontare degli investimenti, la partecipazione a consorzi di ricerca pubblici-privati, la creazione di nuovi posti di lavoro, la sostenibilità ambientale e la qualità dei risultati di ricerca (brevetti, licenze, nuovi prodotti). Le aziende classificate possono ottenere fino al 25% di riduzione sulle contribuzioni obbligatorie dovute al sistema sanitario per la vendita di farmaci rimborsati[77], con ulteriori sconti in caso di progetti di ricerca in consorzio o partnership pubblico-private[78].

Profarma rappresenta inoltre uno strumento chiave per attrarre nuovi investimenti esteri, favorendo così la crescita industriale e il radicamento di attività produttive e innovative ad alto valore aggiunto sul territorio e rafforzando il ruolo della Spagna come polo manifatturiero e innovativo in ambito farmaceutico europeo.

12.5.3 Germania: consolidamento della manifattura e rilancio della ricerca

Ad oggi, la Germania rappresenta il più grande mercato europeo sia per il settore farmaceutico che per quello delle tecnologie medicali. Con vendite farmaceutiche pari a 59,8 miliardi di euro[79] nel 2023 (+5,8% su base annua)[80], si posiziona come 4° mercato farmaceutico globale, dietro solo a Stati Uniti, Cina e Giappone. Nel settore dei dispositivi medici, il valore del mercato interno ha raggiunto i 43 miliardi di euro, equivalente a circa il 27% del mercato europeo, con oltre 13.500 imprese e 265.000 addetti, il numero più elevato in Europa[81].

La struttura industriale tedesca è fortemente orientata all'export, con più del 65% del fatturato che deriva da questo, in particolare verso gli altri Paesi dell'Unione e Stati Uniti. L'accesso a un mercato di dimensioni rilevanti come quello tedesco permette alle imprese di beneficiare di economie di scala e, di conseguenza, di avere maggiori margini per gli investimenti in R&S, che nel solo settore farmaceutico nel 2023 sono stati pari a 9,9 miliardi di euro[82].

77 Le aziende che vendono farmaci prescrivibili e rimborsati dal servizio sanitario spagnolo sono tenute a versare un contributo pari all'1,5% o 2% del proprio fatturato derivante da tali vendite, in funzione del volume delle stesse.
78 Fino al 10% in più.
79 A prezzi ex factory.
80 GTAI, 2024.
81 Ibid.
82 EFPIA, 2025.



GERMANIA

Popolazione (in milioni) – 2024	83,5	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2023	11,7
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	4.329,0	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	4,5
Produzione farmaceutica (in miliardi di euro) – 2024	37,6	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	12,0
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2024	9,9	**Numero di trial clinici attivi** – 2025	3.188
Credito di imposta per spesa in R&S	25% (35% per le PMI) fino a €4 mln	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2025	3,8

Figura 9. Numeri chiave di contesto per la Germania, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, OCSE, EMA, EFPIA e altre fonti, 2025

Un comparto in forte espansione è quello delle biotecnologie, trainato dal successo dei vaccini a mRNA[83]. I prodotti biofarmaceutici rappresentano ormai un terzo del mercato farmaceutico nazionale. Nel 2023, il loro fatturato ha infatti raggiunto i 19,2 miliardi di euro, con una crescita dell'8,9% sull'anno precedente. Il Paese conta oltre 770 imprese biotech e un totale di 48.000 addetti nel comparto. Dopo un rallentamento legato al ciclo post-COVID, nel 2024 il settore ha registrato una ripresa record degli investimenti privati, con oltre 1,9 miliardi di euro raccolti in venture capital, +78% rispetto al 2023, trainati in particolare dalle imprese attive in oncologia e terapie avanzate. La Germania si conferma inoltre, leader europeo per numero di brevetti biotech con circa 2.350 domande annue[84].

Se dal punto di vista della manifattura la Germania può vantare un ecosistema delle Life Science che continua a trainare l'economia nazionale e a contribuire in maniera significativa a quella europea, sul fronte della ricerca clinica si è registrato negli ultimi anni un rallentamento. Tra il 2017 e il 2021, il numero di sperimentazioni cliniche autorizzate in Germania è diminuito del 23%, passando da 771 a 593 studi annui, con un calo particolarmente pronunciato negli studi di fase I e II. Sebbene nel 2022 si sia registrato un aumento arrivando a 717 autorizzazioni, i trial clinici di fase I sono rimasti al di sotto dei livelli del 2017 (174 contro 203)[85].

Il sistema della ricerca medico-scientifica tedesco ha evidenziato difficoltà legate a una normativa frammentata – accentuate dalla natura federale dell'amministrazione statale tedesca – procedure autorizzative complesse e una gestione eccessivamente restrittiva del Regolamento

83 Uno dei primi vaccini contro il Covid-19 è stato sviluppato da una azienda biotecnologica tedesca sfruttando la tecnologia mRNA.
84 GTAI, 2024.
85 Istituto Federale per i Farmaci e i Dispositivi Medici (BfArM), 2025.

generale sulla protezione dei dati (GDPR)[86], che ha rallentato l'avvio degli studi multicentrici e ostacolato l'uso secondario dei dati sanitari per fini di ricerca[87].

Queste criticità hanno indotto il Governo federale ad avviare un processo di riforma volto a rendere l'ecosistema regolatorio e autorizzativo più efficiente, competitivo e allineato alle migliori pratiche europee. In tale contesto si inserisce il Gesundheitsdatennutzungsgesetz[88] (Legge sull'utilizzo dei dati sanitari), approvata nel 2024, che istituisce un punto di accesso centralizzato ai dati sanitari a fini di ricerca presso l'Istituto Federale per i Farmaci e i Dispositivi Medici (BfArM), e introduce meccanismi di armonizzazione normativa tra i diversi Länder, con l'obiettivo di superare le barriere legate alla frammentazione federale e alla difformità interpretativa del GDPR. Il provvedimento prevede, inoltre, la semplificazione dei processi di richiesta, con procedure standardizzate e digitalizzate per accedere a dataset clinici e amministrativi da parte di enti di ricerca pubblici e privati.

Un'altra riforma strategica è la creazione di una Commissione Etica federale unica, anch'essa presso il BfArM, che sostituirà le attuali decine di comitati etici locali, riducendo significativamente i tempi autorizzativi per l'avvio di nuovi trial. Questa misura è parte integrante del più ampio Medizinforschungsgesetz[89] (German Medical Research Act), che intende rafforzare la centralizzazione dei processi autorizzativi, semplificare i requisiti documentali e migliorare la prevedibilità normativa per gli sponsor. Le stime preliminari indicano che, a regime, l'intero iter autorizzativo potrà essere ridotto a meno di 60 giorni, in linea con i benchmark europei più competitivi[90]. Una ulteriore innovazione della German Medical Research Act riguarda il collegamento diretto tra la presenza di trial clinici in Germania e le condizioni di negoziazione del prezzo dei farmaci. In particolare, il nuovo meccanismo prevede che i medicinali per i quali almeno il 5% dei partecipanti agli studi clinici sia stato arruolato in Germania possano beneficiare di una maggiore flessibilità nelle trattative di rimborso.

Parallelamente, è in corso la messa a terra della Strategiepapier 4.0[91], la strategia nazionale tedesca per l'industria farmaceutica, pubblicata nel dicembre del 2023 dal Ministero Federale della Salute, dal Ministero Federale dell'Economia e dell'Azione per il Clima e dal Ministero Federale dell'Istruzione e della Ricerca. L'iniziativa mira a rafforzare la competitività globale della Germania come hub per la produzione, la ricerca e lo sviluppo farmaceutico, attraverso un approccio sistemico che integra innovazione, sostenibilità e sicurezza degli approvvigionamenti.

La Strategia si basa su 7 obiettivi principali, che vanno dall'accelerazione delle sperimentazioni cliniche al rafforzamento delle strutture di approvazione, con il potenziamento del ruolo centrale del BfArM quale referente unico per le autorizzazioni dei medicinali e dei trial clinici. Un ulteriore pilastro è rappresentato dalla digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e l'utilizzo dei dati sanitari per scopi di ricerca, semplificando la governance sulla protezione dei dati anche nei progetti interstatali. Sul fronte europeo, la Strategia impegna la Germania a migliorare il quadro regolatorio in ambito R&S e a difendere la tutela della proprietà intellettuale nell'ambito delle iniziative legislative dell'UE e dei negoziati internazionali. Ulteriori misure mirano a garantire condizioni affidabili per le imprese farmaceutiche, rivedendo i meccanismi di determinazione dei prezzi e dei rimborsi (AMNOG), introducendo maggiore flessibilità nei rimborsi riservati[92] e stabilizzando lo sconto obbligatorio per i farmaci rimborsabili senza prezzo fisso.

86 Sebbene il GDPR costituisca una normativa di livello europeo, la sua interpretazione è in capo alla discrezionalità dei singoli Stati Membri, determinando applicazioni nazionali eterogenee. In Germania, in particolare, tale interpretazione si è tradotta in un approccio più restrittivo che ha generato incertezze giuridiche e ostacoli significativi all'utilizzo secondario dei dati sanitari a fini di ricerca clinica. Una delle soluzioni più promettenti a questi ostacoli è rappresentata dai dati sintetici, approfonditi nel Capitolo 10.

87 EFPIA, 2024.

88 BGBl n. 102 del 25 marzo 2024.

89 BGBl n. 324 del 29 ottobre 2024.

90 Istituto Federale per i Farmaci e i Dispositivi Medici (BfArM), 2025.

91 Per una analisi più approfondita del Piano si veda il XIX Rapporto Meridiano Sanità.

92 In Germania, dopo il primo anno il prezzo dei farmaci viene negoziato con il sistema sanitario e reso pubblico, finendo spesso usato come riferimento in altri Paesi. Con i "rimborsi riservati", introdotti con la Legge sulla ricerca medica, l'azienda mantiene nascosto il prezzo negoziato: all'esterno compare solo quello "di facciata", più alto. Accettando uno sconto maggiore in Germania, le aziende evitano che il prezzo ribassato diventi benchmark internazionale, tutelando i margini globali.

Su quest'ultimo punto, la Strategia prevede una profonda revisione dell'AMNOG con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle terapie di ultima generazione mantenendo allo stesso tempo la sostenibilità della spesa farmaceutica. La riforma si concentrerà sull'introduzione di limiti ("guardrails") ai meccanismi di rimborso e sul rafforzamento della medicina personalizzata. Contestualmente, il Governo punta a rafforzare la sicurezza degli approvvigionamenti sostenendo il rientro in Germania e in Europa delle produzioni critiche di farmaci e dispositivi medici.

Il contratto di coalizione del nuovo Governo[93] definisce l'ambizione di rendere la Germania "il luogo più innovativo al mondo per l'industria chimica, farmaceutica e biotecnologica", anche attraverso una nuova "Chemicals Agenda 2045" e il continuo miglioramento delle condizioni normative per lo sviluppo e la produzione di farmaci e principi attivi. Stando a informazioni preliminari, sono previste semplificazioni regolatorie per le nuove tecnologie genomiche e più risorse per le start-up e la ricerca, inclusa la creazione di una biobanca nazionale a supporto della medicina di precisione.

12.5.4 Danimarca: modello integrato di politica industriale e sanitaria

Negli ultimi anni la Danimarca si è affermata come uno dei Paesi europei più dinamici nel settore delle Life Science. Tra il 2021 e il 2024 la produzione industriale del comparto è cresciuta di oltre il 150%[94], trainata in particolare dalla farmaceutica, e oggi il Paese è il 1° nell'Unione Europea per numero di trial clinici in rapporto alla popolazione[95]. La crescita del settore è stata talmente rapida da comportare una situazione di dipendenza dell'economia nazionale da questo settore. La produzione industriale, senza l'apporto delle Life Science, sarebbe cresciuta solo a circa un terzo della velocità registrata tra il 2021 e il 2024. La rapida crescita del comparto ha dato alla Danimarca un profilo di rilievo nello scenario europeo, ma ha anche messo in evidenza la necessità di consolidare i progressi e di dotarsi di strumenti più coordinati per competere a livello globale.

Per rispondere a questa sfida, nel novembre 2024 è stato pubblicato il nuovo Piano "Strategy for Life Science towards 2030", che prosegue sulla scia del precedente del 2021 ma ne amplia ambizioni e strumenti. La strategia è stata elaborata congiuntamente dai Ministeri della Salute, dell'Industria e Imprese, e dell'Istruzione e Ricerca. Un ruolo centrale lo ha avuto il Danish Life Science Council[96], che nel 2023 aveva messo a punto una serie di raccomandazioni sul rafforzamento delle condizioni per lo scale-up industriale, sull'uso sistematico dei dati sanitari e sul coordinamento tra ricerca e industria; queste indicazioni sono diventate la base del nuovo Piano. L'orizzonte temporale è il 2030, con obiettivi concreti sia economici – come il raddoppio delle esportazioni del settore – sia sanitari, legati all'adozione rapida di innovazioni e terapie. Nel periodo 2024-2027, la dotazione finanziaria è pari a circa 60 milioni di euro.

93 Il Governo Merz è entrato in carica il 6 maggio 2025 ed è sostenuto da una coalizione formata da CDU/CSU e SPD.
94 Governo Danese, 2024.
95 EMA, 2025.
96 Il Danish Life Science Council è un organismo di coordinamento tra enti pubblici e privati per la promozione e la crescita del settore delle Scienze della Vita. È composto da 20 membri provenienti dalle istituzioni, industria, università, associazioni dei pazienti e clinici.



DANIMARCA

Popolazione (in milioni) – 2024	6,0	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2023	9,4
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	392,4	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	4,5
Produzione farmaceutica (miliardi di euro) – 2023	29,7	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	10,4
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2023	1,7	**Numero di trial clinici attivi** – 2025	1.231
Deduzione fiscale per spesa in R&S	108%	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2025	20,5

Figura 10. Numeri chiave di contesto per la Danimarca, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, OCSE, EMA, EFPIA e altre fonti, 2025

Il Piano si caratterizza per un approccio trasversale, che non privilegia in modo unilaterale la dimensione della ricerca o quella della produzione, ma punta a integrare l'intera catena del valore. Sul versante della ricerca, la Danimarca intende rafforzare ulteriormente la propria attrattività nei trial clinici attraverso uno sportello unico nazionale e procedure autorizzative semplificate, valorizzando al tempo stesso l'uso dei dati sanitari come asset strategico per la ricerca pubblica e privata. Sul fronte della produzione, la strategia prevede nuovi parchi industriali, uno sportello unico per tutte le procedure autorizzative e burocratiche delle aziende che vogliono investire nel Paese e misure mirate a ridurre le barriere amministrative, con l'obiettivo di consolidare la capacità industriale e di raddoppiare le esportazioni entro il 2030.

Un terzo elemento distintivo del Piano riguarda l'adozione delle innovazioni nel sistema sanitario, con l'obiettivo di trasformare la crescita industriale in benefici concreti per i pazienti. A questo scopo, la strategia introduce strumenti come l'Health Innovation Index, che misura la capacità del sistema sanitario di integrare e utilizzare nuove tecnologie, e il value-based procurement, concepito per premiare le soluzioni più efficaci e ad alto impatto sia per i pazienti sia per la sostenibilità del sistema. Più che in altri Paesi, dunque, il Piano danese non si limita a sostenere ricerca e produzione, ma introduce degli interventi collegati al sistema sanitario per accelerare l'adozione delle innovazioni nella pratica clinica.

Un ultimo elemento significativo della strategia riguarda la diplomazia sanitaria, che la Danimarca intende utilizzare in una duplice prospettiva. Da un lato, rafforzare la cooperazione internazionale per affrontare in maniera congiunta le sfide globali della salute, contribuendo così alla resilienza dei sistemi sanitari e al progresso scientifico comune. Dall'altro, valorizzare questa stessa cooperazione come leva di politica industriale, ponendo le basi per la promozione dell'export e per il consolidamento dell'industria danese nei mercati esteri. In questo senso, uno degli obiettivi della diplomazia sanitaria è quello di sostenere gli sforzi della Commissione Europea nella definizione di strumenti di sostegno alle Life Science, anche per garantire all'industria danese condizioni favorevoli per la sua crescita.

12.5.5 Regno Unito: governance integrata e monitoraggio

Tradizionalmente, la forza del Regno Unito nel settore delle Life Science si è concentrata prevalentemente sulla ricerca, più che sulla manifattura. Il Paese ospita alcune tra le università e i centri di ricerca più prestigiosi a livello mondiale, un ecosistema scientifico storicamente capace di attrarre investimenti e talenti internazionali e di generare innovazione ad alto valore aggiunto. Tuttavia, questo primato si accompagna a una persistente debolezza sul fronte produttivo: negli ultimi 25 anni la capacità manifatturiera farmaceutica nazionale si è ridotta del 25%, con una perdita di circa 7.000 posti di lavoro nel settore[97]. Tale contrazione ha contribuito ad aumentare la dipendenza da forniture esterne per prodotti essenziali, esponendo il sistema sanitario nazionale a rischi di approvvigionamento, come evidenziato durante la pandemia.

Anche nel campo della ricerca clinica, nonostante le indiscusse eccellenze, il Regno Unito sta mostrando segnali di perdita di competitività. Dal 2017 si è registrato un calo del 41% nel numero di nuovi trial clinici avviati e una riduzione del 44% nel reclutamento di partecipanti, sintomo di una crescente attrattività di altri mercati europei[98]. Attualmente sono 2.709 i trial clinici attivi nel Paese[99], un dato inferiore a quello di Germania, Spagna, Italia e Francia. Nonostante questo, il Regno Unito mantiene una posizione di leadership nei segmenti più innovativi, in particolare nelle terapie avanzate: il 9% dei trial clinici globali su ATMP viene condotto nel Regno Unito, e nel 2024 gli investimenti nelle aziende del settore hanno superato il miliardo di sterline, segnando un aumento rispetto ai circa 770 milioni dell'anno precedente[100].

REGNO UNITO

Popolazione (in milioni) – 2024	68,3	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2024	11,1
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	3.386	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	4,2
Valore aggiunto della farmaceutica (in miliardi di euro) – 2024	16,3	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	11,7
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2024	9,0	**Numero di trial clinici attivi** – 2025	2.709
Credito di imposta per spesa in R&S	Fino al 27%	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2025	4,0

Figura 11. Numeri chiave di contesto per il Regno Unito, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati ONS, OCSE, ISRCTN, ABPI e altre fonti, 2025

97 Medicines Manufacturing Industry Partnership, 2023.
98 ABPI, 2022.
99 ISRCTN, 2025.
100 Cell and Gene Therapy Catapult (2025), "Annual Review 2024. Transforming healthcare with advanced therapies".

A luglio 2025, il Governo britannico ha pubblicato un Piano settoriale per le Life Sciences. Per comprenderne appieno la portata e gli obiettivi, è necessario inquadrarlo nel più ampio contesto economico e politico del Paese. Il Regno Unito si trova infatti in una fase di crescita economica strutturalmente bassa, con un deficit pubblico elevato e un debito pubblico in aumento. Contestualmente, il Governo si è impegnato ad accrescere la spesa per la difesa fino al 5% del PIL entro il 2035, a fronte di risorse pubbliche già sottoposte a forte pressione.

Secondo un rapporto dell'Office of Budget Responsibility (OBR)[101] dell'8 luglio 2025[102], se le politiche attuali rimanessero invariate, entro il 2070 il deficit di bilancio potrebbe salire al 20% del PIL, mentre il debito pubblico arriverebbe al 270% del PIL. Il Governo sta però incontrando notevoli difficoltà nel riorientare la spesa pubblica verso le proprie priorità: tra maggio e luglio 2025, diversi tentativi di ridurre la spesa per alcune componenti del welfare sono stati respinti dal Parlamento.

In questo contesto di vincoli stringenti, la promozione del settore delle Life Science, uno dei comparti più strategici e innovativi dell'economia britannica – il 17% di tutti gli investimenti in R&S sono finanziati dal settore[103] – assume una rilevanza significativa. Le imprese del settore devono già scontare un'importante pressione finanziaria, aggravata da uno dei meccanismi di clawback (VPAG[104]) più penalizzanti d'Europa, che nel 2025 comporterà per le aziende il rimborso al National Health Service (NHS) di circa il 23,5% del valore delle vendite. Consapevole dei suoi limiti di bilancio, il Governo ha elaborato il UK Life Sciences Sector Plan che prevede lo stanziamento di 2 miliardi di sterline[105] tra il 2025 e il 2030, una cifra non molto significativa, focalizzando però tali risorse su progetti ad alto impatto potenziale e con elevato effetto leva sugli investimenti privati. Parallelamente, il Piano fa leva su una serie di iniziative a costo zero o a costo limitato - quali la semplificazione delle procedure di autorizzazione, il rafforzamento dei partenariati pubblico-privati, l'attrazione di talenti internazionali, la digitalizzazione della sanità e il potenziamento della governance di settore - essenziali per rendere l'ecosistema nazionale maggiormente competitivo e recettivo alle innovazioni promosse dalle imprese.

L'obiettivo dichiarato del Piano, sviluppato congiuntamente dal Department for Science, Innovation and Technology (DSIT), Department for Business and Trade (DBT) e dal Department of Health and Social Care (DHSC) è quello di rendere il Regno Unito entro il 2030 la prima economia europea delle Life Sciences e, entro il 2035, la terza economia globale del settore, dietro a Stati Uniti e Cina.

Il Piano si articola su 3 pilastri fondamentali: il primo riguarda la valorizzazione della ricerca e sviluppo a livello mondiale, per capitalizzare e rafforzare le tradizionali eccellenze scientifiche del Regno Unito. Il secondo pilastro mira a trasformare il Paese in un ambiente particolarmente favorevole all'avvio, crescita, espansione e investimento nelle imprese del settore, con particolare attenzione sia allo sviluppo di campioni nazionali che all'attrazione di investimenti diretti esteri, nonché al sostegno della capacità manifatturiera avanzata. Il terzo pilastro riguarda la promozione dell'innovazione in sanità e la riforma del NHS, con l'obiettivo di garantire ai pazienti un accesso più rapido alle tecnologie più efficaci e sostenibili, e di promuovere il passaggio da un modello sanitario centrato sulla malattia a uno più orientato alla prevenzione, alla prossimità e alla digitalizzazione dei servizi.

In termini operativi, il Piano individua 6 azioni prioritarie per imprimere slancio all'attuazione dell'intera strategia settoriale. Tra queste si segnalano: la realizzazione dell'Health Data Research Service (HDRS)[106], con un investimento pubblico-privato di circa 600 milioni di sterline per creare una piattaforma di dati sanitaria per studi clinici e applicazioni di intelligenza artificiale; la riduzione dei tempi di avvio dei trial clinici

101 Ente pubblico indipendente che fornisce previsioni economiche e analisi indipendenti delle finanze pubbliche, paragonabile alla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) italiana
102 OBR (2025), "Fiscal risks and sustainability. July 2025".
103 Governo Britannico, 2025.
104 Voluntary Scheme on Branded Medicines.
105 Circa 2,3 miliardi di euro al cambio del 19 settembre 2025.
106 L'organo era stato proposto dalla "Sudlow Review", analisi indipendente del panorama dei dati sanitari nel Regno Unito da parte della Prof.ssa Cathie Sudlow, già nel novembre del 2024.

a meno di 150 giorni, mediante riforme regolatorie e gestionali che dovrebbero raddoppiare i partecipanti agli studi entro il 2029; il sostegno alla manifattura – il comparto che più ha sofferto la concorrenza europea e asiatica negli ultimi anni – con risorse fino a 520 milioni di sterline, destinate a rafforzare la capacità produttiva nazionale e la resilienza delle catene di fornitura; la semplificazione dei percorsi regolatori e di accesso al mercato per accelerare la diffusione delle innovazioni; l'introduzione di meccanismi di procurement più snelli e trasparenti per l'accesso delle nuove tecnologie al NHS; il consolidamento delle partnership pubblico-private, anche tramite servizi di supporto dedicati alla crescita e all'attrazione di investimenti per le imprese ad alto potenziale del settore.

La principale innovazione introdotta dalla nuova strategia britannica per le Life Science risiede nell'adozione di una struttura operativa rigorosa e trasparente, in netta discontinuità sia rispetto ai precedenti piani inglesi sia rispetto agli approcci ancora prevalenti negli altri grandi Paesi europei. Per la prima volta, il Piano settoriale si fonda su un sistema di target quantitativi, monitorabili e legati a metriche di impatto chiaramente definite. In particolare, il Governo si è impegnato su 4 obiettivi di fondo:

- attrarre il maggior volume di investimenti in R&S industriale tra le economie europee entro il 2030 e a livello mondiale (esclusi Stati Uniti e Cina) entro il 2035;
- attrarre più investimenti diretti esteri nel settore rispetto a qualunque altra economia europea entro il 2030, e globalmente (esclusi USA e Cina) entro il 2035.
- assicurare che le aziende britanniche del settore siano in grado di raccogliere più capitale rispetto a qualsiasi altro Paese europeo, misurando non solo il volume degli investimenti ma anche il numero di aziende sopra i 10 miliardi di sterline di capitalizzazione, le presenze in FTSE 350[107] e il numero di IPO[108];
- posizionare il Regno Unito tra i primi tre Paesi in Europa per rapidità di accesso dei pazienti a farmaci e tecnologie sanitarie innovative, monitorando la velocità di autorizzazione all'immissione in commercio, la tempistica e i costi delle valutazioni di HTA, nonché l'effettiva adozione nel NHS.

Sulla stessa lunghezza d'onda, un ulteriore aspetto distintivo del Piano è rappresentato dalla responsabilizzazione diretta delle amministrazioni: ogni programma previsto dal Piano è affidato a un Senior Responsible Officer (SRO), incaricato di garantirne la realizzazione e di rispondere in modo trasparente sugli avanzamenti. Il monitoraggio è strutturato e pubblico: i progressi rispetto agli impegni assunti saranno oggetto di aggiornamenti annuali, e il Life Sciences Council, co-presieduto da Governo e industria, si riunirà ogni 6 mesi per valutare l'implementazione, assicurando allineamento con la strategia industriale complessiva del Paese. Questo approccio di governance integrata e accountability costituisce un cambio di paradigma, mirando a evitare le debolezze delle strategie passate, spesso criticate per la vaghezza degli obiettivi e l'assenza di veri strumenti di verifica della loro messa a terra.

12.5.6 Canada: investimenti pubblici e cluster innovativi

Varcando i confini continentali, come nel caso degli altri Paesi analizzati in questo Capitolo, anche per il Canada l'industria delle Life Science è una componente significativa dell'economia nazionale. Il comparto farmaceutico conta oltre 1.100 aziende attive nel 2022, con circa 36.700 addetti diretti[109]. Il settore biotecnologico, invece, è rappresentato da oltre 12.000 aziende per un totale di circa 200.000 addetti[110]. Va sottolineato come il peso relativo dei diversi segmenti vari significativamente tra le province: Ontario e Québec sono poli dominanti per la farmaceutica e la ricerca, mentre la provincia della British Columbia si distingue per la concentrazione di aziende biotecnologiche.

107 Il Financial Times Stock Exchange 350 è l'indice che comprende i titoli delle 350 aziende a più alta capitalizzazione quotate alla Borsa di Londra.
108 Initial Public Offering.
109 Statistics Canada, 2025.
110 BIOTECanada, 2024.



CANADA

Popolazione (in milioni) – 2024	40,1	**Spesa sanitaria** (% del PIL) – 2023	11,2
Prodotto Interno Lordo (in miliardi di euro) – 2024	2.241,3	**Numero di medici** (per 1.000 abitanti) – 2023	2,8
Produzione farmaceutica (miliardi di euro) – 2022	44,1	**Numero di infermieri** (per 1.000 abitanti) – 2023	10,3
Spesa in R&S del settore farmaceutico (in miliardi di euro) – 2022	2,3	**Numero di trial clinici attivi** – 2023	3.313
Credito di imposta per spesa in R&S	15% fino a €1,8 mln (35% per aziende canadesi)	**Trial clinici** (per 100.000 abitanti) - 2023	8,3

Figura 12. Numeri chiave di contesto per il Canada, 2025 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati Statistics Canada, OCSE, CDA-AMC, Invest in Canada e altre fonti, 2025

Una delle caratteristiche distintive della politica industriale canadese nel campo delle Life Science risiede nella forte promozione di partnership tra università, ospedali, enti pubblici e settore privato. Tale orientamento si riflette nella creazione dei cosiddetti Global Innovation Clusters, organismi pubblico-privati focalizzati su filiere ad alto potenziale innovativo, tra cui il Digital Technology Cluster (con un programma specifico sulla digital health), l'Advanced Manufacturing Cluster e lo Scale AI Cluster, tutti coinvolti in progetti di rilievo per le Life Sciences. Questi cluster, che beneficiano in una fase iniziale di fondi pubblici, pari a oltre 1 miliardo di dollari canadesi[111] nel caso dei tre citati sopra, sono progettati per raggiungere la sostenibilità economica nel medio periodo, generando autonomamente nuove fonti di reddito attraverso la valorizzazione delle attività di ricerca, la creazione di proprietà intellettuale, la formazione e l'erogazione di servizi alle imprese. Ad esempio, il solo Advanced Manufacturing Cluster ha generato, dal 2018 al 2024, oltre 7 miliardi di dollari canadesi di ricavi e creato più di 3.400 nuovi posti di lavoro[112].

La Biomanufacturing and Life Sciences Strategy è stata pubblicata nel luglio 2021 dal Ministero dell'Innovazione, Scienza e Industria e dal Ministero della Salute canadesi, nel pieno dell'emergenza pandemica. Il documento è stato elaborato in consultazione con rappresentanti di settore, accademici e la COVID-19 Vaccine Task Force, ed è fortemente improntato alle lezioni apprese durante la pandemia, in particolare la necessità di rafforzare la capacità produttiva nazionale di vaccini e altri prodotti biotecnologici (il termine "vaccino" o "vaccini" compare 63 volte in 20 pagine, a conferma di questa centralità).

111 Circa 620 milioni di euro ai cambi del 24 luglio 2025.
112 Governo Canadese (2024), "Next Generation Manufacturing. 2023/24 Annual Report".

Il Piano prevede investimenti pubblici diretti per 2,2 miliardi di dollari canadesi, suddivisi tra varie linee di intervento che vanno dal sostegno alla ricerca accademica fino alla crescita delle aziende del settore e alla costruzione di infrastrutture critiche, come il Biologics Manufacturing Centre di Montréal. Questi fondi sono complementari a precedenti investimenti di emergenza stanziati nei primi mesi della pandemia, superando già al momento della pubblicazione della Strategia 1,2 miliardi di dollari canadesi in finanziamenti diretti a progetti e aziende biotecnologiche.

La Strategia si articola su 5 pilastri:

- governance forte e coordinata, per decisioni rapide, monitoraggio e allocazione efficiente delle risorse;
- rafforzare la ricerca e valorizzare il talento tramite finanziamenti alle università e ai centri ospedalieri (ad esempio, 500 milioni di dollari canadesi per le infrastrutture di ricerca bioscientifica e 250 milioni per il Biomedical Research Fund);
- fornire sostegno alle imprese consolidando le aree di forza, con 1 miliardo di dollari canadesi dello Strategic Innovation Fund indirizzato allo scale-up delle imprese, sviluppo tecnologico e partnership pubblico-private;
- potenziare le capacità del sistema sanitario nazionale investendo, ad esempio, in strutture pubbliche come l'NRC[113] Biologics Manufacturing Center per rispondere meglio alle future emergenze sanitarie, e rafforzando il ruolo dei centri di ricerca pubblici nel trasferimento tecnologico dalle università al settore;
- sbloccare le potenzialità dell'innovazione del settore attraverso una regolamentazione snella e rinnovata, migliorando l'accesso ai trial clinici mediante l'investimento di 250 milioni di dollari canadesi per il Clinical Trial Fund, con il quale sono stati finanziati 36 studi clinici tra il 2022 e il 2024[114].

La Strategia canadese si distingue da analoghi Piani europei o statunitensi per il suo focalizzarsi esplicitamente sulle emergenze pandemiche e sulla resilienza nazionale per quanto riguarda la produzione di vaccini. Questa attenzione si riflette nella struttura stessa del Piano, che pone la preparazione alle future pandemie come obiettivo trasversale di tutte le azioni.

Uno dei principali vantaggi competitivi del Canada, rispetto alle economie europee, è rappresentato dall'assenza di vincoli stringenti in materia di aiuti di Stato e sussidi pubblici alle imprese. Il Governo canadese gode di una maggiore autonomia nell'attivare programmi di supporto diretto al settore delle Life Science, sia attraverso finanziamenti diretti a singole aziende, sia tramite il sostegno a grandi progetti di innovazione.

Nel periodo recente, questa libertà si è tradotta in un programma di investimenti pubblici senza precedenti: tra il 2021 e il 2024, sono stati stanziati 2,5 miliardi di dollari canadesi a sostegno di 43 imprese attive nei comparti della ricerca biofarmaceutica, delle biotecnologie e della produzione di vaccini e diagnostica. Questo massiccio intervento, spesso non replicabile in Europa a causa delle normative sulla concorrenza, ha permesso al Canada di attrarre investimenti privati, rafforzare l'autonomia produttiva nazionale e consolidare filiere innovative in tempi rapidi. Inoltre, gli incentivi per gli investimenti in R&S canadesi discriminano tra aziende nazionali (35% di credito di imposta) e straniere (15%), una distinzione che non sarebbe possibile nell'UE, dove il principio di non discriminazione impone che le imprese degli altri Stati Membri godano degli stessi benefici fiscali delle aziende nazionali.

113 National Research Council.
114 Canadian Institutes of Health Research, 2025.

12.6 ITALIA: IL LIBRO VERDE "MADE IN ITALY 2030" E LA RIFORMA DEL SETTORE FARMACEUTICO

Negli ultimi anni, il dibattito pubblico e istituzionale in Italia ha progressivamente riportato al centro dell'agenda la politica industriale, che si colloca in un quadro internazionale caratterizzato da una rinnovata attenzione verso l'autonomia strategica, la resilienza delle catene di fornitura e la capacità di innovare.

In questo scenario, l'Italia si è dotata nel 2024 di un nuovo strumento di indirizzo, il Libro Verde sulla politica industriale "Made in Italy 2030", promosso dal Ministero delle Imprese e del Made in Italy (MIMIT), con l'obiettivo di delineare una visione di lungo periodo per il rilancio dell'industria nazionale. Il Libro Verde ha definito gli obiettivi e le linee guida della politica industriale italiana al 2030 e oltre, con particolare attenzione ai settori a più alto valore aggiunto e potenziale di crescita, tra i quali la farmaceutica, chiamati a svolgere un ruolo di traino nella nuova fase di sviluppo economico.

Il Documento si articola intorno a 15 grandi obiettivi, che rappresentano le priorità per il rafforzamento e la modernizzazione del sistema industriale italiano. Tra questi, si segnalano: il consolidamento della posizione dell'Italia tra le prime dieci economie mondiali, la tutela e valorizzazione del modello produttivo del Made in Italy, l'aumento dei livelli occupazionali e delle retribuzioni, la riduzione dei divari di sviluppo tra le Regioni, la promozione di filiere ad alta intensità tecnologica e il rafforzamento della sostenibilità ambientale ed energetica.

Un altro elemento centrale del Libro Verde è l'identificazione dei settori strategici su cui concentrare l'attenzione e le risorse pubbliche: la farmaceutica, la siderurgia, l'automotive, la difesa, la cantieristica, lo spazio e il mare[115]. Questi settori sono ritenuti fondamentali non solo per la competitività del Paese ma anche per la sua sicurezza e autonomia strategica, in particolare per quanto riguarda la farmaceutica e la difesa. Il Documento suggerisce inoltre di superare la frammentazione che spesso ha caratterizzato il sistema produttivo nazionale, promuovendo una politica industriale orientata per filiere e una governance più integrata. A questo fine, è prevista l'istituzione di una "Conferenza delle Imprese e delle Filiere" come sede permanente di dialogo e coordinamento tra i diversi attori del sistema produttivo nazionale.

In particolare, la farmaceutica viene individuata come settore pilota per sperimentare nuove forme di collaborazione pubblico-privato e di governance delle catene del valore, attraverso strumenti come il partenariato per l'innovazione, la formazione congiunta e il sostegno agli investimenti in ricerca e sviluppo.

A partire dalla pubblicazione del Libro Verde, il Ministero delle Imprese e del Made in Italy ha avviato una fase strutturata di consultazione pubblica, aperta a tutti i principali stakeholder del sistema produttivo, istituzionale e sociale. Questo processo, conclusosi il 31 gennaio 2025, è stato concepito per raccogliere osservazioni, suggerimenti e proposte operative dalle imprese, dalle associazioni di categoria, dal mondo accademico, dai sindacati e da altri attori della società civile.

Il Documento sottolinea come la farmaceutica rappresenti non solo un'eccellenza produttiva nazionale, ma anche un volano di crescita per l'innovazione, la ricerca e l'attrazione di investimenti dall'estero. In tal senso, la politica industriale italiana riconosce la necessità di rafforzare il posizionamento del settore, promuovendone la competitività e sostenendo lo sviluppo di filiere integrate, dalla ricerca alla manifattura fino alla distribuzione.

Al termine di questa fase, il Ministero si è impegnato a predisporre il Libro Bianco sulla politica industriale, che rappresenterà la sintesi delle evidenze emerse e delle priorità condivise. Il Libro Bianco avrà un carattere più "operativo" e definirà in dettaglio la nuova strategia di politica industriale per l'Italia, tracciando un percorso di medio-lungo periodo[116].

115 I primi cinque rappresentano: comparti ritenuti strategici dal Libro Verde, mentre mare e spazio sono i domini strategici in cui promuovere l'industria nazionale.
116 A settembre 2025 il Libro Bianco non è disponibile.

Il settore farmaceutico e più in generale quello delle Life Sciences potranno svolgere un ruolo determinante in questa nuova fase della crescita dell'industria italiana. Tuttavia, la piena realizzazione di questo potenziale richiederà un quadro normativo stabile, una programmazione degli investimenti coerente e una governance efficace, nonché incentivi per gli investimenti ad alto contenuto tecnologico e per le produzioni che rafforzano l'autonomia strategica nazionale. Le aspettative che accompagnano il Libro Bianco sono dunque elevate, ma la sua efficacia dipenderà dalla capacità di tradurre in misure operative gli obiettivi individuati nel Libro Verde, in coerenza con i programmi e le strategie di rilievo europeo e le dinamiche politiche, economiche e industriali globali.

Un passo importante è rappresentato dall'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri (CdM), lo scorso 18 settembre, della Legge Delega per la riforma e il riordino della legislazione farmaceutica, che vedrà la razionalizzazione, riordino e riforma di tutti i provvedimenti in merito in un Testo Unico. L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione normativa, che conta circa 700 disposizioni distribuite in un centinaio di provvedimenti diversi, e di arrivare così a un quadro regolatorio più chiaro, coerente e aggiornato[117]. Lo strumento del Testo Unico è già stato utilizzato con successo in altri ambiti, come quello finanziario e bancario, e rappresenta un importante passo avanti per semplificare il lavoro delle Istituzioni e degli operatori privati del settore.

Il percorso legislativo si preannuncia complesso. Dopo l'approvazione in CdM seguirà la bollinatura della Ragioneria Generale dello Stato (RGS)[118]; la Legge Delega passerà in seguito alle Camere e successivamente tornerà al CdM. Seguiranno i pareri del Consiglio di Stato e della Conferenza Unificata per le parti di loro competenza, per poi arrivare alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, dove sarà necessario raggiungere l'unanimità delle Regioni. Infine, il testo tornerà alle Commissioni parlamentari per l'approvazione definitiva, con una nuova bollinatura finale da parte della RGS.

Il Ministero della Salute ha indicato come termine previsto per la conclusione di questo iter la fine del 2026. Nel percorso saranno coinvolti diversi dicasteri, tra i quali il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero delle Imprese e del Made in Italy, il Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica, il Ministero della Giustizia e il Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione. A supporto del processo verrà inoltre istituita una commissione di giuristi esperti incaricata di validare in modo indipendente i contenuti della riforma.

Per raccogliere i contributi da parte di tutti gli attori dell'ecosistema della salute, è stata attivata una apposita sezione sul sito del Ministero della Salute, sia in lingua italiana che in lingua inglese.

Tra i temi che saranno oggetto di riforma vi è il payback. Sono state indicate alcune opzioni al vaglio del Ministero della Salute: l'aumento della quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata alla farmaceutica (attualmente pari al 15,3%), l'incremento della parte riservata alla componente di spesa per farmaci in distribuzione diretta (oggi all'8,5%) o l'introduzione di un tetto al payback a carico delle aziende, da definire se in termini assoluti o percentuali.

Infine, un altro nodo che verrà affrontato è quello della carenza di farmaci, attribuita in larga parte al basso livello dei prezzi dei farmaci generici-equivalenti. L'intenzione è quella di rendere sostenibile la loro produzione e, in prospettiva, di riportare in Italia parte della produzione di principi attivi (API). Anche in questo caso, i dettagli operativi non sono ancora pubblici. Tuttavia, già nei mesi precedenti il Sottosegretario al Ministero della Salute Marcello Gemmato aveva segnalato l'intenzione di portare il payback dell'1,83%, che grava sul comparto dei farmaci accessibili, all'1,27%[119].

117 Conferenza stampa di presentazione del Disegno di Legge Delega sul Testo Unico della Legislazione Farmaceutica, Ministero della Salute, 1° ottobre 2025.

118 Per bollinatura della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) si intende il controllo di regolarità contabile e di copertura finanziaria che la RGS effettua sui provvedimenti legislativi e normativi.

119 Assemblea di Farmindustria del 3 luglio 2025.

BIBLIOGRAFIA

AGENAS (2024), "III Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti. Rapporto 2023".

AGENAS (2024), "Programma Nazionale Esiti 2024 – Report su dati 2023".

AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Dati 2023".

AGENAS (2025), "La mobilità sanitaria in Italia. Edizione 2024".

AGENAS (2025), "Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. I semestre 2025".

AGENAS (2025), "Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali. Rapporto 2024".

Agrawal A. et al. (2019), "The economics of artificial intelligence: An agenda". University of Chicago Press.

AIFA (2023), "Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel periodo 2018-2022".

AIFA (2024), "Dossier AIFA Antibiotico-Resistenza".

AIFA (2024), "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale. Anno 2023".

AIFA (2025), "Horizon Scanning. Scenario dei medicinali in arrivo. Rapporto 2025".

AIFA (2025), "La Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia – 21° Rapporto Nazionale Anno 2024".

AIFA (2025), "L'uso degli antibiotici in Italia - Rapporto Nazionale anno 2023". OsMed Reports.

AIFA (2025), "Monitoraggio della durata delle procedure di ammissione alla rimborsabilità da parte del SSN sottoposte alla valutazione della Commissione Scientifica ed Economica".

AIFA (2025), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale. Gennaio-Dicembre 2024, Consuntivo".

AIFA (2025), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Aprile 2025".

AIOM (2024), "I numeri del cancro in Italia 2024".

AISM (2025), "Barometro della sclerosi multipla e patologie correlate 2025".

Alsan M. et al. (2021), "Technological progress and health convergence: the case of penicillin in postwar Italy". Demography.

Ancidoni A. et al. (2023), "Italy's action on dementia". Lancet Neurol.

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (2025), "Salute Mentale: Come stanno i ragazzi".

Battiston R., Tagliagambe S. et al. (2025), "ReBrain Europe: manifesto per un'Europa aperta alla scienza".

Bhattacharjee N. V. et al. (2024), "Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100". The Lancet.

Böhm K. et al. (2013), "Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification". Health Policy.

Bølling-Ladegaard E. et al. (2022), "Directionality of the Association Between Epilepsy and Depression". Neurology.

Bordignon M., Turati G., Milani E., Bianco B. (2024), "Spending for preventive healthcare and EU fiscal rules: Is there more room after the SGP reform?".

Bortolami A. et al. (2024), "Prontuari Terapeutici Regionali in Italia: Stato dell'arte e prospettive future". Glob Reg Health Technol Assess.

Bryan D. C. (2024), "Intraventricular CARv3-TEAM-E T Cells in Recurrent Glioblastoma". The New England Journal of Medicine.

Cacciamani G.E. et al. (2019), "Asking 'Dr. Google' for a Second Opinion: The Devil Is in the Details". European Urology Focus.

Calabrò G.E. et al. (2024), "Health Technology Assessment del vaccino ricombinante adiuvato contro il virus respiratorio sinciziale". J Prev Med Hyg.

Carballa-Smichowski B. et al. (2023), "AI Watch – Adoption of autonomous machines." Publications Office of the European Union.

Ceconi V. et al. (2025), "Virus Respiratorio Sinciziale: strategia di prevenzione universale della bronchiolite nelle regioni italiane". Pediatria.

Cell and Gene Therapy Catapult (2025), "Annual Review 2024. Transforming healthcare with advanced therapies".

CENSIS (2025), "20° Rapporto sulla comunicazione".

Centers for Disease Control and Prevention (2023), "Tobacco Product Use Among Adults – United States, 2021". MMWR.

Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali (2025), "Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2024".

Chen S. et al. (2024), "The effect of using a large language model to respond to patient messages". Lancet Digit Health.

Andreu P. et al. (2023), "Rare Disease Burden of Care and the Economic Impact on Citizens in Germany, France and Italy".

Cicchetti A. et al. (2013), "Impatto economico e valutazione della qualità di vita dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson".

Citeline (2025), "Pharma and R&D Annual Review 2025".

Commissione Europea (2020), "AI Watch: AI Uptake in Health and Healthcare, 2020".

Commissione Europea (2021), "EU R&D intensity: A Case Study".

Commissione Europea (2024), "New Economic Governance Framework".

Commissione Europea (2025), "Choose Europe for Science: EU comes together to attract top research talent".

Commissione Europea (2025), "Regulation (EU) 2025/327 on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847".

Commissione Europea (2025), "The Role of Healthcare in Reducing Inequalities and Poverty in the EU".

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2025), "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità".

Confindustria Dispositivi Medici (2025), "Il settore in numeri".

Cornell University, INSEAD, WIPO (2019), "Global Innovation Index. Creating Healthy Lives–The Future of Medical Innovation".

Corte dei Conti (2025), "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni / Province autonome. Esercizi 2021-2024".

Corte dei Conti (2025), "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). II Semestre 2024".

Corte dei Conti Europea (2025), "Relazione speciale 19/25. Carenze critiche di medicinali. Le misure dell'UE hanno fornito un valore aggiunto, ma i problemi strutturali persistono".

Coughlin SS. et al. (2020), "Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control". J Environ Health Sci.

D'Errico A. et al. (2023), "Esposoma: dalla definizione alle sfide future".

D'Errico M. et al. (2024), "Advancing early access policies for innovative cancer drugs: a scoping review and explorative analysis in the Italian setting". Journal of Pharmaceutical Policy and Practice.

Del Vicario M. et al. (2016), "Echo chambers: Emotional contagion and group polarization on Facebook". Scientific Reports.

Delcroix-Lopes S. et al. (2025), "Early access to medicines with added therapeutic value: Measuring and comparing time to medicines access in England, France, Germany, Italy and Spain". Health Policy.

Di Veroli J. N. et al. (2025), "The 15-year trend in adherence to dietary recommendations and ultra-processed food consumption in Italy". Front Nutr.

Donkin A. (2018), "Improving children's outcomes through an integrated social determinant of health strategy". Institute of Health Equity.

Duflo E. (2012), "Women empowerment and economic development". Journal of Economic Literature.

ECDC (2024), "Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2023 data".

ECDC (2025), "Healthcare-associated infections – a threat to residents of long-term care facilities in Europe".

EFPIA (2024), "Assessing the clinical trial ecosystem in Europe".

EFPIA (2025), "The pharmaceutical industry in figures".

Eichler K. et al. (2009), "The costs of limited health literacy: A systematic review". International Journal of Public Health.

EIT Health (2020), "Transforming healthcare with AI. The impact on the workforce and organisations."

El Banhawi H. et al (2024), "Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes (2024). Contract Research.

European Investment Bank (2024), "The scale-up gap. Financial market constraints holding back innovative firms in the European Union".

European Medicines Agency (2022), "Guideline on the evaluation of medicinal products indicated for treatment of bacterial infections".

European Medicines Agency (2025), "Annual Report 2024".

European Observatory on Health Systems and Policies (2016), "Voluntary health insurance in Europe: country experience".

European Observatory on Health Systems and Policies (2020), "Private Health Insurance. History, Politics and Performance".

Eurordis (2025), "Riconoscere disabilità e barriere". Rare Barometer.

Evaluate Pharma (2025), "World Preview 2025".

Eyre H. A. et al. (2024), "Brain capital is crucial for global sustainable development". The Lancet Neurology.

Farina F. R. et al. (2023), "Young Adult Brain Capital: A New Opportunity for Dementia Prevention". J Alzheimers Dis.

Farmindustria (2025), "Indicatori farmaceutici 2025".

FAVO (2024), "16° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici".

Ferrante G. et al. (2017), "Epidemiology of chronic respiratory diseases and associated factors in the adult Italian population". Eur J Public Health.

Finnish Institute for Health and Welfare (2024), "National Mental Health Strategy 2020–2030".

FMI (2025), "World Economic Outlook".

FNOPI (2025), "Codice deontologico delle professioni infermieristiche".

Fondazione Migrantes (2023), "Rapporto Italiani nel mondo, XVIII edizione".

Garmany A. et al. (2024), "Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 WHO Member States". JAMA Network Open.

Ghahramani A. et al. (2022), "The potential of social media in health promotion beyond creating awareness: an integrative review". BMC Public Health.

Gianesin B. et al. (2025), "Prevalence and mortality trends of hemoglobinopathies in Italy: a nationwide study". Haematologica.

Hood C.M. et al. (2016), "County Health Rankings". Am J Prev Med.

Hutson M. (2024), "How AI is being used to accelerate clinical trials." Nature.

IFPMA (2025), "Always Innovating Pharmaceutical Industry Facts & Figure".

IQVIA (2025), "EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey".

ISS – Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (2018), "Emicrania: una malattia di genere. Impatto socio-economico in Italia".

ISS (2008), "Oms: le disuguaglianze uccidono su larga scala".

ISS (2024), "AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza, 2023".

ISS (2025), "Malattie cardiovascolari: fattori di rischio, mobilità sanitaria e mortalità nelle regioni italiane". Rapporti Istisan 25|8.

ISS (2025), "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero", Rapporto CSIA.

ISTAT (2025), "Rapporto Annuale 2025 – La situazione del Paese".

ISTAT (2025), "Rapporto SDGs 2025".

Jacobson R. D. (2025), "The AI drug revolution needs a revolution". npj Drug Discovery.

Jacquet E. et al. (2021), "Comparative study on anticancer drug access times between FDA, EMA and the French temporary authorisation for use program over 13 years". Eur J Cancer.

Jayatunga M.K. et al. (2024), "How successful are AI-discovered drugs in clinical trials? A first analysis and emerging lessons." Drug discovery today.

Kandler U. et al. (2007), "Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study". BMC Public Health.

Kotler P. et al. (2024), "Healthcare Marketing - Una nuova prospettiva per il sistema della salute".

Lacagnina S. (2019), "The Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)". American Journal of Lifestyle Medicine.

Lee S. et al. (2024), "Digital medicine: the clinical potential of counterfactual AI models". The Lancet.

LICE (2024), "Libro bianco Epilessia".

Luengo-Fernandez R. et al. (2023), "Economic burden of cardiovascular diseases in the EU". Eur Heart J.

Mantuano M. et al. (2016), "Regional time to market of innovative drugs in Italy. PHP70". Value Health.

Mañú Pereira M.D.M. et al. (2023), "Sickle cell disease landscape and challenges in the EU: the ERN-EuroBloodNet perspective". Lancet Haematol.

Manzano A. et al. (2025), "Comparator Report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics". Swedish Institute for Health Economics (IHE).

Matoff-Stepp S. et al. (2014). "Women as health care decision-makers: implications for health care coverage in the United States". J Health Care Poor Underserved.

Mauvais-Jarvis F. et al. (2024), "Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine." The Lancet.

McKinney S.M. et al. (2020), "International evaluation of an AI system for breast cancer screening". Nature.

Micheletto C et al. (2025), "Vaccination Strategies in Respiratory Diseases". Respiration.

Ministerio de Sanidad (2025), "Piano per le terapie avanzate nel sistema sanitario nazionale 2025-2028".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2024), "Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 11".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2025), "Documento programmatico di finanza pubblica 2025".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2025), "Relazione sugli Indicatori di Benessere Equo e Sostenibile".

Ministero della Salute (2019), "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere".

Ministero della Salute (2020), "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025".

Ministero della Salute (2022), "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza 2022-2025".

Ministero della Salute (2023), "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2022".

Ministero della Salute (2024), "La salute nelle aree interne".

Ministero della Salute (2024), "Rapporto Salute Mentale 2023".

Ministero della Salute (2024), "Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito. Relazione 2023".

Ministero della Salute (2025), "Atto di indirizzo per l'anno 2025".

Ministero della Salute (2025), "Decalogo della prevenzione".

Ministero della Salute (2025), "Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia".

Ministero della Salute (2025), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2023".

Ministero della Salute (2025), "Stato di avanzamento procedurale e finanziario degli Investimenti della Missione 6: Salute. Dati monitoraggio febbraio 2025".

Ministero della Salute (2025), "Valutazione del rischio cardiovascolare individuale".

Murray F. (2025), "On-label alcohol beverage warnings in Ireland- setting a standard for Europe". Lancet Reg Health Eur.

Naghipour A. et al. (2022), "Consideration of sex and gender in European clinical practice guidelines in internal medicine". BMJ Open.

Next Generation Manufacturing Canada (2024), "Annual Report 2023/24".

NHS Confederation research (2022), "The link between investing in health and economic growth".

Njamnshi A. et al. (2024), "The Yaoundé Declaration". The Lancet Neurology.

Njamnshi A. et al. (2025), "African leadership in brain diplomacy". Neuroscience.

OBR (2025), "Fiscal risks and sustainability. July 2025".

OCSE (2019), "OECD Skills Strategy 2019".

OCSE (2019), "The Heavy Burden of Obesity".

OCSE (2023), "Indicators of Immigrant Integration 2023".

OCSE (2023), "Italy: Country Health Profile".

OCSE (2024), "Adult skills and productivity: New evidence from PIAAC 2023".

OCSE (2024), "Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?".

OCSE (2025), "Digital and AIskills in health occupations: What do we know about new demand?".

OCSE (2025), "Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)".

OCSE e Commissione Europea (2024), "Health at a Glance: Europe 2024".

Oda B.T. (2010), "An Alternative Perspective to Battling the Bulge: Japan's Anti-Obesity Legislation". Asian-Pacific Law & Policy Journal.

Oliva F. et al. (2024), "8° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)". G Ital Cardiol.

OMS (2008), "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health".

OMS (2019), "Delivered by women, led by men".

OMS (2025), "From loneliness to social connection".

OMS (2025), "Health and Environment Country Scorecards".

OMS (2025), "Outcome statement of the regional high-level conference on mental health in all policies".

OMS (2025), "World report on social determinants of health equity".

OMS/ERS (2025), "Chronic respiratory diseases and health equity by 2050".

OMS/Europa (2025), "European health report 2024".

OMS/Europa (2025), "Transforming mental health through lived experience".

Onerup A. et al. (2019), "Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model". Br J Sports Med.

Osservatorio Nazionale Screening (2025), "Rapporto sul 2023".

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane (2024), "Rapporto Osservasalute 2023 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane".

Osservatorio Proxima (2023), "Formazione e Lavoro".

Parlamento Europeo (2021), "Background note on screening and early diagnosis of cancer".

Parlamento Europeo (2023), "Health-related measures in the national recovery and resilience plans".

Parlamento Europeo (2023), "Health-related measures in the national recovery and resilience plans".

Piccini J. et al. (2016), "Differences in Clinical and Functional Outcomes of Atrial Fibrillation in Women and Men". JAMA Cardiology.

Pietrantoni L. et al. (2007), "Gay men and lesbians are more likely to smoke: Results from an italian survey". Tabaccologia.

Pintor M.P. et al. (2024), "The impact of health on labour market outcomes". Health Policy.

Popoli P. et al. (2024), "Accesso precoce ai farmaci: una proposta di riforma per il Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess.

Prada M. et al. (2017), "Timeline of authorization and reimbursement for oncology drugs in Italy in the last 3 years". Med Access Point Ca.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021), "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza".

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2025), "Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza".

Raggi A. et al. (2021), "Incidence, prevalence and disability associated with neurological disorders in Italy between 1990 and 2019". J Neurol.

Richardson R. A. et al. (2025), "Contributors to age inequalities in loneliness among older adults". Aging and Mental Health.

Russo P. et al. (2010), "Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care providers". Annals of Oncology.

Russo S. et al. (2015), "The economic burden of musculoskeletal disorders on the Italian social security pension system". Reumatismo.

Sales W.B. et al. (2024), "Early life circumstances and their impact on health in adulthood and later life". BMC geriatrics.

Save the Children (2022), "XIII edizione dell'Atlante dell'infanzia a rischio in Italia".

Schoier G. et al. (2017), "Cause-Related Marketing: A Qualitative and Quantitative Analysis on Pinkwashing".

Signorelli C. et al. (2024), "The Italian National Vaccine Prevention Plans, 1999/2020-2023/2025: challenges and obstacles to vaccine coverage goals". Ann Ist Super Sanità.

Simonds S.K. (1974), "Health Education as Social Policy". Health Education Monographs.

Sosinsky AZ. et al. (2022), "Enrollment of female participants in United States drug and device phase 1–3 clinical trials between 2016 and 2019". Contemporary Clinical Trials.

Stevens P. et al. (2004), "An analysis of tobacco industry marketing to LGBT populations". Health Promot Pract.

Sun Y. et al. (2024), "Annual Summary of Global Infectious Diseases in 2024". Science Open.

Tarantola A. et al. (2023), "Early access programs for medicines: Comparative analysis among France, Italy, Spain, and UK and focus on the Italian case". Journal of Pharmaceutical Policy and Practice.

Tavolo tecnico per la salute mentale – Ministero della Salute (2025), "Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025–2030".

TEHA Group (2025), "Farmaci accessibili. Autonomia strategica e sostenibilità industriale di un settore chiave".

TEHA Group (2025), "Brain Health in Uncertain Times: A Strategic Investment for Europe's Future", realizzato in partnership con Angelini Pharma.

TEHA Group (2025), "Diagnosticare per trattare. Il valore dei test diagnostici nel tumore gastrico", realizzato con il contributo non condizionante di Amgen.

TEHA Group (2025), "Infezioni respiratorie: impatti sull'healthy ageing e sui costi del SSN", realizzato con il contributo non condizionante di Pfizer.

TEHA Group (2025), "InnoTech Report 2025: Harnessing Innovation in the Global Scenario".

TEHA Group (2025), "La via Italiana all'AI-learning", realizzato in partnership con Lutech

TEHA Group (2025), "Osservatorio PNRR".

TEHA Group (2025), "Rischio cardiometabolico in Italia. Il ritorno economico di un programma di screening della popolazione", realizzato con il contributo non condizionante di Sanofi.

TEHA Group (2025), "Salute delle donne: benessere presente, crescita futura. Investire sulla crescita del Sistema – Italia e sul suo futuro", in partnership con Amgen e Daiichi Sankyo

Tetra Tech (2024), "Study on the design of a monitoring framework of the EU One Health Action Plans against AMR".

The European House – Ambrosetti (2023), "XVIII Rapporto Meridiano Sanità".

The European House – Ambrosetti (2024), "XIX Rapporto Meridiano Sanità".

The European House – Ambrosetti (2023), "Aumentare l'attrattività degli investimenti esteri per la competitività del sistema-Italia. Quale strategia per l'industria farmaceutica", realizzato in partnership con IAPG e EUNIPHARMA

The European House – Ambrosetti (2024), "Headway 2024 - A new roadmap in Brain Health: Focus Mental Health – Mental Health Index 4.0 ", realizzato in partnership con Angelini Pharma.

The European House – Ambrosetti (2024), "Le frontiere dell'innovazione terapeutica e gli impatti sull'organizzazione in Ematologia", realizzato con il contributo non condizionante di Novartis.

The European House – Ambrosetti (2024), "Rivoluzione CAR T: Proposte e azioni per un accesso equo e sostenibile alle terapie", realizzato con il contributo non condizionante di Gilead e Kite.

The European House – Ambrosetti (2024), "Sostenibilità e Innovazione nel diabete: 5 proposte chiave", realizzato con il contributo non condizionante di Novo Nordisk.

The European House – Ambrosetti (2024), "Verso un nuovo paradigma per la gestione della spesa per la cronicità. Un focus sulla spesa relativa al paziente con patologia cardio-nefro-metabolica", realizzato con il contributo non condizionante di AstraZeneca.

The European House – Ambrosetti (2025), "Osservatorio Valore Sport: riportare la pratica sportiva al centro dell'agenda politica per creare valore per il Paese, 3° edizione".

The European House – Ambrosetti, Meridiano Cardio (2023), "Malattie cardio, cerebro e vascolari – una priorità di sanità pubblica. L'importanza e l'urgenza di avere un Piano Nazionale".

The Lancet (2024), "European health security needs a reboot in 2025".

The Lancet (2025), "A wake-up call: the second Commission on adolescent health".

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2025), "Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale".

UNFPA (2024), "Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in the private sector".

UNFPA (2025), "The Real Fertility Crisis".

Uniamo (2025), "Monitorare – Undicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia".

Università degli Studi di Torino, ISS, CCM (2022), "Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza (PPS3)".

Vancoppenolle J.M. et al. (2024), "Differences in time to patient access to innovative cancer medicines in six European countries". Int J Cancer.

Vogler S. (2022), "Payer Policies to Support Innovation and Access to Medicines in the WHO European Region". OMS.

Waring M. (2003), "Counting for something! Recognising women's contribution to the global economy". Gender and Development.

Watson S. et al. (2019), "Reported adverse drug reactions in women and men". EClinical Medicine.

SITOGRAFIA

ABPI - The Association of the British Pharmaceutical Industry - www.abpi.org.uk

ACLED - https://acleddata.com

AEI - Agencia Estatal De Investigacion - www.aei.gob.es

AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - www.pne.agenas.it

Agenzia ICE - www.ice.it/it

AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco - www.aifa.gov.it

AIL - Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfomi e Mieloma - www.ail.it

AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica – www.aiom.it

Banca Mondiale - www.worldbank.org

BfArM - Istituto Federale per i Farmaci e i Dispositivi Medici - www.bfarm.de

BIOTECanada - www.biotech.ca

Canadian Institutes of Health Research - https://cihr-irsc.gc.ca

CDC - Centers for Disease Control and Prevention - www.cdc.gov

CENSIS – www.censis.it

Coldiretti - www.coldiretti.it

Commissione Europea - www.ec.europa.eu

Confindustria dispositivi medici - www.confindustriadm.it

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - www.ecdc.europa.eu

EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - www.efpia.eu

EMA - European Medicines Agency - www.ema.europa.eu

Epicentro ISS - www.epicentro.iss.it

Eurostat - www.ec.europa.eu/eurostat/data/database

Farmaindustria - www.farmaindustria.es

Federfarma - www.federfarma.it

FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale - www.fimmg.org

FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri - www.fimp.org

FMI - Fondo Monetario Internazionale - www.imf.org

GBD - Global Burden of Disease - www.vizhub.healthdata.org/gbd-compare

Government of Canada - www.canada.ca

Government of Denmark - https://denmark.dk

Government of France - www.info.gouv.fr

Government of Spain – www.administracion.gob.es

Government of United Kingdom - www.gov.uk

Governo italiano - www.dati.gov.it

GTAI – Germany Trade & Invest - www.gtai.de

Hologic | Global Women's Health Index - https://hologic.womenshealthindex.com

ICEX - Espana Exportation e Inversiones - www.icex.es

IFPM - International Federation of Professional Managers - https://ifpmglobal.org

INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - www.inail.it

Invest in Canada - www.investcanada.ca

IRC - International Respiratory Coalition - https://international-respiratory-coalition.org

ISRCTN Registry - www.isrctn.com

ISS - Istituto Superiore di Sanità - www.iss.it

ISS e CCM, Progetto Cuore - www.cuore.iss.it

ISTAT - www.istat.it

Laboratorio Adolescenza e Istituto di ricerca IARD - www.laboratorioadolescenza.org

Medicines for Europe - www.medicinesforeurope.com

MedTech Europe - www.medtecheurope.org

Ministerio de industria y turismo - www.mintur.gob.es

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - www.lavoro.gov.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze - www.mef.gov.it

Ministero della Salute - www.salute.gov.it

OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - www.stats.oecd.org

ONS - Osservatorio Nazionale Screening - www.osservatorionazionalescreening.it

Parlamento Europeo - www.europarl.europa.eu

RGS - Ragioneria Generale dello Stato - www.rgs.mef.gov.it

Save the Children - www.savethechildren.it

SCImago - www.scimagojr.com

SIMAd - Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza - www.simad.it

SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - www.simg.it

SIP - Società Italiana di Pediatria - www.sip.it

SItI - Società Italiana d'Igiene - www.siti.it

Statistics Canada - www.statcan.gc.ca

The Budget Lab at Yale - www.budgetlab.org

UN Health Agency - www.who.int

UNCTAD - United Nations Conference on Trade and Development - unctad.org

Unindustria - www.unindustria.it

Vall d'Hebron - Vall d'Hebron Institute of Research - www.vhebron.net


The European House
Ambrosetti